

**Aus der Klinik für
Kardiologie, Pneumologie und Angiologie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Malte Kelm

**Einführung und Evaluierung wöchentlicher Ethikvisiten auf einer
medizinischen Intensivstation**

Dissertation

**zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin**

**Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf**

vorgelegt von

Jan Timo Groß

2010

**Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

**gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf
Dekan**

**Referent: Prof. Dr. med. Marcus Hennersdorf
Korreferent: Prof. Dr. med. Joachim Winter**

Inhaltsverzeichnis

Deckblatt

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ethik und Medizinethik	1
1.2	Ethikberatung	1
1.3	Ethikvisiten als Form der klinischen Ethikberatung	3
1.4	Wirksamkeit klinischer Ethikberatung	3
1.5	Fragestellung und Motivation	4
2	Kollektiv und Methode	6
2.1	Kollektiv	6
2.2	Einführung der Ethikvisite (Intervention)	6
2.3	Erfassung objektiver Falldaten	8
2.4	Erhebungsinstrument der Befragung	9
2.5	Durchführung der Befragung	11
2.5.1	Anonymität der Befragung	11
2.5.2	Durchführung der Personalbefragung	12
2.5.3	Durchführung der Patienten- und Angehörigenbefragung	12
2.6	Datenanalyse und Auswertung	13
3	Ergebnisse	14
3.1	Einführung der Ethikvisite	14
3.2	Personalbefragung	15
3.2.1	Pretest	15
3.2.2	Gliederung der Teilnehmer und Rücklaufquote der Personalbefragung	15
3.2.3	Bewertungen durch das Personal	16
3.2.4	Beantwortung der offenen Fragen	30
3.3	Patientenbefragung	33
3.3.1	Rücklaufquote der Patientenbefragung	33
3.3.2	Gliederung der Teilnehmer der Patientenbefragung	33
3.3.3	Non-Responder-Analyse (Patienten)	33
3.3.4	Bewertung durch die Patienten	34
3.3.5	Beantwortung der offenen Fragen	38
3.4	Angehörigenbefragung	39
3.4.1	Rücklaufquote der Angehörigenbefragung	39
3.4.2	Gliederung der Teilnehmer der Angehörigenbefragung	39

3.4.3	Bewertung durch die Angehörigen	39
3.4.4	Beantwortung der offenen Fragen	43
3.5	Objektive Falldaten	44
4	Diskussion	47
4.1	Einführung der Ethikvisite	47
4.1.1	Diskussion der Voraussetzungen zur Einführung einer Ethikvisite	47
4.1.2	Diskussion des Konzeptes der Ethikvisite	48
4.1.3	Diskussion von Zeitplan, Evaluation und Umsetzung der Ethikvisite	51
4.2	Personalbefragung	53
4.2.1	Diskussion von Kollektiv und Methode	53
4.2.2	Diskussion der Ergebnisse	54
4.3	Patientenbefragung	62
4.3.1	Diskussion von Kollektiv und Methode	62
4.3.2	Diskussion der Ergebnisse	64
4.4	Angehörigenbefragung	66
4.4.1	Diskussion von Kollektiv und Methode	66
4.4.2	Diskussion der Ergebnisse	67
4.5	Objektive Falldaten	69
5	Zusammenfassung	72
6	Literaturverzeichnis	73
7	Anhang	78
8	Danksagung	98
9	Lebenslauf	99

Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen
ASBH	American Society for Bioethics and Humanities
AG	Arbeitsgemeinschaft
APACHE II	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
BV	Betreuungsvollmacht
CVVHDF	Kontinuierliche veno-venöse Hämodiafiltration
d	Tag(e)
EV	Ethikvisite
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
h	Stunde(n)
ITS	Intensivstation
KEK	Klinisches Ethikkomitee
KH	Krankenhaus
n	Anzahl
PV	Patientenverfügung
SLK-Kliniken	Stadt- und Landkreis - Kliniken (nur für Heilbronn)
V	Vollmacht
VaW-Anordnung	Verzicht auf Wiederbelebung - Anordnung
VwD	Verweildauer
ZEKO	Zentrale Ethikkommission
ZVK	Zentraler Venenkatheter

1 Einleitung

1.1 Ethik und Medizinethik

Unter allgemeiner Ethik wird heute gemeinhin eine philosophische Disziplin verstanden, deren Aufgabe es ist, Kriterien für gutes und schlechtes Handeln und die Bewertung seiner Motive und Folgen aufzustellen. Hierzu werden allgemeingültige Normen und Werte erarbeitet [68].

Sie ist die Grundlagendisziplin der Angewandten Ethik, zu welcher auch Bereichsethiken wie die Medizinethik gehören. Letztere beschäftigt sich mit der Etablierung und Rechtfertigung von Handlungsrichtlinien im Bereich des Gesundheitswesens; sie nutzt dabei die Methoden der allgemeinen Ethik, die sie auf ihrem Bereich spezifisch weiterentwickelt.

Die ethische Auseinandersetzung mit medizinischen Themen ist heutzutage ein selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen und öffentlichen Diskussion geworden. Medizinische Ethik beschreibt nicht nur selbstverständliche und tradierte ärztliche Verhaltensnormen, sondern macht die ethischen Aspekte der Medizin ganz bewusst zum Objekt von Forschung, Lehre und Bildung [67]. Dabei erleben wir seit geraumer Zeit eine enorme Differenzierung der Medizinischen Ethik oder wie es F. Ley ausgedrückt hat, eine „Konjunktur der Ethik“ [37]. Ursachen hierfür sind eine moderne, pluralistische Gesellschaft mit verschiedenen Lebensstilen und Wertesystemen sowie entsprechendem Bedarf an ethischer Orientierung und speziell im Bereich der Medizin ein zunehmender ökonomischer Zwang vor dem Hintergrund von demographischem Wandel und dem Versuch, Beitrags- und Behandlungsleistungen im Gleichgewicht zu halten. Weiterhin trägt bei, der technische und wissenschaftliche Fortschritt mit einer Vielzahl an (invasiven) Behandlungsmöglichkeiten und nicht zuletzt die politische und juristische Diskussion um Themen wie Selbstbestimmung, Patientenverfügung, Patientenaufklärung, Lebendorganspende, Stammzellforschung und anderes, an denen sich in zunehmendem Maße der aufgeklärte Bürger beteiligt.

1.2 Ethikberatung

Ziel einer Ethikberatung ist es, „schwierige moralische Entscheidungen in der Patientenversorgung auf eine überzeugende, tragfähige Basis von Argumenten zu stellen“ [60]. Ethische Entscheidungen bleiben aber immer persönliche Entscheidungen des Handelnden, der die Verantwortung hierfür trägt. Grenzen ergeben sich zunächst aus dem staatlich vorgegebenen, rechtlichen Rahmen. Bezüglich des weiteren Handelns kann die Ethik nur allgemeine Prinzipien guten Handelns oder ethischen Urteilens für Problemsituationen aufstellen. Die Anwendung dieser Prinzipien auf den einzelnen Fall ist im Allgemeinen nicht durch sie leistbar, sondern Aufgabe der praktischen Urteilskraft und des geschulten Gewissens [68].

Auf Grund der angeführten Tatsachen sind gerade in Bereichen wie der Medizinethik betroffene Personen wie Patienten, Ärzte, Pflegepersonal etc. an ethischer Orientierung, Beratung und zum Teil Reglementierung interessiert [57]. In den vergangenen Jahren wurden daher viele verschiedene Modelle zur Ethikberatung entwickelt. Hierzu zählen Ethikforen, Ethikkonsiliare, informelle Arbeitsgruppen, Ethikberatungsgruppen, ein Ethik-Liaisondienst oder als bekannteste Struktur das Klinische Ethikkomitee (KEK), wie es an vielen Gesundheitseinrichtungen etabliert wurde.

Zusätzlich bestehen nationale Einrichtungen wie der deutsche Ethikrat [17], ähnliche Gremien auf Länderebene [8],[9] und die Zentrale Kommission zur Wahrung Ethischer Grundsätze in

der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission - ZEKO) [70], die 1995 eingerichtet wurde. Diese Einrichtungen dienen zusätzlich auch der Beratung von Politik und Entscheidungsträgern sowie zur Information und Beeinflussung der gesellschaftlichen Diskussion.

Kernaufgaben klinischer Ethikberatung sind Einzelfallberatungen bei ethischen Problemen und Konflikten, Entwicklung und Anpassung ethischer Leitlinien sowie Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern zu ethischen Themen.

Am häufigsten wird dies derzeit durch klinische Ethikkomitees wahrgenommen. Seit 1997, angestoßen durch eine Broschüre der konfessionellen Krankenhausverbände [18], wurden in Deutschland zunehmend Klinische Ethikkomitees gegründet. Aktuell liegen kaum Daten über die Anzahl gegründeter und praktisch keine Daten über die Zahl aktiv tätiger KEK vor. Letzteres ist von Bedeutung, da vielerorts formal Ethikkomitees im Rahmen eines Zertifizierungsprozesses gegründet wurden, eine wirkliche Aufnahme der Arbeit aber nicht erfolgte [31]. Eine Untersuchung aus 2005 [19] spricht jedoch von mindestens 149 eingerichteten Klinischen Ethikkomitees, mit steigender Tendenz.

Klinische Ethikkomitees zeichnen sich im Wesentlichen aus durch Interdisziplinarität und Interprofessionalität und dabei einer ausgewogenen Repräsentanz der verschiedenen im Krankenhaus vertretenen Professionen [60]. Dies wird auch als großer Vorteil Klinischer Ethikkomitees gesehen. Die weiteren Vorteile ergeben sich durch die Wahrnehmung der Aufgaben Fortbildung und Leitlinienerstellung, zu denen es einer guten Organisation bedarf. Die Größe und Zusammensetzung eines Ethikkomitees verleiht Entscheidungen oder Leitlinien das notwendige Format, um im streng hierarchisch geprägten Krankenhausalltag Bestand zu haben. Ein Klinisches Ethikkomitee ist zudem geeignet die verschiedenen ethischen Angebote innerhalb eines Krankenhauses zu bündeln und abzustimmen.

An Nachteilen und Grenzen einer Beratung durch ein KEK werden angeführt, dass die Mitglieder in der Regel erst im Konfliktfall aktiv werden. Auch wird kritisiert, dass klinische Einzelfallberatungen oft nicht zeitnah und fernab vom Behandlungsort (Station) durchgeführt werden [31]. A. Fiester (University of Pennsylvania) kritisiert, dass in den Entscheidungsprozess Außenstehende einbezogen werden, die den Patienten und den Fall nicht direkt kennen, und dass diese zu häufig Entscheidungen treffen, statt nur Empfehlungen abgeben. Ihre Legitimation wird heftig in Frage gestellt, zumal es keiner standardisierten Weiterbildung oder Qualifikation bedarf, um in einem ethischen Beratungsteam tätig zu werden [23]. Meinolf Strätling und Koautoren zitiert nach Klinkhammer [31] bezeichnen klinische Ethikkomitees als „schwerfällig, kostenintensiv und hinsichtlich ihrer Kapazitäten als überfordert“.

Die letztere Aussage dürfte sicher eine dankbare Diskussionsgrundlage sein, in der Summe muss jedoch eingeräumt werden, dass ein Klinisches Ethikkomitee durchaus nennenswerte Nachteile aufweist. Hauptsächlich der fehlende präventive Charakter lässt sich bedingt durch die Organisationsstruktur nicht angehen.

Abschließend soll noch Erwähnung finden, dass unabhängig von Vor- und Nachteilen, klinische Ethikberatung auch Grenzen aufweist, die sie möglichst deutlich aufzeigen soll. So kann sie zum Beispiel kein Ersatz für die Kommunikation sowohl im Behandlungsteam als auch mit Patienten und Angehörigen darstellen. Des Weiteren kann die Aussprechung einer ethischen Empfehlung keine Absegnungsfunktion übernehmen oder der Berater die Position eines „Schiedsrichters“ zwischen den Parteien einnehmen. Vielmehr muss die Empfehlung unter Einbeziehung aller Beteiligten entstehen, damit sich klinische Ethikberatung nicht zur Sache von Experten entwickelt.

1.3 Ethikvisiten als Form der klinischen Ethikberatung

Unter Ethikvisite versteht man kurz gesagt die Integration eines klinischen Ethikers in das Behandlungsteam, der in der Regel einmal wöchentlich die Stationsvisite begleitet, um Hilfestellungen bei möglichen ethischen Problemen zu geben. Er verfolgt hinsichtlich einer ethischen Fragestellung einen präventiven Charakter, indem er zeitnah und vorausschauend beratend tätig ist [51]. Weitere Vorteile dieses Beratungsansatzes sind die niedrige Schwelle Fragestellungen zu formulieren und die Möglichkeit einer umgehenden und unkomplizierten Beantwortung, falls der Fall dies zulässt. Bei auftretenden Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Behandlungsteams oder zwischen Patient und Personal kann der Ethiker selbst diese erkennen und versuchen zu vermitteln. Von Vorteil ist, dass bei regelmäßiger Anwesenheit auf Station ein gutes Kennenlernen und ggf. sogar eine Integration ins Team erfolgt. Aus der regelmäßigen praktischen Tätigkeit vor Ort ergibt sich eine kontinuierliche Fortbildung, die dem Behandlungsteam die Fähigkeit gibt, ethische Probleme zunehmend selbst zu erkennen und zu lösen. Ein formales Ethikkomitee wird so nur noch bei nicht-alltäglichen und komplexen ethischen Konfliktsituationen notwendig.

Die Nachteile und Grenzen einer Ethikvisite werden darin gesehen, dass der während der Visite anwesende klinische Ethiker in der Regel auf die Informationen limitiert ist, die ihm während der Visite präsentiert werden. Diese können entweder lückenhaft oder auch subjektiv eingefärbt sein z.B. bei Schilderung der ärztlichen Sichtweise. Eine weitere Gefahr besteht in einer einseitigen Entwicklung der klinischen Ethik, durch die stets gleiche beratende Person.

Der Anstoß zur Einführung einer Ethikvisite in Heilbronn kam durch einen Vortrag von Dr. Kobert (Bielefeld) anlässlich einer Fortbildung des KEK im Jahre 2007. Damals wurde von Ethikvisiten auf der operativen Intensivstation des evangelischen Krankenhauses Bielefeld berichtet, welche dort seit 2001 etabliert sind [33]. Diese sollen jedoch keine Alternative, sondern eine Ergänzung zum Angebot und zu den Aufgaben des vorhandenen klinischen Ethikkomitees [21] darstellen.

In weiteren Recherchen bei der Planung der Ethikvisite trafen wir dann auf Berichte über die Ethikberatung im Universitätsklinikum Marburg, wo unter anderem ein Ethik-Liaisondienst schon 1998 eingerichtet und im Verlauf auf verschiedene Stationen ausgeweitet wurde [49].

In der Summe handelt es sich bei Ethik-Liaisondienst und Ethikvisite um die gleiche Methode, einen präventiven Ansatz im Ethikberatungsdienst umzusetzen und obwohl dieses Modell bereits vor geraumer Zeit veröffentlicht [1],[15],[49] und die theoretischen Vorteile überzeugend dargelegt wurden [14], scheint die Ethikvisite bisher keine große Verbreitung gefunden zu haben [19].

1.4 Wirksamkeit klinischer Ethikberatung

Noch geringer als die Verbreitung der Ethikvisite sind Studien über die Effekte von klinischer Ethikberatung. Wir konnten nur wenige und ausschließlich in den USA durchgeführte Studien finden, die die Zufriedenheit von Patienten bzw. Angehörigen mit Durchführung oder Ergebnis einer Ethikberatung untersuchten [42],[43],[65],[69].

Eine nennenswerte, da unter empirischen Evaluationskriterien (prospektiv, randomisiert, kontrolliert) durchgeführte Studie, wurde 2003 von Schneiderman und Kollegen veröffentlicht. In dieser wurden auf Intensivstationen von sieben US-amerikanischen Krankenhäusern bei insgesamt 551 Fällen mit moralischen Konfliktsituationen, nach Randomisierung, entweder eine ethische Beratung angeboten oder nicht. Die Studie zeigte für Patienten, die noch im Krankenhaus verstarben, dass klinische Ethikberatung in Form von Einzelfallberatung die Verweildauern am Beatmungsgerät, auf Intensivstation und im Krankenhaus reduzieren kann, ohne die Mortalität insgesamt zu steigern [56].

Allein die Tatsache, dass die verfolgten Konzepte der Ethikberatung auf Grund fundamentaler Unterschiede des Gesundheitssystems und der Gesellschaft nicht eins zu eins aus den USA auf Deutschland übertragbar sind [49], verlangt nach Durchführung eigener Studien zu diesem Themengebiet. So fordern auch Vertreter aus Erlangen, die seit Jahren klinisch ethische Arbeit leisten, dem „Forschungsbedarf in Deutschland Rechnung“ zu tragen und sehen die „Überprüfung der Qualität unserer Arbeit [...] als wichtige zukünftige Herausforderung“ [63],[64]. Spezielle Untersuchungen zum Effekt von Ethikvisiten fehlen entsprechend ebenso, den Bedarf hieran hat bereits 2006 DeRenzo, der Ethikvisiten am Washington Hospital Center (USA) durchführt, festgestellt [14].

Wir wollten daher die Gelegenheit nutzen, in Form einer prospektiven Studie die Auswirkungen eines Interventionsinstrumentes, wie es die Ethikvisite darstellt, auf die Zufriedenheit bei Personal, Patienten und Angehörigen zu untersuchen.

1.5 Fragestellung und Motivation

Fragestellung

Ziel der Untersuchung war es, die Einführung einer wöchentlichen Ethikvisite auf der medizinischen Intensivstation am Standort Heilbronn durchzuführen und zu evaluieren.

Hierzu sollte sowohl die Zufriedenheit des Personals als auch die Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen im Rahmen einer prospektiven Trend- bzw. Kohortenstudie untersucht werden. Zu diesem Zweck mussten unter anderem neue Fragebögen entwickelt werden, die den Bedürfnissen vor Ort entsprachen.

Die Fragebögen des Personals mussten die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und der Arbeit der Kollegen (auch berufsgruppenübergreifend), mit der Kommunikation im Team und mit dem Entscheidungsfindungsprozess erfragen sowie Kenntnisse über Therapieziele und Patientenwille ergründen.

Die Fragebögen für Patienten und Angehörige mussten auf die Zufriedenheit mit der Betreuung, der Behandlung und die Unterstützung bei Entscheidungsprozessen abzielen.

In zweiter Linie sollten, basierend auf den objektiven Falldaten, Einflüsse auf Verweildauern und Prozeduren untersucht werden.

Im Einzelnen galt es folgende Fragen zu klären:

Wie verändert die Einführung der Ethikvisite

1. verschiedene Aspekte der Zufriedenheit im Behandlungsteam?
2. die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen?
3. die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Behandlung bei Patienten?
4. die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Behandlung bei Angehörigen?
5. die Berücksichtigung des Patientenwillens?
6. die Beurteilung der Arbeit auf der Intensivstation insgesamt?
7. folgende objektive Falldaten:
 - Verweildauer auf Intensivstation/im Krankenhaus?
 - Mortalität?
 - Beatmungsdauer?
 - Anzahl und Dauer von Nierenersatzverfahren?
 - Häufigkeit einer „Verzicht auf Wiederbelebung“-Anordnung?
 - Anzahl durchgeführter Ethikkonsile?
8. Welche Akzeptanz findet die Ethikvisite selbst?

Motivation

Zu den Aufgaben klinischer Ethikberatung gehören neben Erstellung von Leitlinien und Organisation von Fort- und Weiterbildung vor allem auch eine klinische (Einzelfall-) Beratung in ethischen Konfliktsituationen. Letztere findet sich gehäuft bei schwerst oder terminal erkrankten Patienten. Es ist daher offensichtlich, wenn man sich die Aufgabenstellung ansieht, der sich die klinische Ethik stellt, dass hier alltäglich schwerwiegende Empfehlungen, deren Konsequenzen hilfreich, durchaus aber auch fatal sein können, abverlangt werden. Und obwohl die auf Basis ethischer Empfehlungen getroffenen Entscheidungen oft weitreichendere Konsequenzen als so manche Arzneimitteltherapie hat, gibt es im Gegensatz kaum Untersuchungen über die Auswirkungen einer derartigen Intervention.

Eine gründliche Analyse und Rückmeldung über die durchgeführte Arbeit ist jedoch Voraussetzung um einen Lern- und Verbesserungsprozess steuern zu können.

2 Kollektiv und Methode

2.1 Kollektiv

Das Klinikum „Am Gesundbrunnen“ ist Teil der SLK-Kliniken GmbH, Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg und das einzige öffentliche Krankenhaus am Standort Heilbronn. Es ist ein Krankenhaus der Zentralversorgung mit 850 Planbetten, davon 237 Betten in den medizinischen Kliniken und hiervon 15 Intensivbetten. Der Standort hält neben der hier untersuchten medizinischen Intensivstation auch eine räumlich getrennte operative Intensivstation unter Leitung der Klinik für Anästhesiologie vor, die nicht Gegenstand dieser Studie war.

Untersucht wurden Veränderungen auf der Medizinischen Intensivstation durch die Einführung der wöchentlichen Ethikvisite innerhalb von vier Gruppen. Dies waren die hier tätigen Ärzte und Pflegekräfte, alle hier stationären Patienten mit einer Verweildauer über 48 Stunden sowie deren Angehörige.

Die Einschränkung des Patientenkollektivs anhand der Verweildauer ergibt sich einerseits aus der Tatsache, dass Patienten und Angehörige zunächst Erfahrungen sammeln müssen, die sie bewerten können und andererseits aus den besonderen lokalen Gegebenheiten am Standort Heilbronn. So wird ein bedeutender Teil der Betten der medizinischen Intensivstation auch verwendet, um bei stationsfremden Patienten Dialysen und ZVK-Anlagen oder Monitoring nach Entfernung arterieller Schleusensysteme, bei Intoxikationen oder Suizidalität durchzuführen. Um hier eine klare Differenzierung zu treffen, wurden nur Patienten mit einer Liegedauer über 48 Stunden eingeschlossen.

In einem ähnlichen Fragebogenprojekt zur Angehörigenzufriedenheit auf Intensivstation wurden Fragebögen zwischen dem 5. und 7. Liegetag ausgegeben [25]. Darüber hinaus erscheint uns auch im Hinblick auf den wöchentlichen Rhythmus der untersuchten Ethikvisite der Ausschluss von Kurzliegern <48h zulässig.

Die Untersuchung des Kollektivs umfasst die Analyse von objektiven Falldaten sowie eine Erhebung mittels Fragebögen. Beides wird in den Abschnitten 2.3 und 2.4 dargestellt.

2.2 Einführung der Ethikvisite (Intervention)

Die Ethikvisite wurde zunächst konzeptionell geplant, Inhalte und ein Ablaufschema wurden entworfen, sodass eine standardisierte Durchführung gewährleistet war. Natürlich kann ein Visitengespräch nicht vollständig im Voraus festgelegt werden, es sollte jedoch eine zuverlässige Richtschnur vorgegeben werden, um wöchentlich ähnliche Bedingungen zu haben.

Wir versuchten die folgenden Informationen aus der gesichteten Literatur von andernorts bereits etablierten Ethikvisiten zu berücksichtigen.

Die erforderliche „Logistik“ [51] wurde sichergestellt, indem als fester, wöchentlicher Termin die Mittwoch-Visite ausgewählt und als Ethikvisite mit Begleitung durch einen Ethikberater eingerichtet wurde.

Der für uns tätige Ethikberater arbeitet seit 2002 am Krankenhaus als Pastoralreferent. Er ist Diplomtheologe und Diplompädagoge (Universität Tübingen) und ist nach ethischer Ausbildung während des Studiums auch im Anschluss durch verschiedene Unterrichtstätigkeiten im Fach Ethik aktiv. Während der Untersuchung befand er sich im Masterstudiengang „Angewandte Ethik im Gesundheits-, Sozialwesen und Management“ (Kath. Fachhochschule Freiburg). Zudem war er bereits am Aufbau der bisherigen ethischen Strukturen am Standort engagiert. Hierzu zählen klinisches Ethikkomitee,

Moderatorenschulung und Ethikkonsil; seit Gründung des KEK ist er dessen stellvertretender Vorsitzender.

Während der Ethikvisite wurde der klinische Ethiker nur im konkreten Bedarfsfall, bei vorhandenem oder drohendem ethischen Konflikt, aktiv, um dann den vielerorts als „shared decision making process“ bezeichneten Vorgang [30] zu ermöglichen. Zusätzlich versuchte er bei offensichtlichen Meinungsverschiedenheiten im Team oder zwischen Behandlern und Patient, durch Nachfragen und Offenlegen des Diskurses eine frühzeitige Klärung der Differenzen zu erreichen. Als letztes wurde auch auf ethische oder rechtliche Probleme wie z.B. eine voraussichtlich länger andauernde Fixierung hingewiesen, um bei den Beteiligten ein Bewusstsein für die Angelegenheit zu schaffen.

Die ausgesprochenen Empfehlungen während der Ethikvisite hatten das Ziel auf Basis moralischer Grundwerte zu stehen. Hierzu zählen Menschenwürde, Autonomie und Patientenwille, Fürsorge und Patientenwohl, Verantwortung, Gerechtigkeit und Ehrlichkeit.

Für die „Heilbronner Ethikvisite“ wurden die anschließenden Punkte festgelegt:

Allgemein

Die Ethikvisite findet einmal wöchentlich verbunden mit der Morgenvisite statt.

Ziel ist eine dem ganzen Menschen und dessen Würde gerecht werdende Behandlung mit Achtung seiner Selbstbestimmung (was entsprechende Aufklärung des Patienten wie seiner Bevollmächtigten voraussetzt),

Achtung seiner „gerechten“ Ansprüche,

Abwägung zwischen medizinischem Nutzen einer Maßnahme (medizinische Indikation) und der Nützlichkeit für und aus der Sicht des Patienten (erstrebenswertes Ziel aus Sicht des Patienten).

Teilnehmer sind Ärzte, Pflege und eine ethisch geschulte Person sowie, falls patientenbezogen erforderlich, Sozialdienst oder Seelsorger.

Die Zielgruppe umfasst alle Patienten der Medizinischen Intensivstation. Es soll damit die logistische Voraussetzung geschaffen werden, potenziell an jedem Bett eine ethische Beratung anzubieten, wenn diese notwendig wird. Jeder aus dem Behandlungsteam kann seine ethischen Bedenken hinsichtlich oben genannter Ziele äußern. Wünsche und Äußerungen von Patienten und Angehörigen sind zu beachten.

Zu klärende Punkte

Ist die weitere Behandlung klar und auch unter ethischen Gesichtspunkten nichts dagegen einzuwenden?

Sofern Zweifel geäußert werden: Was wären mögliche Behandlungsalternativen?

Sind weitere Diagnostik, Konsile, Einholung von Informationen (z.B.: Patientenwille, bestehende Vollmachten, ...) vor weiteren Therapieentscheidungen oder generell erforderlich?

Im Zweifelsfall oder falls nicht sofort zu klären: Soll ein ethisches Konsil einberufen werden?

Wird, abhängig vom weiteren Behandlungsverlauf, eine mögliche Therapiebegrenzung oder Verzicht auf Wiederbelebung erwogen?

Was kann ansonsten für das Wohl des Patienten getan werden (z.B.: Hinzuziehung von Seelsorger, Sozialdienst, Besuchsdienst, ...)?

Kriterien und Verlauf bei ethischen Bedenken von Teilnehmern

Berücksichtigung der vier medizinethischen Grundprinzipien Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden und Gerechtigkeit [7]:

Ethische Bewertung der Verpflichtungen gegenüber dem Patienten

Welche Behandlungsoption ist für das Wohlergehen des Patienten am besten („Nutzen und nicht schaden“)? Bewertung der aktuellen Situation mit Belastung durch Diagnostik und Behandlung sowie demgegenüber die längerfristige Prognose mit Überlebenschancen und verbleibender Lebensqualität.

Beachtung von Autonomie des Patienten, stellvertretend des Bevollmächtigten und der Position der Angehörigen.

Welche (Be-)Handlungsoption wird von ihnen im Hinblick auf den mutmaßlichen Patientenwillen bevorzugt?

Ethische Bewertung der Verpflichtungen gegenüber Dritten

Wie wirken sich die Behandlungsoptionen auf andere betroffene Personen aus (z.B. Angehörige)? Was würde ihnen am ehesten gerecht, bzw. was ist ihnen zumutbar?

Ist die Behandlung „gerecht“ gegenüber anderen Patienten? Berücksichtigung des Ressourcen-Verbrauchs („Gerechtigkeitsperspektive“).

Ethische Abwägung

Besteht ein Konflikt zwischen den erhobenen ethischen Verpflichtungen?

Bei fehlendem Konflikt wird entsprechend den Verpflichtungen entschieden.

Bei weiter bestehendem Konflikt sollte ein ethisches Konsil einberufen werden.

Als Zusammenfassung der oben angeführten Punkte und als Gedächtnisstütze wurde dem teilnehmenden Personal eine „Checkliste Ethikvisite“ ausgehändigt (Anhang 5).

Umsetzung und Nachbereitung

Hierzu zählen das Führen der notwendigen Gespräche mit Patienten, Angehörigen und Bevollmächtigten sowie Klärung, wer Patienten und Angehörige weiter seelsorgerisch und psychisch betreuen kann.

Eine abschließende Evaluation klärt, ob der Fall exemplarisch oder zukünftig von Bedeutung ist. Falls zutreffend erfolgt eine nochmalige kritische Reflexion des Falles im Team und ggf. eine Unterrichtung des Klinischen Ethikkomitees.

Die erhobene Information und die gefassten Beschlüsse werden schriftlich festgehalten und der Patientenakte beigelegt. Eine durchgehende Transparenz soll so gewährleistet werden.

2.3 Erfassung objektiver Falldaten

Bei den in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten wurden objektive Falldaten erfasst, um sie zwischen den beiden Kollektiven *vor* und *nach* Ethikvisiteneinführung zu vergleichen. An biometrischen Daten wurden Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Familienstand sowie die soziale Situation aufgezeichnet. Bei letzterer unterschieden wir die drei Kategorien alleine lebend, mit Familie oder Partner lebend und im Pflegeheim lebend.

Die aufgenommenen Falldaten schlossen Behandlungsdauer auf der Intensivstation, Behandlungsdauer im Krankenhaus, den APACHE II-Score [32] bei Aufnahme auf die Intensivstation sowie die Beatmungsstunden, die Stunden am Hämofilter (CVVHDF) und die Anzahl durchgeführter Dialysen mit ein. Ferner wurde die Anzahl der auf der Intensivstation durchgeführten Ethik**konsile** vermerkt.

Eine Sonderstellung nimmt der APACHE II-Score („Acute Physiology and Chronic Health Evaluation“) ein. Es handelt sich hierbei um eines der am meisten verwendeten Scoring-Systeme zur Beurteilung des Krankheitsschweregrades und zur Prognose der Krankenhausletalität. In dieser Arbeit dient der Score einerseits dazu, ein Bild vom

Patientenkollektiv zu vermitteln, andererseits in der Hauptsache dazu, die Vergleichbarkeit der beiden untersuchten Kollektive zu überprüfen. Dies ist möglich, da durch die frühzeitige Erhebung innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme auf die Intensivstation der Punktwert weitestgehend unabhängig von Therapiemaßnahmen, respektive der untersuchten Ethikvisite ist. Dies bedingt die Sonderstellung gegenüber den anderen erhobenen Parametern, die über den ganzen Aufenthalt erfasst und dadurch von der Ethikvisite beeinflusst werden können.

2.4 Erhebungsinstrument der Befragung

Entwicklung, Struktur und Inhalt der Personal-, Patienten- und Angehörigenfragebögen

Die Befragung wurde ausschließlich über eigens hierfür von uns entworfene und für die einzelnen Gruppen einheitliche Fragebögen durchgeführt.

Es wurden vier verschiedene Fragebögen entsprechend dem oben unter 2.1 angeführten Kollektiv entwickelt (Anhang 1a, 2a, 3a und 4a). Die Erhebung innerhalb der vier Gruppen erfolgte vor Einführung der Ethikvisite und ein zweites Mal fünf bis neun Monate nach Einführung der Ethikvisite. Für die zweite Erhebung wurden die vier Fragebögen um wenige Fragen erweitert (vgl. Anhang 1b, 2b, 3b und 4b).

Gestaltung der Fragebögen:

Die Fragebögen wurden den Bedürfnissen vor Ort und der Fragestellung entsprechend entwickelt. Folgende methodische Grundlagen wurden berücksichtigt:

Differenzierung der inhaltlichen Schwerpunkte in Detailfragen.

Positive und negative Bewertungsmöglichkeiten stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Methodische Sicherstellung der Anonymität

Möglichkeit und Aufforderung an die Befragten, eigenes Lob, Anregungen oder Kritik zu äußern.

Nach Vorauswahl eines Fragenkatalogs wurden zur weiteren Absprache der Oberarzt und der leitende Stationspfleger der medizinischen Intensivstation sowie ein Vertreter des Ethikkomitees Heilbronn und ein außenstehender Ethikexperte (Prof. Marckmann - Universität Freiburg) eingebunden.

Es wurden so die Verbesserungsvorschläge seitens Ärzten, Pflege und vom ethischen Blickwinkel her bereits im Entwicklungsprozess berücksichtigt und die Fragebögen mehrfach optimiert. Am Ende wurde hierdurch eine allseitige Akzeptanz der Fragebögen erreicht.

Gliederung der Fragebögen:

Alle vier Fragebögen besitzen auf der Vorderseite einen Kopf mit dem Kliniklogo, dem Aufdruck, an wen sich der Fragebogen richtet und eine allgemeine Einleitung, die mit einer kurzen Einweisung, wie der Bogen bearbeitet werden soll, endet. Auf die gewährte Anonymität wird hingewiesen.

Anschließend werden zunächst mittels Antwortkategorien abgefragt:

bei Patienten: Verweildauer, Geschlecht und Alter

bei Angehörigen: Beziehung zum Patienten

beim Pflegepersonal: berufliche Funktion, Arbeitszeit und Berufserfahrung in Jahren

bei den Ärzten: berufliche Funktion und Berufserfahrung.

Die dann folgenden Detailfragen, die in Form von zu bewertenden Aussagen formuliert sind, wurden bei Patienten und Angehörigen folgenden drei inhaltlichen Kategorien zugeordnet:
Zufriedenheit mit der Betreuung mit neun Fragen entsprechend den Aussagen 1, 2, 3, 4 und 16, 17, 18, 19, 20.

Zufriedenheit mit der Behandlung mit zehn Fragen entsprechend den Aussagen 11, 12, 13, 14, 15 und 21, 22, 23, 24, 25.

Zufriedenheit und Unterstützung im Entscheidungsfindungsprozess mit sechs Fragen entsprechend den Aussagen 5, 6, 7, 8, 9, und 10.

Bei den Personalfragebögen wurden die Fragen fünf inhaltlichen Kategorien zugeordnet:

„Zufriedenheit mit der Betreuung für den Patienten“ mit sechs Fragen entsprechend den Aussagen 1, 2, 3, 4, 5 und 6.

„Kenntnisse über Patientenwille, Umfeld des Patienten und Therapieziel“ mit sechs Fragen entsprechend den Aussagen 9, 10, 11, 12, 13 und 17.

„Zufriedenheit mit der Behandlung der Patienten“ mit sechs Fragen entsprechend den Aussagen 7, 8, 14, 21, 22 und 23.

„Fragen zu Mitbestimmung, Kommunikation und Teamprozessen“ mit fünf Fragen entsprechend den Aussagen 15, 16, 18, 19 und 20.

„Konkrete Fragen zur Ethikvisite“ mit zwei Fragen entsprechend Aussage 24 und 25 sowie in der 2. Befragung *nach* Einführung der EV zehn Fragen entsprechend den Aussagen 24, 25 und 26 bis 33.

Im letzten Teil der Fragebögen werden Fragen zur Patientenverfügung gestellt, es wird um eine integrative Gesamtbewertung der Arbeit auf der untersuchten Station bzw. in der zweiten Personalbefragung auch der Ethikvisite gebeten und die Verständlichkeit des Fragebogens abgefragt.

Den Abschluss bilden offene Fragen mit der Möglichkeit, positive und negative Einwände freitextlich zu formulieren.

Wert wurde auf einen einteiligen Fragebogen, gute Lesbarkeit, einheitliche Antwortkategorien und damit einfache und schnelle Beantwortbarkeit gelegt.

Bei der Reihenfolge der Fragen wurde ebenfalls versucht, starke inhaltliche Sprünge zu vermeiden und komplexere Fragen hinsichtlich z.B. Therapielimitierung ans Ende des Fragebogens zu stellen. Hierdurch bedingt entspricht die Reihenfolge der Fragen nicht exakt der Einteilung nach inhaltlichen Kategorien.

Zur besseren Unterscheidung wurden Fragebögen für Patienten auf hellblauem Papier, Fragebögen für Angehörige auf hellgrünem Papier gedruckt.

Zur zweiten Erhebung wurden die Fragebögen bei Patienten und Angehörigen um die Frage „Wurden sie auf die wöchentliche Ethikvisite [...] aufmerksam?“ ergänzt. Bei den Fragebögen für Ärzte und Mitarbeiter der Pflege wurde der Einleitungstext angepasst sowie ein Zusatzfragebogen mit neun weiteren Fragen konkret zur Ethikvisite beigelegt. Die Strukturierung des Zusatzfragebogens ist analog dem ursprünglichen Bogen aufgebaut.

Beurteilungsskala:

Zur Beantwortung der Detailfragen, die wie bereits erwähnt in Form von zu bewertenden Aussagen formuliert sind, steht eine einheitliche Beurteilungsskala zur Verfügung. Die Befragten können auf einer vierstufigen Likertskala mit jeweils zwei Abstufungen ihre Zustimmung oder ihre Ablehnung ausdrücken. Zusätzlich besteht als fünfte Möglichkeit, „keine Aussage“ zu treffen.

Die Antwortvorgaben lauten „stimme voll“ zu oder „stimme eher zu“ im positiven Bereich und „stimme nicht“ zu oder „stimme eher nicht zu“ im negativen Bereich. Die Antwort wird mittels Ankreuzen getroffen.

Die Antwortkategorien wurden bewusst einfach und einheitlich gewählt, um eine schnelle sowie sichere Beantwortbarkeit zu gewährleisten. Positive und negative Auswahlmöglichkeiten stehen gleichwertig nebeneinander.

Offene Schlussfragen:

Am Ende des Bogens dienen offene Fragen dazu, den Befragten die Möglichkeit zu geben zusätzliche, bisher nicht berücksichtigte Aspekte einzubringen.

Für Ärzte und Pflegekräfte werden die ersten beiden offenen Fragen genutzt, um nach Erwartungen und Bedenken bezüglich der Ethikvisite zu fragen.

Für Patienten und Angehörige wird hier nach positiven und negativen Erfahrungen während des Aufenthaltes gefragt.

Für alle Gruppen schließt die Befragung mit der Möglichkeit unabhängig von der gesamten vorherigen Befragung noch etwas mitzuteilen.

Pretest:

Zur Evaluation von Verständlichkeit, zur Überprüfung der Zeitdauer die zur Beantwortung der Fragen benötigt wurde und zur Rückmeldung über Unklarheiten oder Schwierigkeiten beim Ausfüllen, wurde bei allen vier Fragebögen vorab ein Pretest gestellt.

Es wurden hierzu jeweils fünf Befragungen pro Fragebogen durchgeführt.

Auf einem separaten Blatt sollte nach normaler Bearbeitung des Fragebogens zunächst die Dauer in Minuten angegeben werden, die zum Ausfüllen benötigt wurde. Anschließend sollte die Verständlichkeit mittels multiple-choice aus den folgenden Antwortkategorien ausgewählt werden: gar nicht, kaum, mittelmäßig, ziemlich oder sehr [verständlich]. Die letzte Frage bat um offene Rückmeldung über Schwierigkeiten, die beim Verständnis oder beim Ausfüllen auftraten.

2.5 Durchführung der Befragung

Nach Abschluss und Auswertung der vier Pretests wurde die Befragung mit der endgültigen Fassung der Fragebögen fortgesetzt.

2.5.1 Anonymität der Befragung

Die Befragung aller vier untersuchten Gruppen wurde streng anonym durchgeführt. Dies wurde sowohl im einführenden Text, im abschließenden Satz auf der Rückseite und bei Aushändigung des Bogens mitgeteilt. Durch Rückgabe der (namenlosen) Fragebögen in einen Briefkasten am Eingang der untersuchten Station, wurde die Anonymität methodisch gewährleistet.

Die wenigen erhobenen soziodemographischen Daten lassen ebenfalls in keinem Fall eine Zuordnung eines Fragebogens zu einem Befragten zu. Auf die glaubhafte Vermittlung einer strikten Vertraulichkeit wurde großen Wert gelegt, um die Rücklaufquote hierdurch nicht zu mindern und möglichst valide, das heißt keine positiv verzerrten Ergebnisse, zu erhalten sowie die Kritikbereitschaft zu fördern. [10]

2.5.2 Durchführung der Personalbefragung

Zur allgemeinen Information und Motivation der Mitarbeiter wurde zunächst eine kurze Mittagsfortbildung zum Thema Ethikvisite sowie Erklärungen zum geplanten Projekt durchgeführt.

In den folgenden Tagen wurden die Fragebögen persönlich an die einzelnen Mitarbeiter übergeben. Die Rückgabe erfolgte, wie bereits erwähnt, anonym durch die Befragten selbst.

Nach Einführung und Weiterentwicklung der Ethikvisite wurden etwa fünf Monate später im Rahmen der zweiten Erhebung erneut Fragebögen ausgehändigt, die nach gleichem Verfahren bearbeitet werden sollten. Im Unterschied zur ersten Befragung wurden die Bögen jeweils am Tag der Ethikvisite ausgegeben. Hintergrund ist die Tatsache, dass nicht der Lernprozess der Ethikvisite bewertet werden sollte, sondern in der Hauptsache die Ethikvisite selbst, wie sie zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung durchgeführt wurde. Wir sehen dies wegen des wöchentlichen Rhythmus der Ethikvisite und der auf Grund von Teilzeitarbeit sehr unregelmäßigen Teilnahmemöglichkeit einzelner Mitarbeiter als notwendig an.

2.5.3 Durchführung der Patienten- und Angehörigenbefragung

Als wichtige Voraussetzung zur Durchführung der Patienten- und Angehörigenbefragung wurde die Information und Einbeziehung der Mitarbeiter in die Befragung angesehen. Den Befragten konnte so vermittelt werden, dass die durchführende Station und nicht primär das Krankenhaus ein Interesse an der Befragung hat.

Ablauf der Untersuchung:

Einschluss

Sobald die Verweildauer 48 Stunden überschritten hat, wurde der Fall in die Erhebung eingeschlossen. Dies erfolgte durch Aufbringen eines Patientenetiketts auf einen Erfassungsbogen, der im Stationsstützpunkt verwahrt wurde.

Ausgabe der Fragebögen

Ziel war es nun am Entlasstag von Intensivstation, die entsprechenden Fragebögen für Patient und Angehörigen auszuhändigen. Dies erfolgte entweder durch den Stationsarzt oder durch Mitarbeiter der Pflege. Bedingt durch die Arbeitsabläufe auf einer Intensivstation war bei kurzfristigen Verlegungen mehrfach keine ausreichende Zeit oder die Ausgabe der Fragebögen wurde schlichtweg nicht mehr erinnert. In diesem Fall wurden die Bögen umgehend auf Normalstation nachgereicht.

Patientenfragebögen wurden nur übergeben, falls der Patient zumindest mit Hilfe in der Lage war, den Bogen zu beantworten.

Ein Angehörigenfragebogen wurde nur ausgegeben, wenn Angehörige während des Aufenthaltes Kontakt mit dem Patient hatten. Es wurde pro Patient maximal ein Angehörigenbogen verteilt, um keine ungleichmäßige Gewichtung entstehen zu lassen.

Für den Fall einer externen Krankenhausverlegung wurden die Fragebögen auf dem Postweg mit frankiertem Rückumschlag an den Patienten versandt.

Im Laufe der Untersuchung hat sich dieses Vorgehen auch zur Erhebung bei Angehörigen verstorbener Patienten als vorteilhaft erwiesen. Aus Pietätsgründen war die unmittelbare Ausgabe eines Fragebogens nicht möglich, auf die Berücksichtigung auch der Angehörigen verstorbener Patienten sollte aber keinesfalls verzichtet werden, da gerade in diesen Fällen zuvor häufig ethische Diskussionen und ein ausführlicher Angehörigendialog geführt wurden.

Nachfrage und Rücklauf der Fragebögen

Um ein Verlorengehen oder Abheften in die Akte während der Verlegung zwischen Intensiv- und allgemeiner Bettenstation zu erkennen, wurde in der Regel ein bis drei Tage nach Verlegung einmalig beim Patienten eine Nachfrage zu den Bögen durchgeführt und ggf. aufgetretene logistische Probleme oder Verständnisfragen gelöst.

Die Akzeptanz der Untersuchung und damit die Rücklaufquote konnte durch das persönliche Aushändigen der Fragebögen und durch die einmalige Erinnerung deutlich positiv beeinflusst werden [53].

Die angelegten Erfassungsbögen der eingeschlossenen Patienten wurden nach Ende des gesamten Krankenhausaufenthaltes mit den unter 2.2 angeführten Daten ergänzt.

Das zuvor beschriebene Procedere wurde analog der Mitarbeiterbefragung vor und fünf bis neun Monate nach Einführung der Ethikvisite durchgeführt und die Ergebnisse getrennt erfasst.

2.6 Datenanalyse und Auswertung

Die Aufbereitung der Daten aus sämtlichen Fragebögen und den objektiven Falldaten wurde mittels EDV durchgeführt. Die Daten wurden hierzu zunächst mit Hilfe von Microsoft Excel in tabellarische Form überführt und aufgearbeitet.

In die Auswertung wurden alle eingehenden Fragebögen mit aufgenommen; Items, die nicht oder uneindeutig gekennzeichnet wurden (z.B. Mehrfachauswahl), wurden in der Kategorie „keine Aussage“ erfasst.

Die statistische Analyse besteht aus einem deskriptiven und einem analytischen Teil. Die Daten wurden mittels SPSS für Microsoft Windows und dem Zusatzmodul Exact Tests berechnet. Deskriptive Daten sind durch Mittelwert \pm Standardabweichung abgebildet. Die Daten aus den Fragebögen wurden auf Grund nicht normal verteilter Größen mittels Mann-Whitney U-Test verglichen. Wegen der großen Anzahl an Rangbindungen wurde bei kleinen Stichproben der exakte U-Test [13] und bei großen Stichproben ($N_1 > 20$ oder $N_2 > 20$), der asymptotische U-Test mit korrigierter Streuungsformel verwendet [12].

Qualitative und kategoriale Variablen wurden durch Chi-Quadrat Test analysiert.

Als statistisch signifikant wurde ein Ergebnis mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ angesehen.

Die Auswertung der im Freitext geäußerten Angaben erfolgte nach inhaltsanalytischen Merkmalen in einem Kategorienschema.

3 Ergebnisse

Die erste Befragung bei Personal, Patienten und Angehörigen **vor** Einführung der Ethikvisite erfolgte simultan im Zeitraum vom 11. Juni 2008 bis zum 18. Oktober 2008. In diesen 129 Tagen wurden 851 Fälle auf der medizinischen Intensivstation betreut.

Die zweite Befragung **nach** Einführung der Ethikvisite erfolgte für Patienten und Angehörige im Zeitraum vom 02. März 2009 bis 10. Juli 2009. In diesen 130 Tagen wurden 775 Fälle auf der medizinischen Intensivstation betreut.

Die Personalbefragung **nach** Einführung der Ethikvisite begann am 01. April 2009, endete am 05. August 2009 und wurde jeweils mittwochs im Anschluss an die Ethikvisite bei dem dann anwesenden Personal durchgeführt. Eine mindestens einmalige Teilnahme an der Ethikvisite war somit gewährleistet.

3.1 Einführung der Ethikvisite

Die Ethikvisiten nach den unter 2.2 angeführten Punkten wurden ab 22. Oktober 2008 im wöchentlichen Rhythmus begonnen. Da diese Visiten für alle Beteiligten incl. dem klinischen Ethiker eine neue Einrichtung waren, mussten zunächst verschiedene Erfahrungen gesammelt werden.

Die einzelnen Teilnehmer absolvierten eine Lernkurve, Routine stellte sich aber nur sehr langsam ein. Auf Grund des durch Dreischichtbetrieb großen Personalpools bei Pflege und Ärzten, musste über lange Zeit immer wieder erstmalig teilnehmendes Personal über das Prinzip und die Vorgehensweise bei der Ethikvisite informiert werden. Zusätzlich nahm die ausführliche Schilderung der Fälle, damit sich auch der (in unserem Fall nicht-ärztliche) Berater ein Bild machen konnte, nennenswert Zeit in Anspruch. Da die Analyse des Einführungsprozesses selbst nicht Gegenstand dieser Arbeit war, gibt es keine statistisch erfassten Daten zur Zeitdauer bzw. dem Mehraufwand einer Ethikvisite im Vergleich zur normalen morgendlichen Visite. Als Anhaltspunkt kann aus persönlicher Erfahrung der zeitliche Rahmen einer Ethikvisite zu Beginn mit ca. 90 Minuten, später dann mit ca. 75 Minuten angegeben werden. Im Vergleich hierzu wird für die 15-Betten-Station etwa eine Stunde für eine reguläre Morgenvisite benötigt.

Im Januar 2009 wurde im Rahmen eines gemeinsamen Treffens mit Pflege, Ärzten, Stationsleitung und unserem Ethikberater ein Zwischenresümee gezogen. Hierbei kamen verschiedene Verbesserungsvorschläge und Kritikpunkte zur Sprache, die wir versuchten, in der Folge zu ändern.

Ein wichtiges Anliegen war der Zeitfaktor für die Ethikvisite, dieses Problem konnte durch die zunehmende Routine und ggf. Nachbesprechung von Details im Anschluss an die Visite, deutlich abgemildert werden.

Ebenfalls zur Sprache kam der Bedarf nach einer besseren Dokumentation der Aufträge und Beschlüsse durch die Ethikvisite, dies mündete in einem standardisierten, kurzen Protokoll (Anhang 6), welches am Visitentag angefertigt und in der Patientenakte abgelegt wird.

Die Ethikvisite wird mit sehr wenigen Ausnahmen regelmäßig durchgeführt. Zu Abbrüchen der Visite kam es in der Vergangenheit z.B. durch Reanimationssituationen auf Station, die das Personal für längere Zeit beanspruchten. Nachdem sich der Ablauf eingespielt hatte, wurde ab März bzw. April mit der Evaluation begonnen.

3.2 Personalbefragung

3.2.1 Pretest

In dem vorab bei jeweils fünf Ärzten und fünf Krankenschwestern/-pflegern durchgeführten Pretest (siehe 2.4) wurde die Dauer zum Ausfüllen der Fragebögen und die Verständlichkeit evaluiert.

Der Fragebogen für Ärzte war im Mittel nach 6,6 Minuten (minimal 3 Minuten, maximal 12 Minuten) ausgefüllt.

Der Fragebogen für Pflegekräfte war im Mittel nach 8,0 Minuten (minimal 5 Minuten, maximal 15 Minuten) bearbeitet.

Die Beurteilung der Verständlichkeit aus den fünf Antwortkategorien „sehr“ – „ziemlich“ – „mittelmäßig“ – „kaum“ oder „gar nicht“ wurde von Ärzteseite dreimal als sehr verständlich und zweimal als ziemlich verständlich bewertet, von Pflegeseite wurde fünfmal als sehr verständlich bewertet.

Abschließend wurde im Rahmen des Pretests nach Verbesserungsvorschlägen oder Schwierigkeiten gefragt und um offene Formulierung gebeten.

Hierbei wurde in Bezug auf Aussage 1 des Fragebogens für Ärzte „Ich habe die Möglichkeit, den Patienten als Mensch wahrzunehmen“ einmalig angemerkt, dass sich diese Aussage auf mehrere verschiedene Bereiche des „Mensch-Seins“ beziehen kann.

Nach nochmaliger Diskussion wurde die Formulierung jedoch belassen, da die Frage das Ziel hat, global zu erfassen, ob neben der rein medizinischen Betrachtung auch persönliche (durchaus verschiedenartige) Merkmale des Patienten in der Arbeit berücksichtigt werden.

Ein weiterer einmaliger Einwand war, dass die Aussagen 7 und 8 des Fragebogens für Ärzte „Ich bin mit meiner Arbeit (für den Patienten) zufrieden“ und „Ich bin mit der Arbeit der Pflegekräfte am Bett des Patienten zufrieden“ zu unspezifisch formuliert seien. Auch hier wurde nach nochmaliger Erörterung der Aussagen und dem Abwägen zwischen mehreren spezifisch formulierten Fragen und einer verallgemeinernden Frage die Formulierung so belassen. Als Hauptgründe sehen wir die Tatsache, dass Ziel dieser Untersuchung nicht war, die Arbeit von Ärzten und Pflege im Detail zu analysieren, sondern im Rahmen der Einführung der Ethikvisite verschiedene Bereiche allgemein auf Veränderungen zu überprüfen. Zusätzlich konnte der Umfang des Fragebogens durch wenige und dafür allgemeiner formulierte Aussagen, statt vieler spezifischer Fragen, deutlich reduziert werden.

3.2.2 Gliederung der Teilnehmer und Rücklaufquote der Personalbefragung

Im Zeitraum der *ersten* Befragung arbeiteten zehn verschiedene Assistenzärzte (Rotation) und zwei Oberärzte (ein Oberarzt als Vertretung) auf Station. Auf Seiten der Pflege waren 42 (Fach-) Krankenschwestern und (Fach-) Krankenpfleger auf Station tätig, zusätzlich intermittierend eine Krankenpflegeschülerin und ein –schüler.

Es wurden an alle angeführten Mitarbeiter Fragebögen ausgehändigt, die ausnahmslos ausgefüllt wieder abgegeben wurden. Somit ergab sich in allen Gruppen eine *Rücklaufquote von 100%*.

Auf Seiten der Ärzte befanden sich alle Assistenzärzte in der Weiterbildung zum Facharzt, auf Seiten der Oberärzte handelte es sich jeweils um Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie. Von den Pflegekräften besaßen 26 die Fachweiterbildung Intensivmedizin.

Während der *zweiten* Befragung arbeiteten neun Assistenzärzte und ein Oberarzt auf Station. Seitens der Pflege waren weiterhin 42 (Fach-) Krankenschwestern und (Fach-) Krankenpfleger sowie intermittierend drei Krankenpflegeschülerinnen tätig.

Wie oben unter 3 angeführt, wurden die Fragebögen im Anschluss an die Ethikvisite an das teilnehmende Personal ausgegeben. Im Befragungszeitraum nahmen 33 Mitarbeiter des

Pflegedienstes, zwei Krankenpflegeschülerinnen, neun Assistenzärzte und ein Oberarzt mindestens einmal an der Ethikvisite teil. Es wurde an alle ein Fragebogen ausgehändigt.

Von den ausgegebenen Fragebögen wurden bei der Pflege alle 33 und bei den Ärzten alle zehn ausgefüllt und zurückgegeben. Bei den Krankenpflegeschülerinnen wurden zwei Fragebögen ausgefüllt und zurückgegeben.

Entsprechend wurden in der Gruppe der Pflegekräfte 79% (33 von 42) eingeschlossen, mit 100% *Rücklaufquote* der ausgegebenen Fragebögen. Bei den Krankenpflegeschülerinnen war die *Rücklaufquote* 67% (zwei von drei).

Auf Seiten der Ärzteschaft wurden 100% (zehn von zehn) eingeschlossen mit ebenfalls 100% *Rücklaufquote* der ausgegebenen Fragebögen.

Die Assistenzärzte der Station waren alle in Weiterbildung zum Facharzt, von den Pflegekräften besaßen 21 die Fachweiterbildung Intensivmedizin.

Auf Seiten der Pflegekräfte mussten neun Mitarbeiter ausgeschlossen werden, da sie während der Erhebung nie an einer Ethikvisite teilnahmen und damit das einzige Einschlusskriterium nicht erfüllen konnten. Hiervon waren überproportional die in Teilzeit arbeitenden Pflegekräfte betroffen. Anhand der Angaben in den ausgefüllten Fragebögen ließ sich der Anteil Teilzeitkräfte während der ersten Erhebung mit 33% (14 von 43) und während der zweiten Erhebung mit nur noch 21% (7 von 34) berechnen. In beiden Erhebungen wurde jeweils einmal keine Angabe zum Arbeitsumfang gemacht.

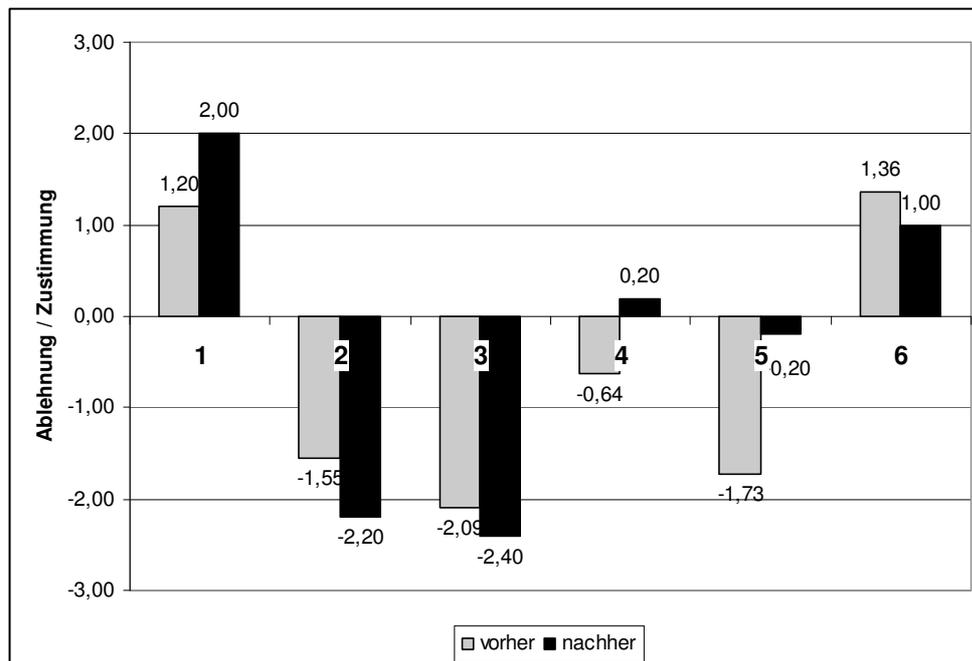
3.2.3 Bewertungen durch das Personal

Im Folgenden werden die einzelnen Items nach Zugehörigkeit zu ihren fünf inhaltlichen Hauptkategorien aufgeführt.

Bei Zustimmung wurden jeweils positive Werte (+3 bzw. +1) vergeben, bei Ablehnung die entsprechenden negativen Werte. Die Abbildungen 1 bis 10 zeigen die berechneten Mittelwerte für den Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung.

Ärzte

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der Betreuung für den Patienten (Ärzte)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

1: Ich habe die Möglichkeit den Patienten als Mensch wahrzunehmen.

2: Die (anderen) Ärzte reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.

3: Die Kollegen/innen der Pflegeberufe reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.

4: Meine Zuwendung dem Patienten gegenüber ist ausreichend.

5: Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Zeit.

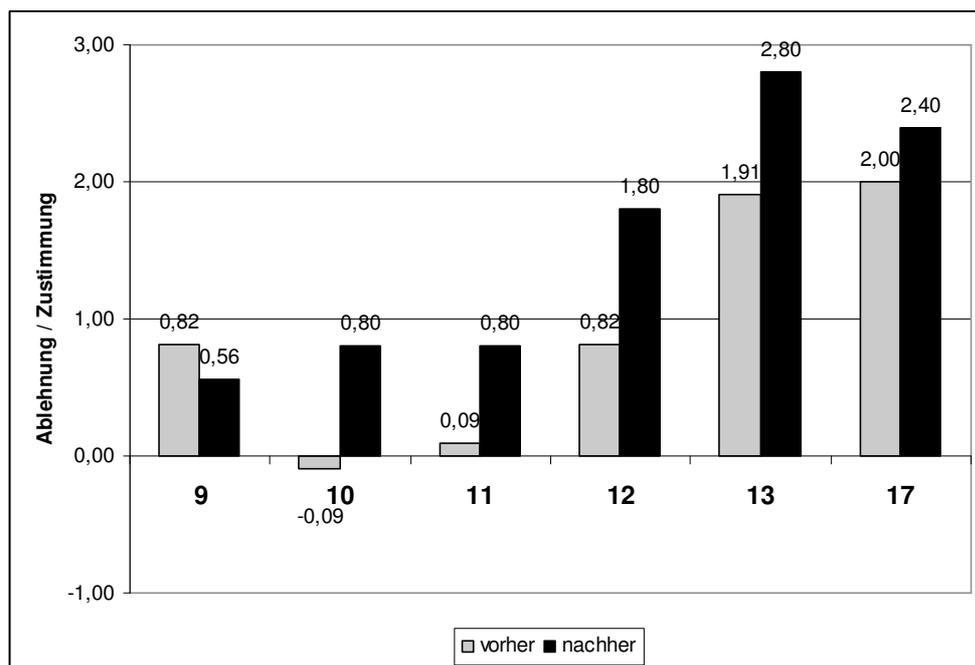
6: Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Kraft.

Tabelle zu Abbildung 1:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
1	10/10	3/5	5/5	2/0	0/0	1,20/2,00	1,48/1,05	0,309
2	11/10	0/0	3/1	2/2	6/7	-1,55/-2,20	1,81/1,40	0,509
3	11/10	0/0	0/0	5/3	6/7	-2,09/-2,40	1,04/0,97	0,659
4	11/10	0/1	6/4	1/5	4/0	-0,64/0,20	1,96/1,40	0,424
5	11/10	0/0	1/6	5/2	5/2	-1,73/-0,20	1,35/1,69	0,064
6	11/10	3/2	7/7	1/0	0/1	1,36/1,00	1,21/1,63	0,761

In der Untersuchung bei Ärzten, zur „Zufriedenheit mit der Betreuung für den Patienten“, fand sich in fünf Items eine tendenzielle Verbesserung der Bewertung. Die einzelnen Fragen zeigten jedoch statistisch keinen signifikanten Unterschied.

Abbildung 2: Kenntnisse über Patientenwille, Umfeld des Patienten und Therapieziel (Ärzte)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

9: Ich kenne die Vertrauenspersonen/Angehörigen des Patienten.

10: Ich weiß, wie die Angehörigen über die Behandlung denken.

11: Ich kenne den (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten.

12: Der Patientenwille wird ausreichend beachtet.

13: Bei unklarem Patientenwillen wird die Familie in den Entscheidungsprozess einbezogen.

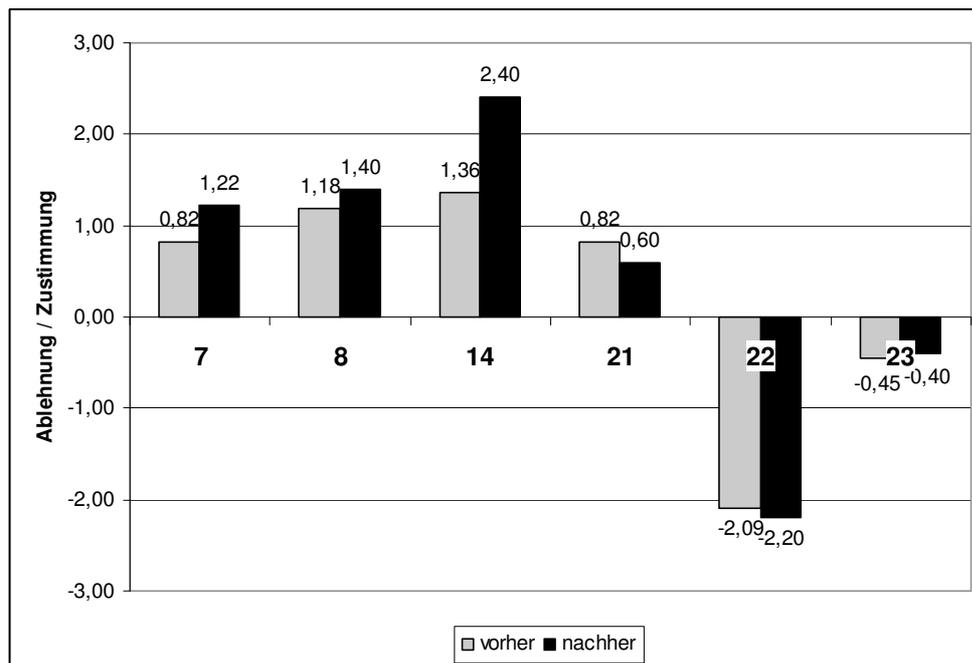
17: Ich kenne das Therapieziel bei den von mir betreuten Patienten.

Tabelle zu Abbildung 2:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
9	11/9	1/0	8/7	2/2	0/0	0,82/0,56	1,08/0,88	0,668
10	11/10	0/0	6/9	4/1	1/0	-0,09/0,80	1,38/0,63	0,134
11	11/10	0/0	8/9	1/1	2/0	0,09/0,80	1,64/0,63	0,449
12	11/10	1/4	8/6	2/0	0/0	0,82/1,80	1,08/1,03	0,074
13	11/10	5/9	6/1	0/0	0/0	1,91/2,80	1,04/0,63	0,063
17	10/10	5/7	5/3	0/0	0/0	2,00/2,40	1,05/0,97	0,650

In der Untersuchung bei Ärzten zu „Kenntnissen über Patientenwille, Umfeld des Patienten und Therapieziel“ fand sich in fünf von sechs Fragen eine tendenzielle Verbesserung nach Einführung der Ethikvisite. Insgesamt konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, bei den Fragen 10, 12 und 13 wurde das Signifikanzniveau lediglich knapp verfehlt.

Abbildung 3: Zufriedenheit mit der Behandlung der Patienten (Ärzte)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

7: Ich bin mit meiner Arbeit (für den Patienten) zufrieden.

8: Ich bin mit der Arbeit der Pflegekräfte am Bett des Patienten zufrieden.

14: Die Behandlungsziele orientieren sich am Wohlergehen des Patienten.

21: Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns zum richtigen Zeitpunkt beendet.

22: Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu früh beendet.

23: Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu spät beendet.

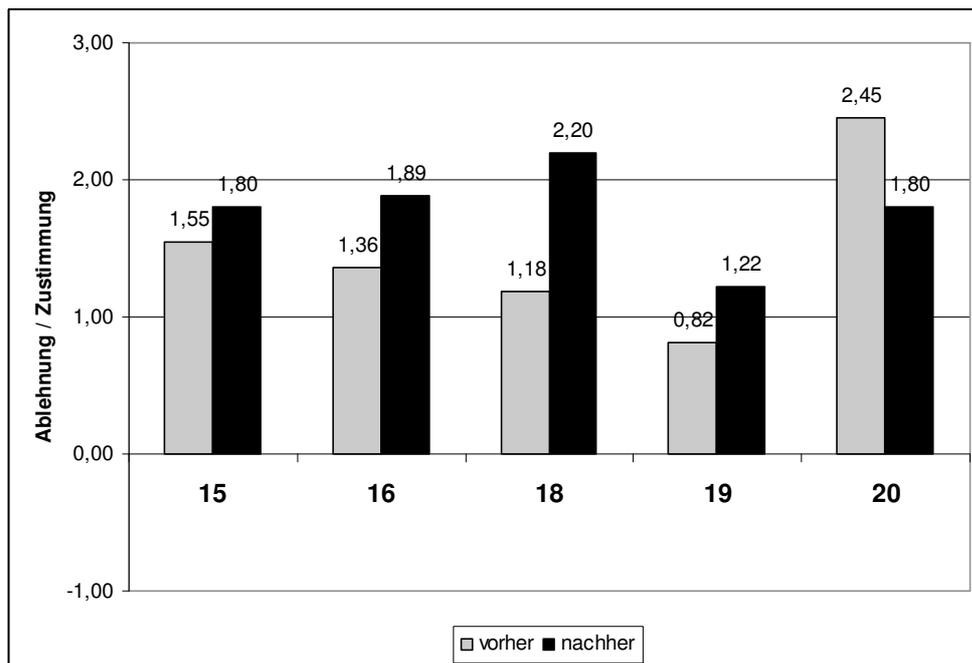
Tabelle zu Abbildung 3:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
7	11/9	1/2	8/6	2/1	0/0	0,82/1,22	1,08/1,20	0,695
8	11/10	2/3	8/6	1/1	0/0	1,18/1,40	1,08/1,26	0,663
14	11/10	3/7	7/3	1/0	0/0	1,36/2,40	1,21/0,97	0,071
21	11/10	1/1	8/6	2/3	0/0	0,82/0,60	1,08/1,26	0,663
22	11/10	0/0	0/1	5/2	6/7	-2,09/-2,20	1,04/1,40	0,659
23	11/10	0/1	4/3	6/4	1/2	-0,45/-0,40	1,29/1,90	1,000

In der Untersuchung bei Ärzten über die „Zufriedenheit mit der Behandlung der Patienten“, fand sich bei Frage 14 „Die Behandlungsziele orientieren sich am Wohlergehen des Patienten.“ eine deutlich höhere Zustimmung nach Einführung der Ethikvisite. Das Signifikanzniveau wurde knapp nicht erreicht ($p=0,07$).

Die übrigen fünf Fragen wurden nur geringfügig different beantwortet. Zusammenfassend fanden sich somit auch in diesem Fragenkomplex keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 4: Fragen zu Mitbestimmung, Kommunikation und Teamprozessen (Ärzte)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

15: Meine Einschätzung zur Situation des Patienten findet Gehör.

16: Meine Meinung zu Therapiebeschränkung und Nutzen von Therapien wird berücksichtigt.

18: Bei Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Therapieziele finden wir meist einen Konsens.

19: Das Denken der Pflege ist für mich nachvollziehbar.

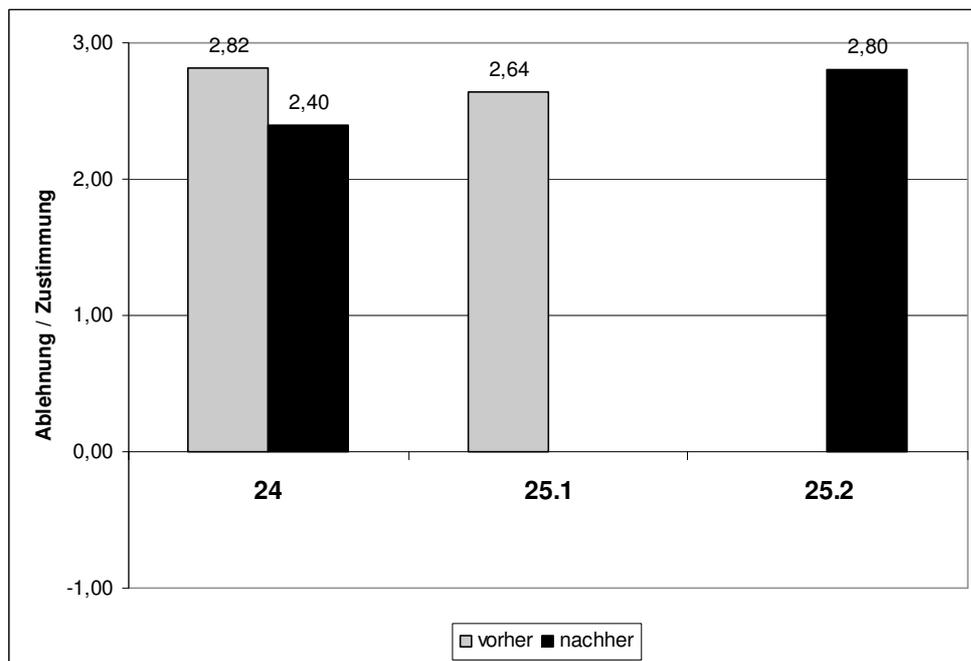
20: Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sollte verbessert werden.

Tabelle zu Abbildung 4:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
15	11/10	3/4	8/6	0/0	0/0	1,55/1,80	0,93/1,03	0,659
16	11/9	4/4	5/5	2/0	0/0	1,36/1,89	1,50/1,05	0,522
18	11/10	4/6	5/4	1/0	1/0	1,18/2,20	1,89/1,03	0,230
19	11/9	3/3	4/4	4/2	0/0	0,82/1,22	1,66/1,56	0,779
20	11/10	8/5	3/4	0/1	0/0	2,45/1,80	0,93/1,40	0,310

In der Untersuchung bei Ärzten über „Mitbestimmung, Kommunikation und Teamprozesse“, fand sich bei allen Fragen eine Verbesserung der Mittelwerte. Das statistische Signifikanzniveau wurde nicht erreicht.

Abbildung 5a: Konkrete Fragen zur Ethikvisite (Ärzte)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

24: Ich begrüße die Einführung der Ethikvisite.

25.1: Ich denke die Ethikvisite wird die Patientenorientierung fördern. (1. Befragung – vor Einführung der EV)

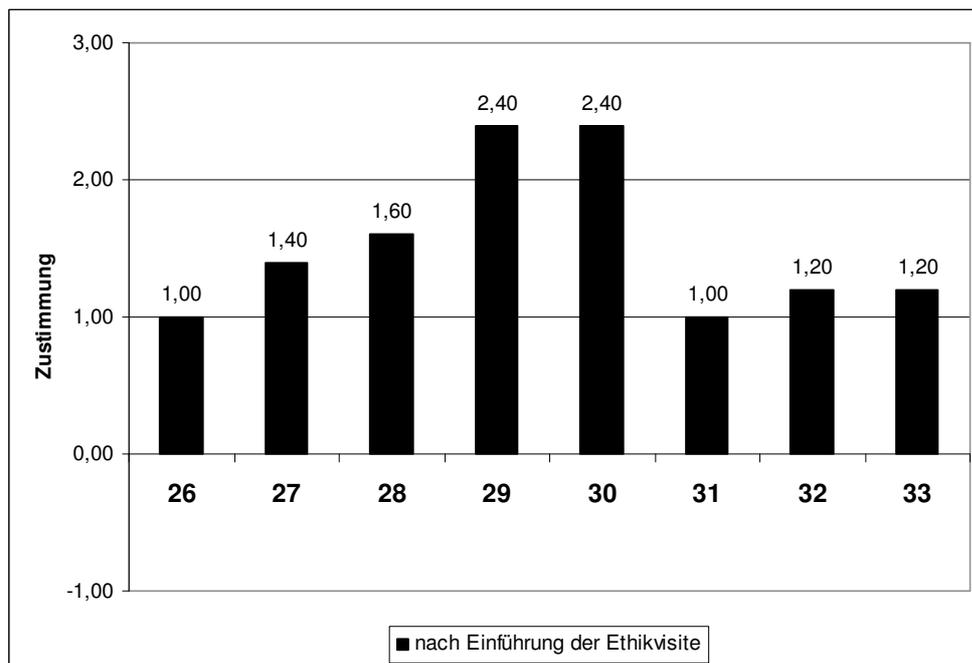
25.2: Ich denke die Ethikvisite fördert die Patientenorientierung. (2. Befragung – nach Einführung der EV)

Tabelle zu Abbildung 5a:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
24	11/10	10/7	1/3	0/0	0/0	2,82/2,40	0,40/0,97	0,311
25.1	11	9	2	0	0	2,64	0,80	-
25.2	10	9	1	0	0	2,8	0,63	-

Bei den „konkreten Fragen zur Ethikvisite“ bei ärztlichen Mitarbeitern fand sich eine sehr große Zustimmung zur Ethikvisite. Kongruent zu Frage 14 bestätigt auch die Frage 25.2, dass sich die Patientenorientierung verbessert.

Abbildung 5b: Konkrete Fragen zur Ethikvisite (Ärzte - Fragen nach Einführung)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

26: Der Umfang der ethischen Empfehlung im Rahmen der Ethikvisite ist ausreichend.

27: Verantwortlichkeiten sind klar erkennbar.

28: Alle Teilnehmer kommen ausreichend zu Wort.

29: Medizinische Fragen werden ebenfalls ausreichend geklärt.

30: Der Nutzen der Ethikvisite rechtfertigt den höheren Zeit- und Personalaufwand.

31: Die Ethikvisite hat die Visitingewohnheiten insgesamt (also auch an anderen Tagen) verändert.

32: Seit Einführung der Ethikvisite setze ich mich mehr mit dem Patientenwillen auseinander.

33: Meine Erwartungen und Wünsche an die Ethikvisite haben sich erfüllt.

Tabelle zu Abbildung 5b:

Frage	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	Mittelwert	Standardabweichung
26	10	2	6	2	0	1,00	1,33
27	10	3	6	1	0	1,40	1,26
28	10	5	3	2	0	1,60	1,65
29	10	7	3	0	0	2,40	0,97
30	10	7	3	0	0	2,40	0,97
31	10	4	2	4	0	1,00	1,89
32	10	5	1	4	0	1,20	1,99
33	10	2	7	1	0	1,20	1,14

In den acht Einzelitems, die konkret Erfahrungen und Meinungen zur Ethikvisite erfragen, zeigt sich bei den Ärzten in der Summe ein positives Bild. Es wird aber ebenfalls deutlich, dass innerhalb der Gruppe der Ärzte, die Ethikvisite unterschiedlich auf- und angenommen wird und dass die Ethikvisite unterschiedlich starken Einfluss auf die Arbeit Einzelner nimmt.

Integrative Bewertungen der Ärzte:

Die Beurteilung der Betreuung auf der Intensivstation insgesamt wurde vor Einführung der Ethikvisite mit durchschnittlich 2,0 (Standardabweichung 0,45), nach Einführung der Ethikvisite mit 2,1 (Standardabweichung 0,74) bewertet. Ein signifikanter Unterschied besteht nicht ($p=0,535$).

Die Frage, ob Patienten und Angehörige nach einer Patientenverfügung befragt werden, wurde vor Einführung der Ethikvisite von zehn Ärzten mit „Ja“ und von einem Arzt mit „Nein“ beantwortet, nach Einführung der Ethikvisiten gab es ebenfalls zehn Ja-Stimmen (kein Nein). Auch hier ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

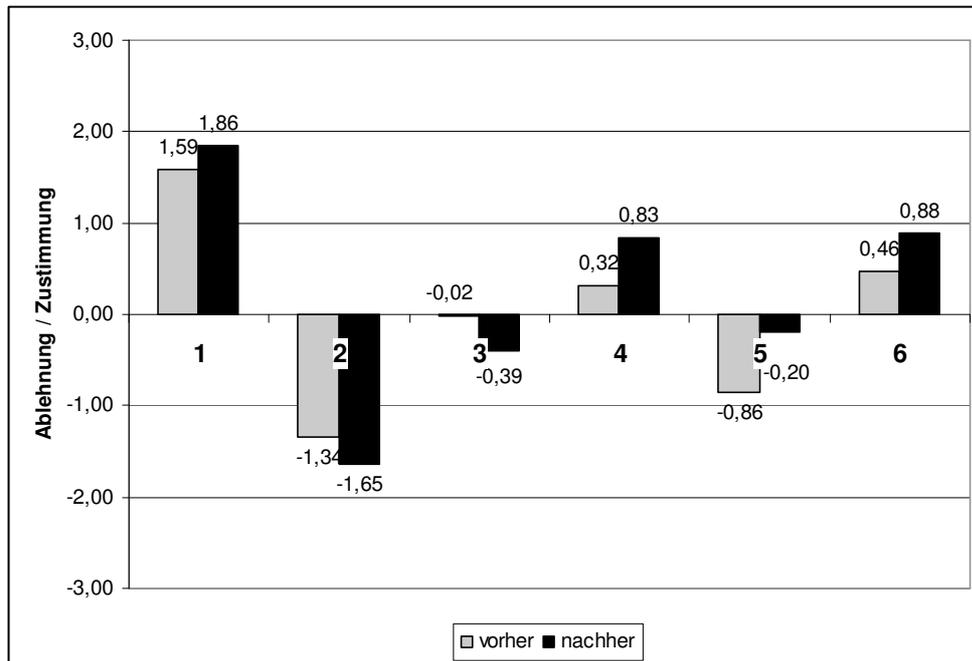
Die beiden Fragebögen vor und nach Einführung der Ethikvisite bewerteten alle teilnehmenden Ärzte als „verständlich“.

Für eine Fortführung der Ethikvisite sprachen sich in der zweiten Befragung alle zehn Ärzte aus.

Die Ethikvisite insgesamt wurde mit 4x „sehr gut“, 4x „gut“ und 2x „befriedigend“ bewertet, entsprechend einem Durchschnitt von 1,80 (Standardabweichung 0,79).

Pflege

Abbildung 6: Zufriedenheit mit der Betreuung für den Patienten (Pflege)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

1: Ich habe die Möglichkeit, den Patienten als Mensch wahrzunehmen.

2: Die (anderen) Ärzte reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.

3: Die Kollegen/innen der Pflegeberufe reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.

4: Meine Zuwendung dem Patienten gegenüber ist ausreichend.

5: Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Zeit.

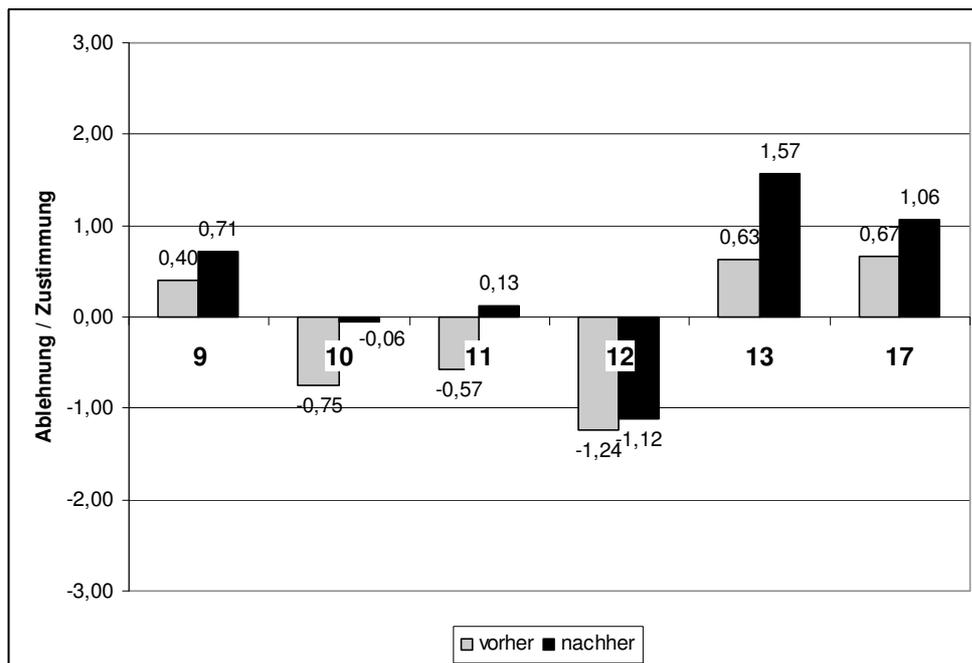
6: Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Kraft.

Tabelle zu Abbildung 6:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
1	44/35	14/17	29/16	1/2	0/0	1,59/1,86	1,02/1,22	0,220
2	41/31	0/0	9/4	16/13	16/14	-1,34/-1,65	1,61/1,40	0,421
3	41/33	5/3	15/10	16/14	5/6	-0,02/-0,39	1,74/1,77	0,363
4	44/35	5/6	24/21	10/7	5/1	0,32/0,83	1,67/1,40	0,192
5	42/35	1/2	10/16	22/11	9/6	-0,86/-0,20	1,49/1,69	0,062
6	41/34	2/7	28/20	9/5	2/2	0,46/0,88	1,27/1,55	0,143

In der Untersuchung zur „Zufriedenheit mit der Betreuung für den Patienten“ bei Mitarbeitern der Pflege fand sich in allen sechs Items eine tendenzielle Verbesserung der Bewertung. Die einzelnen Fragen zeigten jedoch statistisch keinen signifikanten Unterschied.

Abbildung 7: Kenntnisse über Patientenwille, Umfeld des Patienten und Therapieziel (Pflege)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

9: Ich kenne die Vertrauenspersonen/Angehörigen des Patienten.

10: Ich weiß, wie die Angehörigen über die Behandlung denken.

11: Ich kenne den (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten.

12: Der Patientenwille wird ausreichend beachtet.

13: Bei unklarem Patientenwillen wird die Familie in den Entscheidungsprozess einbezogen.

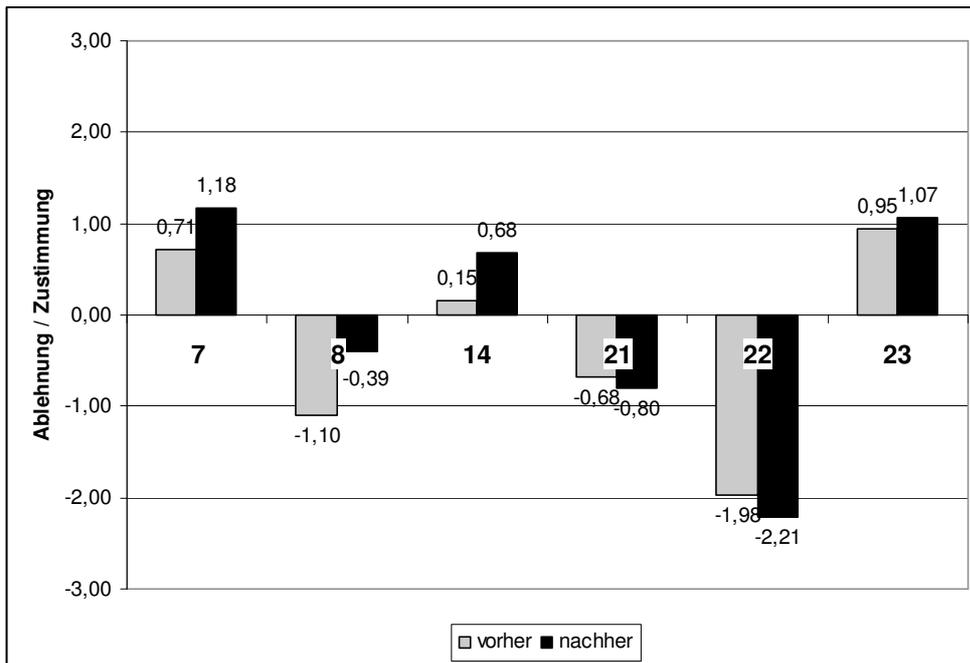
17: Ich kenne das Therapieziel bei den von mir betreuten Patienten.

Tabelle zu Abbildung 7:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
9	43/35	3/4	25/22	14/9	1/0	0,40/0,71	1,28/1,20	0,295
10	40/34	0/0	10/19	25/12	5/3	-0,75/-0,06	1,21/1,32	0,015
11	42/32	2/2	12/15	21/14	7/1	-0,57/0,13	1,56/1,34	0,045
12	41/33	1/1	4/7	25/14	11/11	-1,24/-1,12	1,36/1,65	0,815
13	43/35	5/13	27/20	9/1	2/1	0,63/1,57	1,40/1,33	0,002
17	42/33	8/7	20/22	13/2	1/2	0,67/1,06	1,52/1,46	0,165

In der Untersuchung zu „Kenntnissen über Patientenwille, Umfeld des Patienten und Therapieziel“ bei Mitarbeitern der Pflege fand sich in allen sechs Fragen eine tendenzielle Verbesserung nach Einführung der Ethikvisite. Bei drei Fragen (10; 11 und 13) war der Unterschied statistisch signifikant ($p < 0,05$).

Abbildung 8: Zufriedenheit mit der Behandlung der Patienten (Pfleger)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

7: Ich bin mit meiner Arbeit (für den Patienten) zufrieden.

8: Ich bin mit der Arbeit der Ärzte am Bett des Patienten zufrieden.

14: Die Behandlungsziele orientieren sich am Wohlergehen des Patienten.

21: Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns zum richtigen Zeitpunkt beendet.

22: Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu früh beendet.

23: Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu spät beendet.

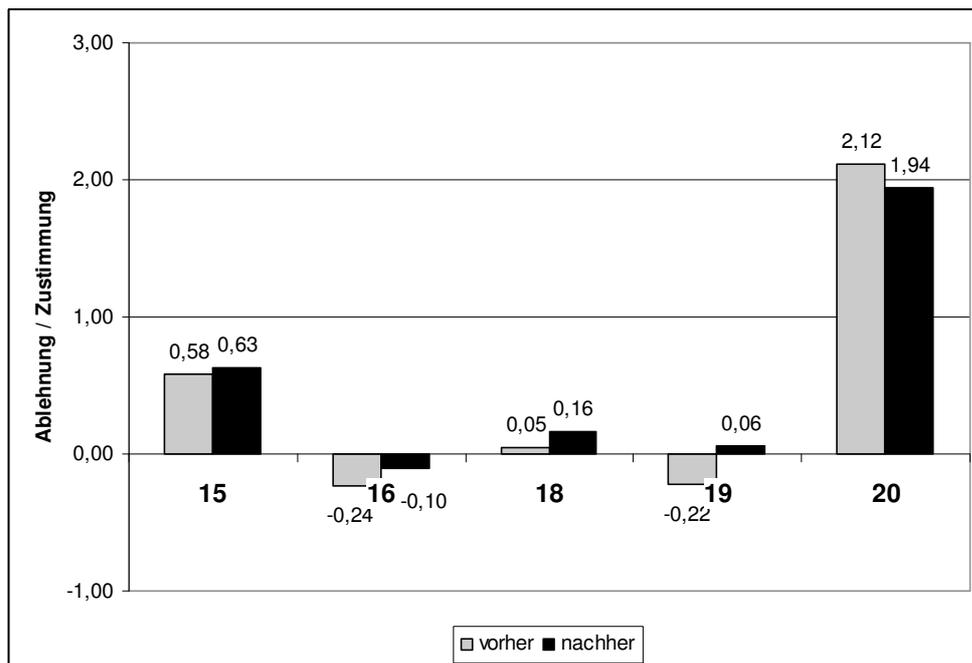
Tabelle zu Abbildung 8:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
7	41/34	5/5	26/28	9/0	1/1	0,71/1,18	1,31/1,03	0,059
8	40/33	1/1	8/12	19/16	12/4	-1,10/-0,39	1,57/1,46	0,045
14	40/31	2/6	20/16	17/7	1/2	0,15/0,68	1,27/1,64	0,099
21	38/30	2/2	7/6	24/15	5/7	-0,68/-0,80	1,44/1,69	0,694
22	41/33	2/0	0/1	15/11	24/21	-1,98/-2,21	1,49/1,11	0,620
23	39/29	10/7	21/16	5/6	3/0	0,95/1,07	1,69/1,36	0,984

In der Untersuchung über die „Zufriedenheit mit der Behandlung der Patienten“ bei Mitarbeitern der Pflege fand sich eine deutliche Verbesserung bei der Beurteilung der eigenen Arbeit. Die Behandlungsziele wurden auch näher am Wohlergehen des Patienten bewertet und die Arbeit der Ärzte wurde statistisch signifikant besser eingeschätzt.

Keine wesentliche Änderung ergab sich bei der Einschätzung ob lebensverlängernde Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt, zu früh oder zu spät beendet werden. Es bleiben die Stimmen, die ein zu spätes Beenden besagter Maßnahmen herausstellen, in der Mehrzahl.

Abbildung 9: Fragen zu Mitbestimmung, Kommunikation und Teamprozessen (Pflege)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

15: Meine Einschätzung zur Situation des Patienten findet Gehör.

16: Meine Meinung zu Therapiebeschränkung und Nutzen von Therapien wird berücksichtigt.

18: Bei Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Therapieziele finden wir meist einen Konsens.

19: Das Denken der Ärzte ist für mich nachvollziehbar.

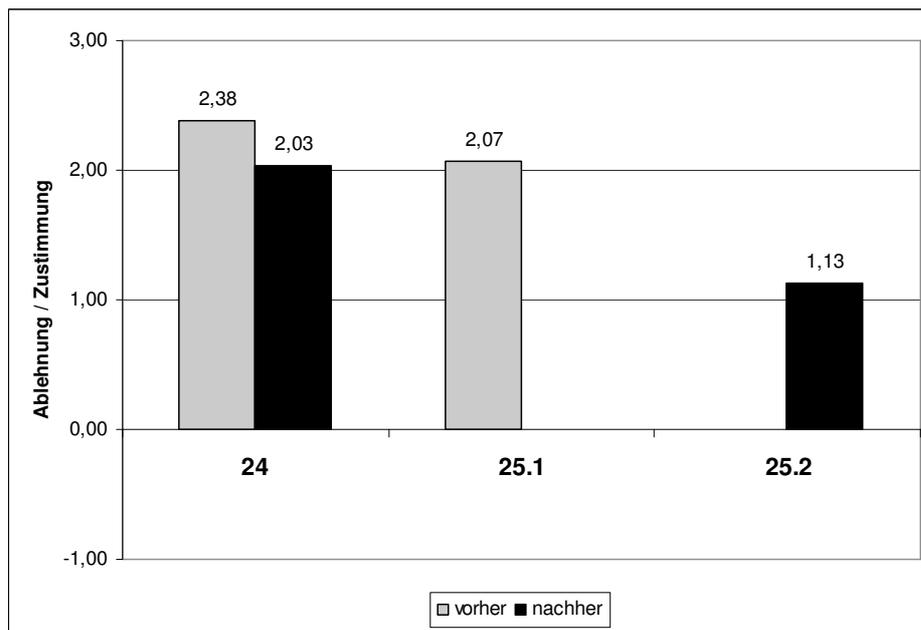
20: Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sollte verbessert werden.

Tabelle zu Abbildung 9:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
15	43/32	4/3	26/20	13/9	0/0	0,58/0,63	1,20/1,18	0,867
16	42/29	3/2	13/11	23/14	3/2	-0,24/-0,10	1,46/1,47	0,646
18	40/31	1/2	21/18	16/7	2/4	0,05/0,16	1,28/1,61	0,551
19	41/34	1/1	18/18	18/13	4/2	-0,22/0,06	1,41/1,32	0,381
20	43/34	29/19	11/13	1/1	2/1	2,12/1,94	1,53/1,41	0,364

In der Untersuchung über „Mitbestimmung, Kommunikation und Teamprozesse“ bei Mitarbeitern der Pflege fanden sich nur geringe und statistisch nicht signifikante Änderungen durch die Einführung der Ethikvisite. Bei allen Fragen tendieren die Mittelwerte jedoch hin zu einer leichten Verbesserung.

Abbildung 10a: Konkrete Fragen zur Ethikvisite (Pfleger)



Bewertung von +3=stimme voll zu bis -3=stimme nicht zu

24: Ich begrüße die Einführung der Ethikvisite.

25.1: Ich denke, die Ethikvisite wird die Patientenorientierung fördern. (1. Befragung – vor Einführung der EV)

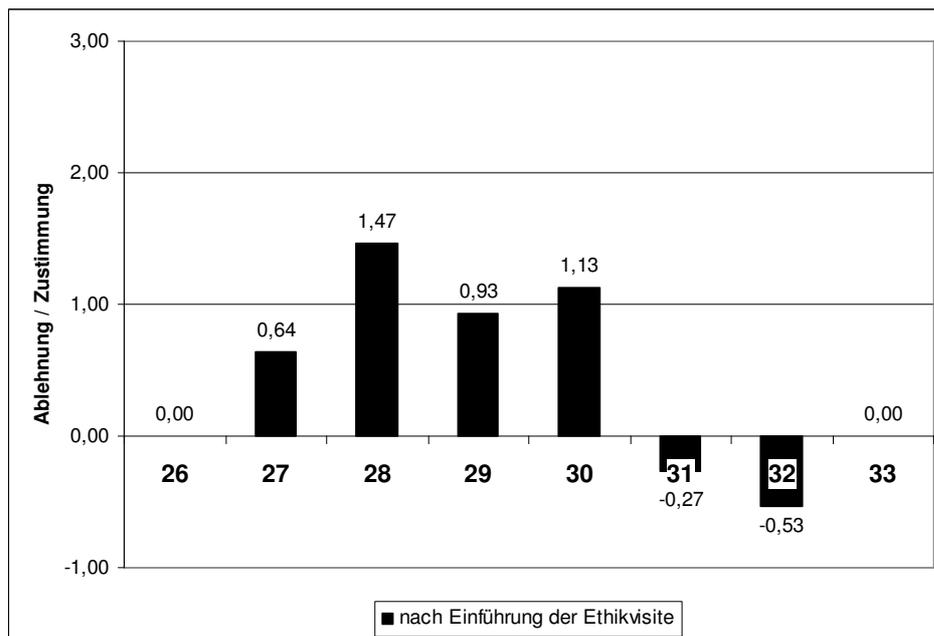
25.2: Ich denke, die Ethikvisite fördert die Patientenorientierung. (2. Befragung – nach Einführung der EV)

Tabelle zu Abbildung 10a:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite							
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
24	42/31	29/19	15/10	0/1	0/1	2,38/2,03	0,94/1,45	0,39
25.1	43	26	15	1	1	2,07	1,33	-
25.2	32	12	13	4	3	1,13	1,9	-

Bis auf vereinzelte Ausnahmen wird bei Mitarbeitern der Pflege die Ethikvisite auch nach deren Einführung positiv angenommen, dies spiegelt sich in einem hohen Mittelwert von 2,03 wieder. Mehr kritische Stimmen finden sich in der Bewertung der Patientenorientierung, insgesamt überwiegen jedoch auch hier die positiven Stimmen noch deutlich.

Abbildung 10b: Konkrete Fragen zur Ethikvisite (Pflege) - Fragen nach Einführung



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

26: Der Umfang der ethischen Empfehlung im Rahmen der Ethikvisite ist ausreichend.

27: Verantwortlichkeiten sind klar erkennbar.

28: Alle Teilnehmer kommen ausreichend zu Wort.

29: Medizinische Fragen werden ebenfalls ausreichend geklärt.

30: Der Nutzen der Ethikvisite rechtfertigt den höheren Zeit- und Personalaufwand.

31: Die Ethikvisite hat die Visitingewohnheiten insgesamt (also auch an anderen Tagen) verändert.

32: Seit Einführung der Ethikvisite setze ich mich mehr mit dem Patientenwillen auseinander.

33: Meine Erwartungen und Wünsche an die Ethikvisite haben sich erfüllt.

Tabelle zu Abbildung 10b:

Frage	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	Mittelwert	Standardabweichung
26	28	1	15	9	3	0,00	1,49
27	28	2	19	7	0	0,64	1,10
28	30	9	19	2	0	1,47	1,14
29	30	3	24	2	1	0,93	1,11
30	30	10	13	6	1	1,13	1,66
31	30	2	10	15	3	-0,27	1,53
32	30	3	8	12	7	-0,53	1,87
33	26	0	16	7	3	0,00	1,41

Hinsichtlich den „konkreten Fragen zur Ethikvisite nach deren Einführung“ zeigt sich bei Mitarbeitern der Pflege ein gemischtes Bild. Einerseits besteht weiterhin eine deutliche Zustimmung zur Ethikvisite, was sich daran zeigt, dass der höhere Zeit- und Personalaufwand in Relation zum Nutzen als gerechtfertigt angesehen wird. Zusätzlich überwiegt auch die Zustimmung bei den Fragen, ob alle Teilnehmer ausreichend zu Wort kommen und ob medizinische Fragen ebenfalls ausreichend geklärt werden. Möglichkeiten zur Verbesserung bestehen nach den Bewertungen der Pflege jedoch vor allem im Bereich „Umfang der

ethischen Empfehlung“. Zum Zeitpunkt der Erhebung gaben zehn von 26 Teilnehmern an, dass ihre Erwartungen und Wünsche „nicht“ oder „eher nicht“ erfüllt wurden.

Integrative Bewertungen der Pflege:

Die Beurteilung der Betreuung auf der Intensivstation insgesamt wurde vor Einführung der Ethikvisite mit 2,11 (Standardabweichung 0,61), nach Einführung der Ethikvisite mit 2,08 (Standardabweichung 0,44) bewertet. Ein signifikanter Unterschied besteht nicht ($p=0,64$).

Die Frage ob Patienten und Angehörige nach einer Patientenverfügung befragt werden, wurde vor Einführung der Ethikvisite von 27 Pflegekräften mit „Ja“ und von 16 mit „Nein“ beantwortet, nach Einführung der Ethikvisite antworteten 24 mit „Ja“ und acht mit „Nein“. Auch hier ergibt sich kein signifikanter Unterschied ($p=0,262$).

Den Fragebogen vor Einführung der Ethikvisite bewerteten alle teilnehmenden Pflegekräfte als „verständlich“ ($n=44$), nach Einführung der Ethikvisite gab es 4x „keine Angabe“ zur Verständlichkeit, die übrigen Pflegekräfte bewerteten den Fragebogen durchgehend als „verständlich“ ($n=31$).

Für eine Fortführung der EV sprachen sich 23 Pflegekräfte aus, für eine Fortsetzung „nur in wesentlich geänderter Form“ sprachen sich sieben Pflegekräfte aus, gegen eine Fortsetzung stimmte eine Pflegekraft und 4x wurde „keine Angabe“ gemacht.

Die Ethikvisite insgesamt wurde mit 2x „sehr gut“, 15x „gut“, 11x „befriedigend“, 1x „ausreichend“ und 3x „mangelhaft“ bewertet, entsprechend einem Durchschnitt von 2,63 (Standardabweichung 1,01).

3.2.4 Beantwortung der offenen Fragen

Ärzte – vor Einführung der Ethikvisite

Insgesamt sieben der elf Ärzte nutzte die Möglichkeit offen zu formulieren.

Erwartungen und Wünsche

Hier wurden Verbesserungen in den Bereichen Entscheidungsfindung, Berücksichtigung von Patientenwille und –orientierung sowie Verbesserungen im Angehörigengespräch und der Teamkommunikation erwartet.

Die Kommentare waren:

Schnellere Entscheidungen zu Ausweitung oder Einstellung einer Therapie, insbesondere von lebensverlängernden Maßnahmen ($n=3$).

Beurteilung der Gesamtsituation und Ausrichtung der Therapie am Patientenzustand ($n=1$).

Kenntnisse über Patientenwünsche und –willen zu erlangen ($n=2$).

Erörterung auch nicht-medizinischer Probleme des Patienten ($n=1$).

Leichteren Zugang und Umgang mit den Angehörigen ($n=1$).

Bessere Kommunikation zwischen dem Personal ($n=2$).

Bedenken

Hier wurde vornehmlich der Zeit-Nutzen-Aspekt kritisch hinterfragt.

Die Kommentare waren:

Zu viel Zeitbedarf/ hoher Aufwand ($n=4$)

Nutzlosigkeit hinsichtlich nicht-medizinischer Probleme (n=1).
Widerwille von [einzelnen] Beteiligten (n=1).

Ärzte – nach Einführung der Ethikvisite

Hier nutzten vier der zehn teilnehmenden Ärzte die Möglichkeit im Freitext zu antworten.

Welche Erwartungen und Wünsche blieben unerfüllt?

Die Ethikvisite wird von der Pflege noch nicht ausreichend angenommen (n=3).

Bedenken

Von Seiten der Ärzteschaft wurden keine Bedenken geäußert.

Vorschläge zur Verbesserung

In zwei Fällen wurde vorgeschlagen, dass nicht-ärztliche Teilnehmer aktiver an der Ethikvisite teilnehmen, im Übrigen wird ein effizienteres Vorgehen angeregt.

Die Kommentare im Einzelnen:

Initiale Vorstellung des Patienten vor dem Zimmer durch die Pflege (statt den Arzt) (n=1).

„Moderator“ soll aktiver werden statt nur beobachtend und von Fall zu Fall einschreitend (n=1).

Strafferes Schema und mehr Struktur (n=1).

Vorselektion der Patienten zur Ethikvisite und dann intensivere Auseinandersetzung (n=1).

Pflege - vor Einführung der Ethikvisite

Zusammen 27 der 44 teilnehmenden Pflegekräfte gaben Kommentare im Freitext an.

Erwartungen und Wünsche

Die Angaben konzentrieren sich auf die Bereiche Patientenwille und –orientierung, Kommunikation und Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit klar definierten Therapiezielen.

Die Kommentare im Einzelnen waren:

Mehr Patientenorientierung bei Behandlung, Pflege und Therapieentscheidungen (n=4).

Der Patientenwille muss wichtiger sein als der der Angehörigen (n=2).

Mehr Beachtung gegenüber dem Patientenwillen (n=1).

Patienten und Angehörige besser aufklären, informieren und einbeziehen (n=2).

Verbesserte Kommunikation (n=3).

Alle Betroffenen werden gehört und berücksichtigt / Konsensfindung (n=2).

Objektivere Betrachtung eines Patientenfalls (n=2).

Klar abgesteckte Ziele und Therapie (n=4).

Invasive Therapien im richtigen Moment beenden (n=3).

Diskussion unter mehreren Fachleuten (n=1).

Konsequente Fortführung der Ethikvisite (n=1).

Bedenken

Im Vorfeld der Ethikvisite wurde von mehreren Pflegekräften ein hoher Zeitaufwand befürchtet, andere Stimmen äußerten Bedenken, da die Ethikvisite nur einmal pro Woche stattfinden sollte. Weitere Einwände gab es hinsichtlich Nutzen und zu starker Berücksichtigung des Angehörigenwillens, auch wurde befürchtet, dass oft keine Einigung zwischen den Teilnehmern zu erzielen sei.

Die ausgeführten Anmerkungen waren:

Zeitaufwand zu hoch mit entsprechend notwendiger Zeiteinsparung bei anderen Tätigkeiten (n=6).

Keine Einigung zwischen den Teilnehmern und entsprechend kein Treffen von Entscheidungen (n=2).

Nutzlosigkeit (n=2).

Angehörige, die sich nicht kümmern, sollten auch weniger berücksichtigt werden (n=1).

Findet zu selten statt (n=2).

Nicht abgeschlossene Diagnostik [zum Zeitpunkt der Ethikvisite] (n=1).

Nach Einführung nur noch inkonsequentes Fortführen der Ethikvisiten (n=1).

Überflüssig, da normale Visite bzgl. Therapieentscheidungen vollkommen ausreichend ist (n=1).

Pflege – nach Einführung der Ethikvisite

Insgesamt 19 von 35 Fragebögen der Pflege waren mit Angaben im Freitext versehen.

Welche Erwartungen und Wünsche blieben unerfüllt?

Insgesamt wurden in dieser Kategorie nur drei Angaben gemacht, die einzelnen Kommentare stehen im Folgenden:

Unvollständig ausgefüllter Ethikvisiten-Bogen [im Sinne einer nicht ausreichenden ethischen Empfehlung] (n=1).

Klare Entscheidungen (n=1).

Besprochene Maßnahmen oder Ziele werden in der Folge nicht ausreichend beachtet (n=1).

Bedenken

In der zweiten Befragung verneinten 18 Pflegekräfte Bedenken bzgl. der Ethikvisite, viermal wurde keine Angabe gemacht, dagegen äußerten 13 Pflegekräfte zunächst pauschal Bedenken an der Ethikvisite, die teilweise konkret benannt wurden.

Die angeführten Bedenken waren:

Wille und Wohlergehen des Patienten werden nicht ausreichend berücksichtigt (n=4).

Auf Lebensqualität wird nicht ausreichend geachtet (n=1).

Klare Vorgaben und besprochene Konsequenzen werden nicht immer eingehalten (n=1).

Die Meinung/der Wille der Angehörigen zählt mehr als die/der des Patienten (n=2).

Patientenverfügungen und mündlich gegenüber den Angehörigen geäußerter Wille werden nicht ausreichend beachtet (n=1).

Es gibt trotz Ethikvisite nur eine ethische Ansicht (n=1).

Vorschläge zur Verbesserung:

Knapp die Hälfte der befragten Pflegekräfte nutzte die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge anzubringen. Diese erfassten die Tätigkeit des Moderators, den Vorschlag nur ausgewählte Patienten zu besprechen, Angehörige noch mehr einzubeziehen, noch besser aufzuklären und zu informieren sowie die Dokumentation und die Umsetzung von getroffenen Entscheidungen konsequenter durchzuführen.

Die Vorschläge im Detail waren:

Moderator sollte sich mehr einbringen und mehr Fragen stellen (n=1).

Moderator sollte sich zur Zeitersparnis im Vorfeld schon ein Bild über die Patienten machen (n=1).

Gezielt betroffene und nicht alle Patienten visitieren (n=3).

Wöchentliche Therapiebesprechung am Tisch mit mehr Zeit statt Ethikvisite (n=1).

Einzelfallbesprechungen mit Angehörigen und Patient statt Ethikvisite (n=1).

Angehörige könnten auch bei der Visite dabei sein (n=2).
Bessere Dokumentation und Informationsweitergabe (n=1).
Angesprochene Themen werden nach der Visite nicht mit entsprechender Konsequenz weiterverfolgt (n=3).
Lebensqualität statt –dauer noch mehr in den Vordergrund rücken (n=1).
Der Patient sollte mehr mit eingebracht werden (n=1).
Richtige und adäquate Aufklärung der Patienten und Angehörigen (n=2).

3.3 Patientenbefragung

3.3.1 Rücklaufquote der Patientenbefragung

Während der ersten Befragung erfüllten 163, zur zweiten Befragung 172 Fälle die Einschlusskriterien (siehe 2.1).
Es konnten 99 bzw. 103 Patientenfragebögen ausgehändigt werden, von denen der Rücklauf 63% und 62% betrug.

3.3.2 Gliederung der Teilnehmer der Patientenbefragung

Erste Befragung

Von den Teilnehmern, die Angaben zum Geschlecht machten, wiesen sich 67% als männlich, 33% als weiblich aus. Ihre Verweildauer gaben 81% mit unter sieben Tagen, 14% mit sieben bis 14 Tagen und 5% mit über 14 Tagen an. Zur Alterskategorie unter 50 Jahre zählten 17%, 50 bis 59 Jahre 10%, 60-69 Jahre 26%, 70 bis 79 Jahre 37% und 10% waren 80-89 Jahre alt.

Zweite Befragung

Entsprechend den Angaben waren 65% männlich und 35% weiblich; die Verweildauer betrug bei 62% unter sieben Tage, bei 27% sieben bis 14 Tage und bei 11% über 14 Tage. Angaben zum Alter wurden wie folgt den Kategorien zugeordnet: 16% unter 50 Jahre, 16% 50 bis 59 Jahre, 19% 60 bis 69 Jahre, 33% 70 bis 79 Jahre, 14 % 80 bis 89 Jahre und 2% über 89 Jahre.

3.3.3 Non-Responder-Analyse (Patienten)

Entsprechend den Angaben der Teilnehmer auf den Fragebögen und den Daten zur Gesamtheit der Teilnehmer, denen ein Fragebogen ausgehändigt wurde, können Rückschlüsse auf die Non-Responder erfolgen. Da die Angaben zu Geschlecht und Alter nicht durch jeden Teilnehmer angegeben wurden, kann keine exakte Non-Responder-Analyse erfolgen.

Es zeigt sich jedoch, dass in beiden Befragungen die Responserate bei Männern leicht höher lag als bei Frauen. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich Geschlecht besteht jedoch nicht zwischen den Gruppen.

Die Auswertung der angegebenen Alterskategorien zeigt, dass die Responserate mit zunehmendem Alter sinkt.

Die folgenden Tabellen verdeutlichen die möglichen Verzerrungen der teilnehmenden Studienpopulation (Responder) in Bezug auf die Grundgesamtheit aller eingeschlossenen Patienten auf der Medizinischen Intensivstation und aller befragten Patienten (Tabellen 1 und 2).

Tabelle 1: (Non-) Responder-Analyse:

1. Befragung

Altersklasse (Jahre)	Studiengrund- gesamtheit n=163		Befragte Patienten n=99		Responder n=62	
	n	%	n	%	n	%
unter 50	16	9,8	13	13,1	10	16,1
50-59	16	9,8	7	7,1	6	9,7
60-69	34	20,9	22	22,2	15	24,2
70-79	68	41,7	38	38,4	21	33,9
80-89	28	17,2	19	19,2	6	9,7
90 und älter	1	0,6	0	0	0	0
unbekannt	0	0	0	0	4	6,4
Geschlecht	n	%	n	%	n	%
männlich	101	62,0	62	62,6	36	58,1
weiblich	62	38,0	37	37,4	18	29,0
unbekannt	0	0	0	0	8	12,9

Tabelle 2: (Non-) Responder-Analyse:

2. Befragung

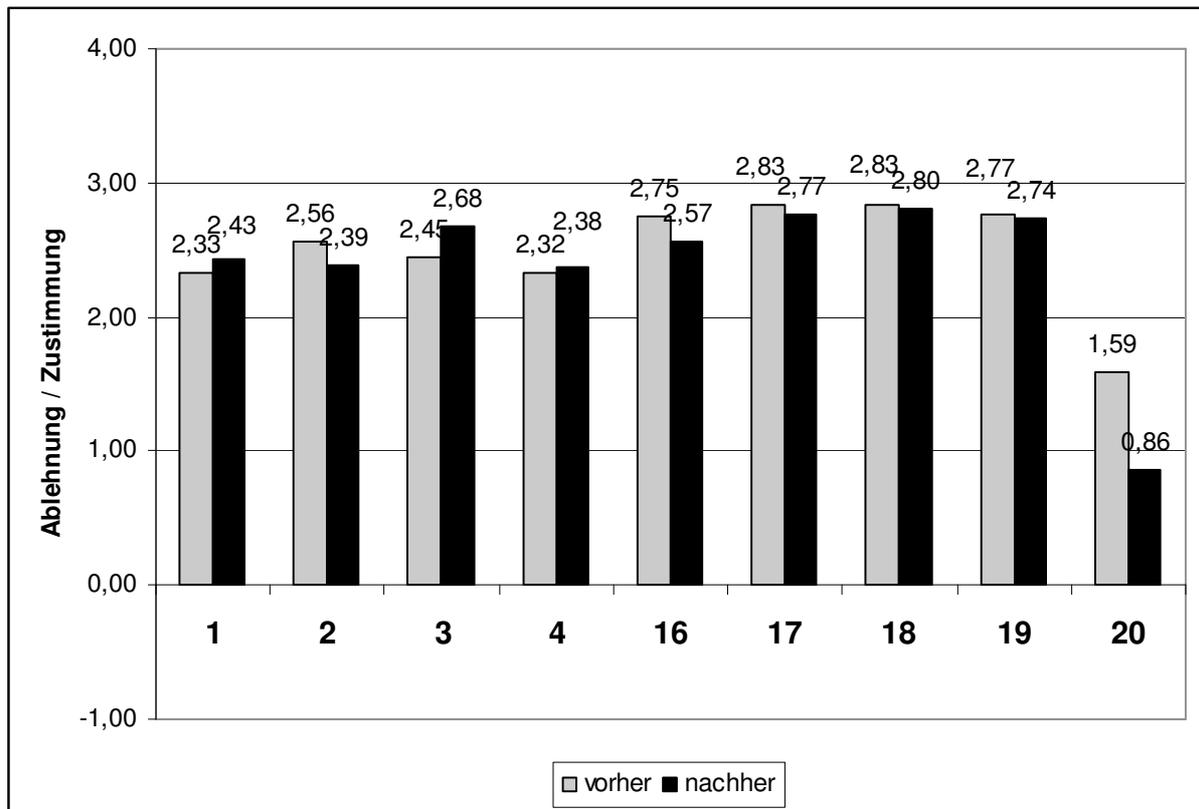
Altersklasse (Jahre)	Studiengrund- gesamtheit n=172		Befragte Patienten n=103		Responder n=64	
	n	%	n	%	n	%
unter 50	24	14,0	19	18,4	10	15,6
50-59	23	13,4	15	14,6	10	15,6
60-69	36	20,9	19	18,4	12	18,7
70-79	57	33,1	29	28,2	21	32,8
80-89	27	15,7	18	17,5	9	14,1
90 und älter	5	2,9	3	2,9	1	1,6
unbekannt	0	0	0	0	1	1,6
Geschlecht	n	%	n	%	n	%
männlich	110	64,0	62	60,2	40	62,5
weiblich	62	36,0	41	39,8	22	34,4
unbekannt	0	0	0	0	2	3,1

3.3.4 Bewertungen durch die Patienten

Im Folgenden werden die einzelnen Items nach Zugehörigkeit zu ihren drei inhaltlichen Hauptkategorien aufgeführt.

Bei Zustimmung wurden jeweils positive Werte (+3 bzw. +1) vergeben, bei Ablehnung die entsprechenden negativen Werte. Die Abbildungen 11 bis 13 zeigen die berechneten Mittelwerte für den Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung.

Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Betreuung (Patienten)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

1: Es wurde mit mir gesprochen, nicht nur über mich.

2: Ich hab mich getraut, Fragen zu stellen und Wünsche zu äußern.

3: Meine Fragen wurden umfassend und verständlich beantwortet.

4: Ich erhielt von unterschiedlichen Personen (Arzt, Pflegefachperson, etc.) übereinstimmende Informationen über meinen Zustand.

16: Ich fühlte mich als Mensch verstanden.

17: Ärzte und Pflegekräfte gingen gewissenhaft und respektvoll mit mir um.

18: Die Ärzte waren freundlich.

19: Die Pflegekräfte waren freundlich.

20: Der Seelsorger hat mich gut begleitet und unterstützt.

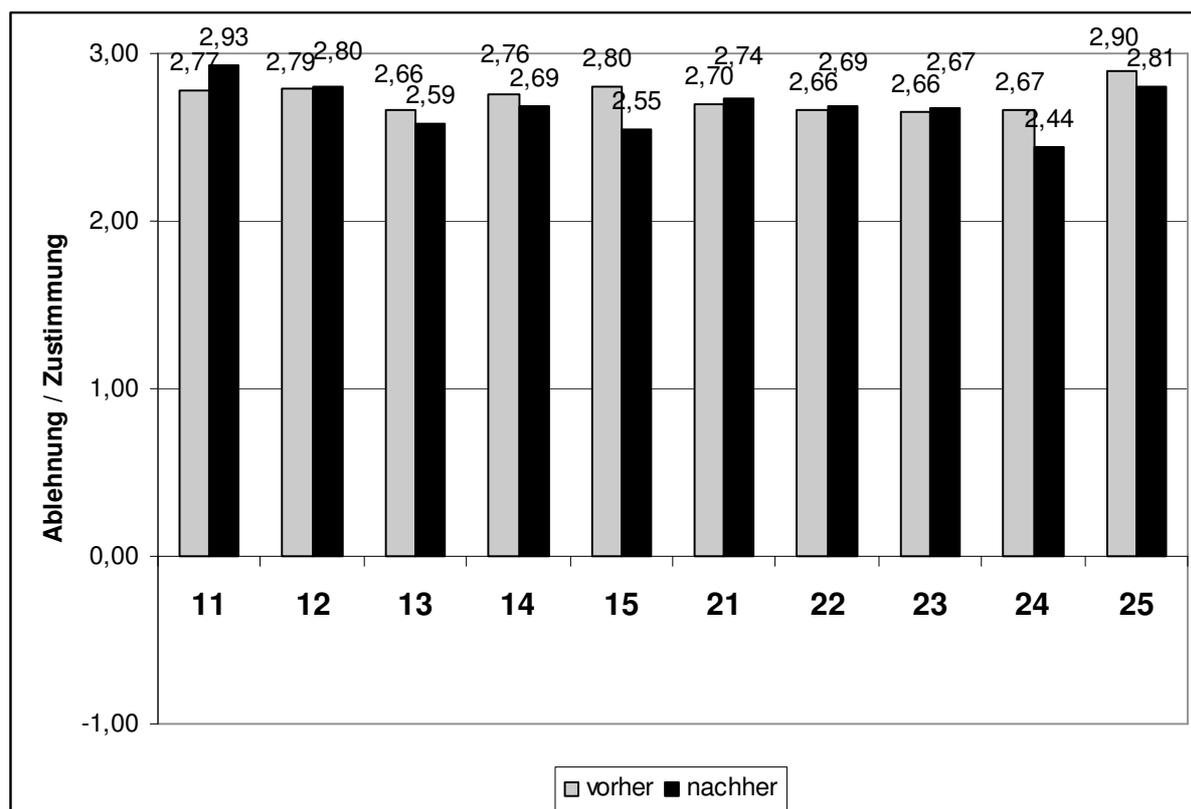
Tabelle zu Abbildung 11:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
1	57/60	43/43	11/17	1/0	2/0	2,33/2,43	1,38/0,91	0,782
2	59/56	47/44	11/8	1/3	0/1	2,56/2,39	0,91/1,32	0,773
3	58/56	46/48	8/7	4/1	0/0	2,45/2,68	1,17/0,83	0,328
4	59/58	44/43	11/12	3/3	1/0	2,32/2,38	1,32/1,14	0,991
16	57/60	50/49	7/9	0/2	0/0	2,75/2,57	0,66/0,98	0,336
17	59/61	55/54	3/7	1/0	0/0	2,83/2,77	0,67/0,64	0,395
18	60/61	56/55	3/6	1/0	0/0	2,83/2,80	0,67/0,60	0,550
19	60/62	54/54	5/8	1/0	0/0	2,77/2,74	0,74/0,68	0,643
20	17/14	10/7	4/2	1/2	2/3	1,59/0,86	2,09/2,54	0,473

Im Bereich „Zufriedenheit mit der Betreuung“ konnte keine nennenswerte Veränderung festgestellt werden.

Die Bewertungen lagen im Bereich der bereits sehr guten Werte vor Einführung der Ethikvisite. Eine Ausnahme bildet die Beurteilung der seelsorgerischen Begleitung (Frage 20); hier nahmen nur wenige Teilnehmer eine Bewertung vor und die Mittelwerte liegen deutlich unter der Zufriedenheit mit der übrigen Betreuung.

Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Behandlung (Patienten)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

11: Ich hatte Vertrauen zu den Schwestern und Pflägern auf der Medizinischen Intensivstation.

12: Ich hatte Vertrauen zu den Ärzten auf der Medizinischen Intensivstation.

13: Meine Probleme und Nöte wurden ernst genommen.

14: Die Ärzte waren da, wenn ich sie brauchte.

15: Die Pflegekräfte waren da, wenn ich sie brauchte.

21: Das Verhalten des Personals war kompetent und professionell.

22: Die verschiedenen Mitarbeiter arbeiteten gut zusammen.

23: Mit der Behandlung war ich in Bezug auf Durchführung und Dauer zufrieden.

24: Es wurde auf Äußerungen wegen Schmerz, Angst, Atemnot, Durst reagiert.

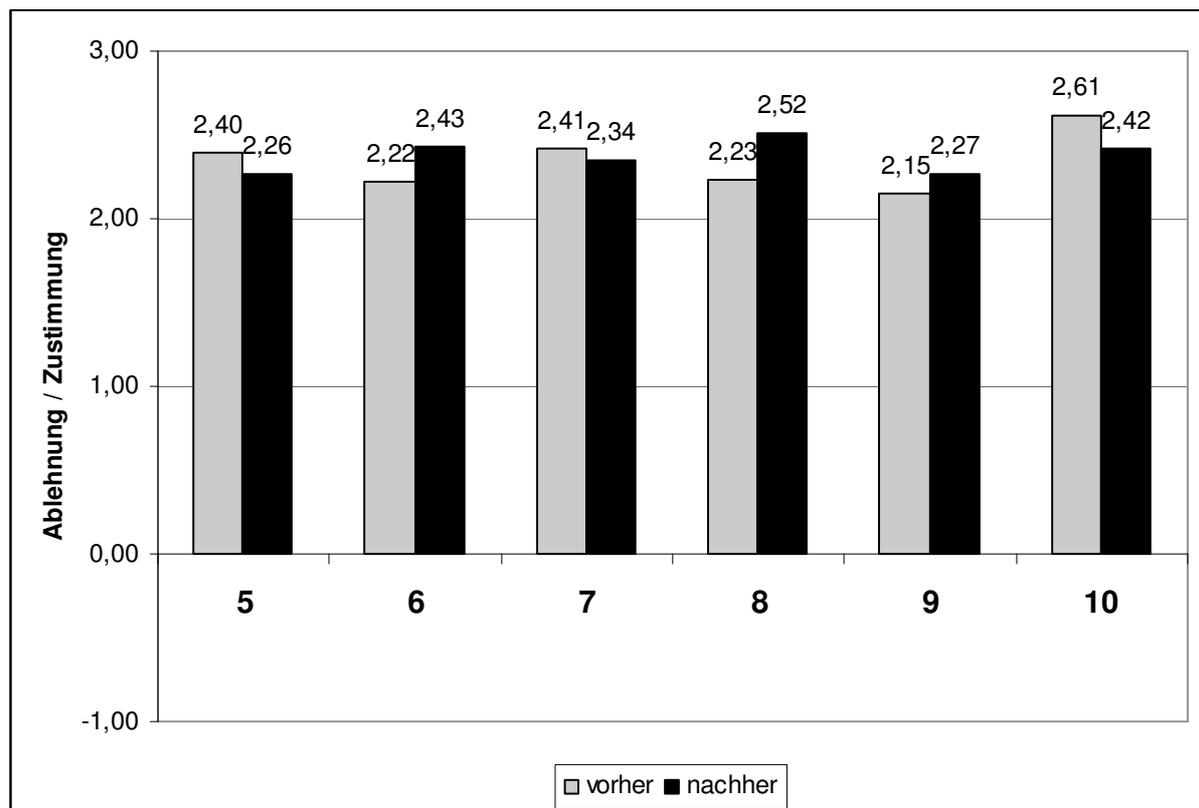
25: Die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation kann ich weiterempfehlen.

Tabelle zu Abbildung 12:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite							
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
11	62/60	55/58	7/2	0/0	0/0	2,77/2,93	0,64/0,36	0,094
12	58/61	53/55	4/6	1/0	0/0	2,79/2,80	0,72/0,60	0,845
13	59/58	49/47	10/10	0/1	0/0	2,66/2,59	0,76/0,90	0,746
14	58/58	51/49	7/9	0/0	0/0	2,76/2,69	0,66/0,73	0,592
15	60/62	54/51	6/9	0/1	0/1	2,80/2,55	0,61/1,11	0,201
21	60/61	52/53	7/8	1/0	0/0	2,70/2,74	0,81/0,68	0,944
22	59/58	50/49	8/9	1/0	0/0	2,66/2,69	0,84/0,73	1,000
23	58/61	49/52	8/8	1/1	0/0	2,66/2,67	0,85/0,83	0,908
24	60/57	52/45	7/9	0/2	1/1	2,67/2,44	0,99/1,24	0,253
25	58/62	56/56	1/6	1/0	0/0	2,90/2,81	0,58/0,60	0,185

In der Kategorie „Zufriedenheit mit der Behandlung“ zeigten sich ähnlich wie in der zuvor beschriebenen Kategorie Bewertungen auf sehr gutem Niveau. Signifikante Unterschiede zeigten sich in keiner der untersuchten Fragen.

Abbildung 13: Zufriedenheit und Unterstützung im Entscheidungsprozess (Patienten)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

5: Meine Behandlungswünsche wurden berücksichtigt.

6: Bei anstehenden Entscheidungen wurde ich ausreichend unterstützt.

7: Mit dem Umfang der Informationen war ich zufrieden.

8: Die einzelnen Behandlungsschritte wurden mir einfühlsam erläutert.

9: Meine Angehörigen kennen meine Einstellung zu Krankheit, Sterben und Tod genau.

10: Ich wünsche, dass meine Angehörigen in Therapieentscheidungen einbezogen werden.

Tabelle zu Abbildung 13:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
5	53/57	39/38	13/17	0/2	1/0	2,40/2,26	1,15/1,11	0,418
6	51/53	35/40	14/11	0/2	2/0	2,22/2,43	1,39/1,07	0,447
7	58/58	44/42	12/13	1/3	1/0	2,41/2,34	1,19/1,15	0,656
8	57/58	43/46	9/10	2/2	3/0	2,23/2,52	1,59/1,01	0,524
9	54/49	41/38	7/5	2/5	4/1	2,15/2,27	1,76/1,51	0,827
10	57/55	49/45	5/6	3/2	0/2	2,61/2,42	1,03/1,42	0,529

In der letzten Hauptkategorie „Zufriedenheit und Unterstützung im Entscheidungsprozess“ zeigt sich sowohl vor als auch nach Einführung der Ethikvisite eine hohe Zufriedenheit auf Seiten der Patienten. Die gemessenen Veränderungen waren gering und entsprechend nicht signifikant.

Integrative Bewertungen der Patienten:

Die Beurteilung der Betreuung auf der Intensivstation insgesamt wurde vor Einführung der Ethikvisite mit durchschnittlich 1,36 (Standardabweichung 0,55), nach Einführung der Ethikvisite mit 1,33 (Standardabweichung 0,53) bewertet. Ein signifikanter Unterschied besteht nicht ($p=0,66$).

Die Frage „Wurden Sie auf die wöchentliche Ethikvisite [...] aufmerksam?“ wurde entsprechend nur während der zweiten Erhebung gestellt. Die Antworten der Patienten teilten sich auf in 19 Ja-, 30 Nein-Stimmen und 15 Mal keine Angabe.

3.3.5 Beantwortung der offenen Fragen

Vor Einführung der Ethikvisite nutzten 24 Patienten (entsprechend 39%) die Möglichkeit, eine offen formulierte Meinung zu ergänzen.

Kritik und Anregungen (insgesamt neun Angaben)

Personal sollte mehr Zeit für den Patienten haben ($n=2$).

Patient wird von oben herab betrachtet ($n=1$).

Zu wenig Nachtruhe ($n=1$).

Verschiedene Aussagen zum Gesundheitszustand seitens der Ärzte ($n=1$).

Sensiblerer Umgang mit den Angehörigen ($n=1$).

Besuchszeiten zu restriktiv ($n=2$).

Fehlende Schränke ($n=1$).

Lob (insgesamt 19 Angaben)

... für die Freundlichkeit und Menschlichkeit des Personals ($n=4$).

... für die Betreuung durch das Personal ($n=4$).

... für die hohe Kompetenz des Personals ($n=4$).

... für gute Teamarbeit (n=1).
... für das ruhige Klima (n=1).
Allgemeines Lob und Zufriedenheit (n=4).
Allgemeiner Dank (n=1).

Nach Einführung der Ethikvisite gaben 22 Patienten (entsprechend 34%) eine offen formulierte Meinung ab.

Kritik und Anregungen (insgesamt sechs Angaben)

Keine Reaktion auf Schmerzen (n=2)
Zu langes Warten auf die Bettschüssel (n=1)
Manche Schwestern zu unhöflich (n=1)
Mehr Verständnis und Menschlichkeit (n=1)
Etwas mehr Ruhe (n=1)

Lob (insgesamt 22 Angaben)

... für die Freundlichkeit und Menschlichkeit des Personals (n=4)
... für die Betreuung durch das Personal (n=5)
... für die hohe Kompetenz des Personals (n=1)
... für gute Teamarbeit (n=1)
Allgemeines Lob und Zufriedenheit (n=10)
Allgemeiner Dank (n=1)

3.4 Angehörigenbefragung

3.4.1 Rücklaufquote der Angehörigenbefragung

Wie bereits bei der Patientenbefragung genannt, erfüllten während der ersten Befragung 163, zur zweiten Befragung 172 Fälle die Einschlusskriterien (siehe 2.1). Es konnten 126 bzw. 147 Angehörigenfragebögen ausgehändigt werden, von denen der Rücklauf 52% und 50% betrug.

3.4.2 Gliederung der Teilnehmer der Angehörigenbefragung

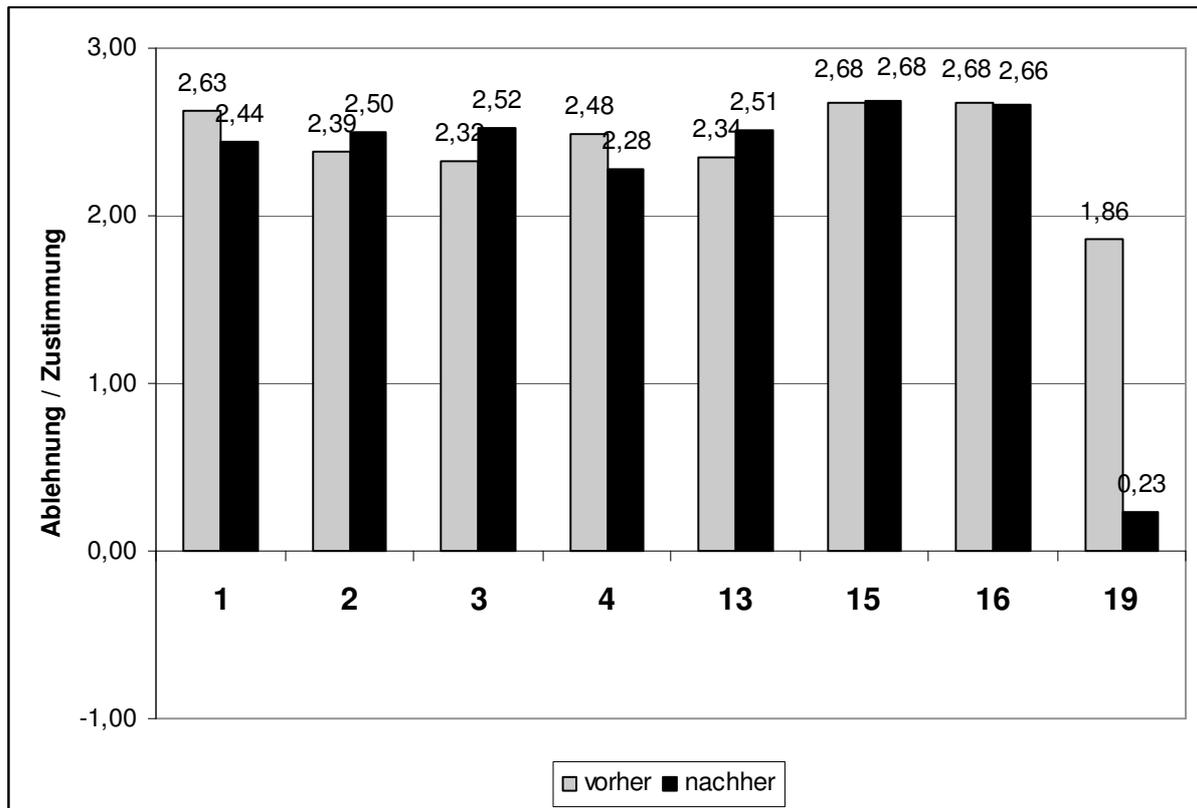
In beiden Befragungen waren in etwa der Hälfte der Fälle die Ehe- oder Lebenspartner die antwortende Person. Durch nicht-verwandte Personen wurden lediglich zwei bzw. ein Fragebogen ausgefüllt, die übrigen Bögen wurden durch Verwandte (Kinder, Eltern, Geschwister, ferner Verwandte) ausgefüllt oder es wurden mehrere Angaben gemacht.

3.4.3 Bewertungen durch die Angehörigen

Im Folgenden werden die einzelnen Items nach Zugehörigkeit zu ihren drei inhaltlichen Hauptkategorien aufgeführt.

Bei Zustimmung wurden jeweils positive Werte (+3 bzw. +1) vergeben, bei Ablehnung die entsprechenden negativen Werte. Die Abbildungen 14 bis 16 zeigen die berechneten Mittelwerte für den Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung.

Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Betreuung (Angehörige)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

1: Es wurde nicht nur über den Patienten gesprochen, sondern auch mit ihm.

2: Ich konnte ausreichend Fragen stellen und Wünsche äußern.

3: Meine Fragen wurden umfassend und verständlich beantwortet.

4: Ich erhielt von unterschiedlichen Personen (Arzt, Pflegefachperson, etc.) übereinstimmende Informationen über den Zustand des Patienten.

13: Ich fühlte mich als Angehöriger verstanden.

15: Ärzte gingen freundlich mit Patienten und Angehörigen um.

16: Pflegekräfte gingen freundlich mit Patienten und Angehörigen um.

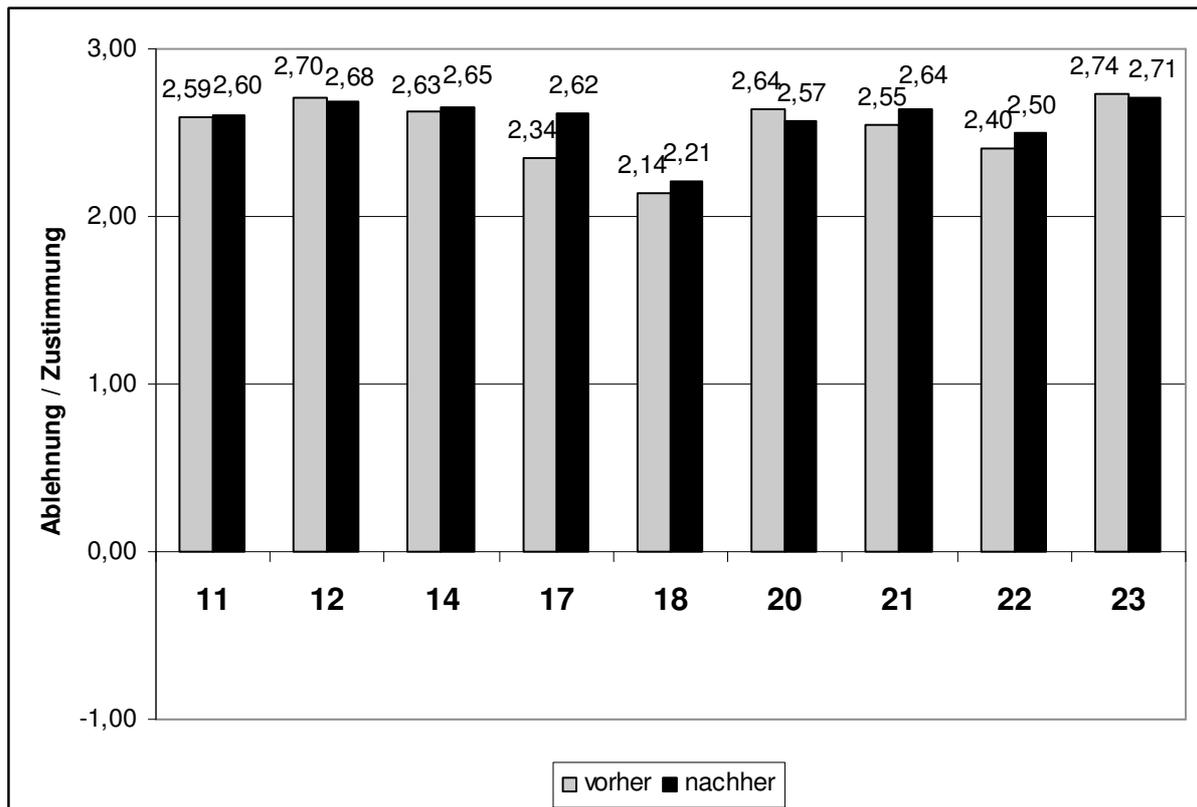
19: Der Seelsorger hat uns gut begleitet und unterstützt.

Tabelle zu Abbildung 14:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
1	60/64	52/49	6/13	1/1	1/1	2,63/2,44	1,07/1,15	0,166
2	62/68	45/56	16/9	0/1	1/2	2,39/2,50	1,12/1,26	0,229
3	65/67	48/55	13/9	3/2	1/1	2,32/2,52	1,29/1,16	0,263
4	62/69	51/49	7/17	3/1	1/2	2,48/2,28	1,25/1,33	0,172
13	61/65	45/51	13/12	2/2	1/0	2,34/2,51	1,25/1,00	0,515
15	62/69	53/58	8/11	1/0	0/0	2,68/2,68	0,83/0,74	0,853
16	62/70	53/58	8/12	1/0	0/0	2,68/2,66	0,83/0,76	0,714
19	14/13	9/5	3/2	1/2	1/4	1,86/0,23	1,88/2,65	0,104

In der Angehörigenbefragung zeigten sich im Fragenkomplex „Zufriedenheit mit der Betreuung“ die Mittelwerte vor und nach Einführung der Ethikvisite auf ähnlichem Niveau. Signifikante Veränderungen konnten entsprechend nicht aufgezeigt werden. Analog dem Patientenkollektiv bildet die Beurteilung der seelsorgerischen Begleitung (Frage 19) auch bei den Angehörigen eine Ausnahme; hier nahmen ebenfalls nur wenige Teilnehmer eine Bewertung vor und die Mittelwerte liegen deutlich unter der Zufriedenheit mit der übrigen Betreuung.

Abbildung 15: Zufriedenheit mit der Behandlung (Angehörige)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

11: Ich hatte Vertrauen zu den Schwestern und Pflegern auf der Medizinischen Intensivstation.

12: Ich hatte Vertrauen zu den Ärzten auf der Medizinischen Intensivstation.

14: Ich fühlte den Patienten in sicheren Händen.

17: Die Pflegekräfte waren verfügbar, wenn ich sie zu sprechen wünschte.

18: Die Ärzte waren verfügbar, wenn ich sie zu sprechen wünschte.

20: Das Verhalten des Personals war kompetent und professionell.

21: Mit der Behandlung war ich in Bezug auf Durchführung und Dauer zufrieden.

22: Es wurde auf Äußerungen wegen Schmerz, Angst, Atemnot, Durst reagiert.

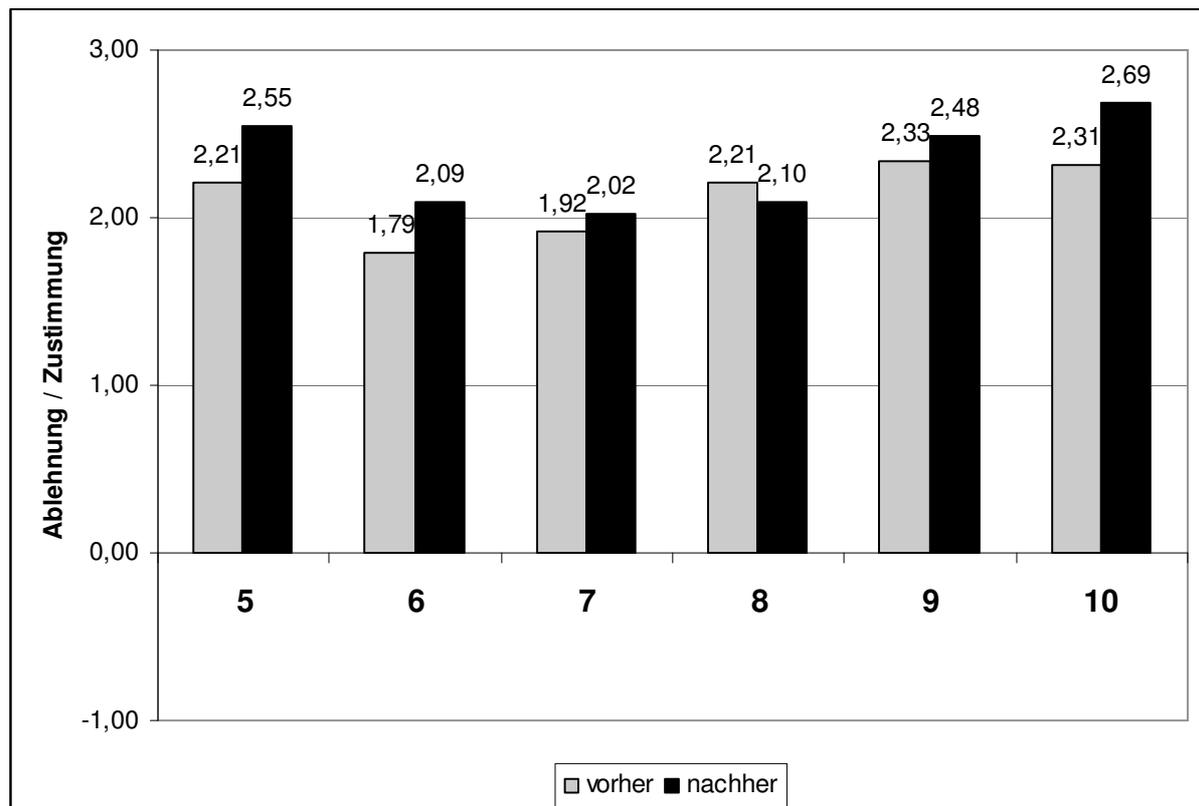
23: Die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation kann ich weiterempfehlen.

Tabelle zu Abbildung 15:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
11	63/70	52/58	9/11	2/0	0/1	2,59/2,60	0,96/1,00	0,932
12	61/69	53/59	7/9	1/1	0/0	2,70/2,68	0,80/0,81	0,827
14	54/69	46/57	7/12	0/0	1/0	2,63/2,65	1,03/0,76	0,738
17	61/68	44/56	15/11	1/1	1/0	2,34/2,62	1,20/0,75	0,160
18	56/63	35/43	18/16	3/3	0/1	2,14/2,21	1,20/1,32	0,574
20	61/69	53/55	6/13	1/1	1/0	2,64/2,57	1,07/0,90	0,314
21	58/66	50/54	5/12	1/0	2/0	2,55/2,64	1,30/0,78	0,605
22	57/56	43/44	12/10	1/2	1/0	2,40/2,50	1,19/1,03	0,701
23	61/70	56/60	3/10	1/0	1/0	2,74/2,71	1,00/0,70	0,316

Bei der Beurteilung der Behandlungszufriedenheit ergaben sich größtenteils fast identische Mittelwerte, entsprechend lässt sich statistisch keine signifikante Veränderung nachweisen. Aussage 23 „Die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation kann ich weiterempfehlen.“ wurde in beiden Befragungen mit der größten Zustimmung bewertet.

Abbildung 16: Zufriedenheit und Unterstützung im Entscheidungsprozess (Angehörige)



Bewertung mit +3=stimme voll zu, +1=stimme eher zu, -1=stimme eher nicht zu und -3=stimme nicht zu

5: Der Patientenwille wurde ausreichend beachtet.

6: Ich wurde in anstehende Entscheidungen über die Weiterbehandlung einbezogen.

7: Im Entscheidungsprozess wurde ich ausreichend unterstützt.

8: Die einzelnen Behandlungsschritte wurden einfühlsam mitgeteilt.

9: Ich kenne die Einstellung des Patienten über Alter, Sterben und Tod genau.

10: Mit dem Umfang an Informationen war ich zufrieden.

Tabelle zu Abbildung 16:

Frage	Angaben vor / nach Einführung der Ethikvisite					Mittelwerte	Standardabweichung	p-Wert
	Gesamtstimmen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu			
5	58/62	42/49	12/12	1/1	3/0	2,21/2,55	1,54/0,92	0,329
6	56/66	32/46	17/12	4/6	3/2	1,79/2,09	1,69/1,58	0,203
7	50/55	30/38	15/10	3/4	2/3	1,92/2,02	1,58/1,72	0,462
8	58/62	41/42	12/13	4/6	1/1	2,21/2,10	1,40/1,48	0,691
9	54/62	40/49	10/11	4/1	0/1	2,33/2,48	1,23/1,14	0,485
10	61/68	43/51	16/12	1/3	1/2	2,31/2,69	1,20/1,41	0,688

Im dritten Fragenkomplex über „Zufriedenheit und Unterstützung im Entscheidungsprozess“ zeigte sich bei mehreren Fragen eine Verbesserung des Mittelwertes bei der Beurteilung. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant ausgeprägt.

Integrative Bewertungen der Angehörigen:

Die Beurteilung der Betreuung auf der Intensivstation insgesamt wurde vor Einführung der Ethikvisite mit durchschnittlich 1,42 (Standardabweichung 0,74), nach Einführung der Ethikvisite mit 1,23 (Standardabweichung 0,42) bewertet. Ein signifikanter Unterschied besteht nicht ($p=0,23$).

Die Frage „Wurden Sie auf die wöchentliche Ethikvisite [...] aufmerksam oder wurde Ihnen darüber berichtet?“ wurde entsprechend nur in der Befragung nach Einführung der Ethikvisite gestellt. Die Antworten der Angehörigen teilten sich auf in 19 Ja-, 39 Nein-Stimmen und 16 Mal keine Angabe.

3.4.4 Beantwortung der offenen Fragen

Vor Einführung der Ethikvisite nutzten 25 Angehörige (38%) die Möglichkeit, ihre Meinung mittels Freitext zu ergänzen.

Kritik und Anregungen (insgesamt zwölf Angaben)

- Zu wenig Zeit für den Patienten (n=2).
- Angehörige sollen an Visite teilnehmen dürfen (n=1).
- Information der Angehörigen unzureichend (n=2).
- Fachliche Mängel in der Behandlung (n=2).
- Wünsche und Meinung der Angehörigen nicht berücksichtigt (n=1).
- Absprachen im Team unzureichend (n=1).
- Restriktive Besuchszeiten (n=3).

Lob (insgesamt 32 Angaben)

- Freundlichkeit und Menschlichkeit des Personals (n=10).
- Betreuung durch das Personal (n=6).
- Verfügbarkeit des Personals (n=2).
- Kompetenz des Personals (n=2).
- Information der Angehörigen (n=2).
- Allgemeines Lob und Zufriedenheit (n=5).
- Allgemeiner Dank (n=5).

Nach Einführung der Ethikvisite gaben 30 Angehörige (entsprechend 41%) offen formulierte Anmerkungen ab.

Kritik und Anregungen (insgesamt neun Angaben)

Information der Angehörigen unzureichend (n=2).

Betreuung unzureichend (n=1).

Kein Seelsorger anwesend (n=1).

Zu wenig Ruhe für den Patienten (n=1).

Zu viele verschiedene Ärzte (n=1).

Restriktive Besuchszeiten (n=3).

Lob (insgesamt 50 Angaben)

Freundlichkeit und Menschlichkeit des Personals (n=10).

Betreuung durch das Personal (n=5).

Kompetenz des Personals (n=6).

Verfügbarkeit des Personals (n=1).

Berücksichtigung ethischer Aspekte und offener Umgang mit dem Tod (n=3).

Seelischen Beistand (n=1).

Information der Angehörigen (n=1).

Allgemeines Lob und Zufriedenheit (n=12).

Allgemeiner Dank (n=11).

3.5 Objektive Falldaten

Bei den in die Studie eingeschlossenen Patienten wurden soziodemographische Daten sowie Falldaten erhoben (siehe 2.3).

Soziodemografische Daten

Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 68,4 Jahre (Standardabweichung 13,5 Jahre) vor und 66,9 Jahre (Standardabweichung 15,4 Jahre) in der Untersuchung nach Einführung der Ethikvisite ($p=0,46$).

Von den 163 eingeschlossenen Fällen der ersten Untersuchung waren 101 männlichen Geschlechts (62,0%) und entsprechend 62 weiblich (38,0%).

In der Untersuchung nach Einführung der Ethikvisite waren von 172 eingeschlossenen Fällen 110 männlichen Geschlechts (64,0%) und 62 weiblich (36,0%).

Der Anteil Patienten mit ausländischer Staatsbürgerschaft betrug im ersten Kollektiv 3,1% (5/163), in der zweiten Erhebung 2,9% (5/172).

Ein statistisch signifikanter Unterschied bestand zwischen den Gruppen weder bei Geschlecht, noch hinsichtlich Staatsbürgerschaft.

Der Familienstand war in der ersten Erhebung bei 153 Patienten bekannt, diese teilten sich auf in 54,2% verheiratet, 26,8% verwitwet, 9,2% geschieden und 9,8% ledig.

In der zweiten Erhebung konnte bei 163 Patienten Angaben zum Familienstand erhoben werden. Dieser gliedert sich in 63,8% verheiratet, 17,8% verwitwet, 8,6% geschieden und 9,8% ledig.

Die soziale Situation war in der ersten Erhebung bei 156 Patienten bekannt. Es lebten 28,2% alleine, 65,4% mit Familie und 6,4% im Pflegeheim. In der zweiten erfassten Gruppe war die soziale Situation bei 170 Patienten bekannt. Hier lebten 22,9% alleine, 70,6% mit Familie und 6,5% im Pflegeheim.

Bezogen auf die Gesamtheit der eingeschlossenen Fälle konnten in 92% (309 von 326) Informationen über eine Patientenverfügung erhalten werden. Dabei bejahten 27% der Patienten oder stellvertretend deren Angehörige, die Frage nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung. Im Rücklauf der Patientenfragebögen wurde dagegen in 57% (67 von 117) die Frage nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung mit Ja beantwortet.

Objektive Falldaten

Zum besseren Vergleich zwischen den Kollektiven werden die Falldaten in tabellarischer Form gegenüber gestellt.

Tabelle 3 Beatmungsstunden und Nierenersatzverfahren:

	1. Runde	2. Runde	
Anzahl Beatmungspatienten	76	88	
Beatmungsstunden je Beatmungspatient [h]	133,7	137,3	p=0,81
Anzahl Patienten mit Hämodiafiltration	14	11	
Stunden Hämodiafiltration je Patient mit CVVHDF [h]	87,6	87,5	p=0,87
Anzahl behandelter Dialysepatienten	20	19	
Anzahl Dialysen je Dialysepatient [n]	5,0	7,6	p=0,40

Bei den invasiven Therapieformen Beatmung, Hämodialyse und Hämodiafiltration konnte kein signifikanter Unterschied durch Einführung der Ethikvisite gezeigt werden.

Tabelle 4 Verweildauern (VwD):

	1. Runde	2. Runde	
Durchschnittliche VwD auf ITS in Tagen [d] (range)	7,6 (2-49)	7,5 (2-49)	p=0,54
Durchschnittliche VwD im KH in Tagen [d] (range)	18,9 (2-82)	18,5 (2-97)	p=0,21

Im Bereich der Verweildauern zeigen die beiden Kollektive für die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation keinen nennenswerten Unterschied. Die Gesamtverweildauer im Krankenhaus folgt dem allgemeinen und auch vor Ort forcierten Trend, die Liegezeit zu verkürzen. Statistisch signifikant ist die Reduktion jedoch nicht.

Tabelle 5 Krankenhausentlassgründe:

	1. Runde	2. Runde	
Entlassgrund: Krankenhausverlegung [%]	16,0	16,9	p=0,82
Entlassgrund: Verlegung in Reha [%]	19,0	15,1	p=0,34
Entlassgrund: Behandlung regulär beendet [%]	41,7	42,4	p=0,89

Die Krankenhausentlassgründe, die aus den DRG-Entlassmeldungen und den Entlassbriefen erfasst wurden, zeigen, wie die Patienten im Anschluss an den Aufenthalt im Akutkrankenhaus weiter versorgt wurden. Die Differenz zu 100% entspricht der Krankenhausmortalität (siehe unten).

Tabelle 6 Mortalität:

	1. Runde	2. Runde	
Gesamt mortalität im Krankenhaus [%]	23,3	25,6	p=0,63
Mortalität auf Intensivstation [%]	11,0	13,4	p=0,52

Hinsichtlich der angeführten Parameter Entlassgrund und Mortalität unterscheiden sich die beiden erfassten Kollektive nicht signifikant.

Schwere der Erkrankung nach dem APACHE II - Score:

Der in Kapitel 2.3 beschriebene APACHE II Score wird innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme auf die Intensivstation erfasst. Es werden die Parameter gewertet, die den höchsten Punktwert ergeben. Der Maximalwert beträgt 71 Punkte, jedoch wurde noch nie ein Scorewert über 55 gefunden [36].

Der durchschnittliche APACHE II-Score des Kollektivs vor Einführung der Ethikvisite betrug 23,0 - die Punktwerte reichten von 4 bis 47.

Das Kollektiv nach Einführung der Ethikvisite hatte einen durchschnittlichen Score von 22,4 mit Punktwerten zwischen 3 und 51.

Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant ($p=0,44$) und können somit als praktisch gleich schwer erkrankt angesehen werden.

Ethikkonsile wurden vor Einführung der Ethikvisite bei einem von 163 Fällen notwendig, im Anschluss an die Einführung bei drei von 172 Fällen. Ein signifikanter Unterschied besteht nicht ($p=0,34$).

Eine konkrete und schriftliche „Verzicht auf Wiederbeleben“ - Anordnung wurde erst während der Ethikvisite etabliert [54]. Zuvor wurden diese Anordnungen - wenn überhaupt - mündlich angesetzt und übergeben.

In der zweiten Erhebung wurde in insgesamt 58 von 172 Fällen (33,7%) eine VaW-Anordnung im Lauf der Behandlung getroffen.

4 Diskussion

Ein allgemein steigender Bedarf an klinisch-ethischer Beratung kann seit geraumer Zeit konstatiert werden. Die Gründe hierfür wurden bereits in der Einführung angesprochen. In diesem Rahmen wurden vielerorts verschiedenartige Formen von Ethikberatung entwickelt und etabliert mit dem Ziel möglichst effektiv und praxisgerecht Empfehlungen aussprechen zu können. Ein Ansatz diesem Ziel möglichst nahe zu kommen stellen Ethikvisiten dar.

Ziel dieser Arbeit war eine Ethikvisite am Standort Heilbronn zu etablieren und den Einfluss dieser neu eingeführten Ethikvisite zu untersuchen, um einen Lern- und Verbesserungsprozess anzustoßen.

Hierbei wurde zur Zufriedenheitsuntersuchung ein zweiseitiger Fragebogen für Patienten, Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal erstellt und ein Kollektiv vor und ein Kollektiv nach Einführung der Ethikvisite befragt. Die befragten Mitarbeiter machten Angaben zur Betreuung und Behandlung von Patienten sowie zu Kenntnissen über Patientenwille, Angehörige und Therapieziel sowie über Mitbestimmung und Kommunikation im Team. Patienten und Angehörige machten Angaben zur Zufriedenheit mit Betreuung, Behandlung und Unterstützung bei anstehenden Entscheidungen. Objektive Falldaten über Verweildauern und durchgeführte Prozeduren wurden separat erfasst.

Die nach Befragung der Kontrollgruppe eingeführte Ethikvisite wurde innerhalb von fünf Monaten soweit entwickelt, dass ein geordneter Ablauf gewährleistet war. Anschließend begann die Befragung der Interventionsgruppe.

Die Ergebnisse aus beiden Untersuchungen wurden sowohl für sich, als auch in Relation zueinander ausgewertet.

4.1 Einführung der Ethikvisite

4.1.1 Diskussion der Voraussetzungen zur Einführung einer Ethikvisite

Gegebenheiten vor Ort

In der verfügbaren Literatur wird an verschiedenen Stellen angeführt, dass sich vor allem Intensivstationen für Ethikvisiten eignen [52]. Gründe sind die hohe Anzahl standardisierter Abläufe, ein weitestgehend strukturierter Tagesablauf mit regelmäßigen Visiten, ausreichende personelle Ressourcen und nicht zuletzt die Häufung ethischer Konfliktsituationen. Die genannten Voraussetzungen sind auf der untersuchten Intensivstation gegeben, sodass a priori nichts gegen den Beginn einer Ethikvisite sprach.

Als positive Voraussetzung empfanden wir auch das bereits vorhandene Ethikkomitee, durch dessen Arbeit die Mitarbeiter bereits für das Thema „Ethik“ sensibilisiert wurden und übergeordnete Strukturen inklusive der Möglichkeit der Ethikkonsile bereits geschaffen waren. Dennoch war die betroffene Intensivstation was ethische Beratung angeht - bis auf sehr vereinzelte Ethikkonsile in kleinem Rahmen - nicht vorbelastet.

Qualifikation des Ethikberaters

Die zur Durchführung einer Ethikvisite notwendige, ethisch aus- bzw. weitergebildete Person, die die Funktion des Ethikberaters übernimmt, fanden wir vor Ort durch einen Pastoralreferenten mit ethischer Vorbildung (siehe 2.2).

Es gibt keine als verbindlich beschriebenen Voraussetzungen, um als Ethikberater tätig zu sein. In Nordamerika wurden von der American Society for Bioethics and Humanities 1998 „Core Competencies For Health Care Ethics Consultation“ veröffentlicht [2] und 2009/2010 aktualisiert [3]. Von der AG Ethikberatung in der AEM (Akademie für Ethik in der Medizin e.V.) wurde ein Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“ erarbeitet und veröffentlicht [60], welches einen Leitfaden für die Weiterbildung und Qualitätssicherung im Bereich klinischer Ethikberatung bietet. Ferner existiert ein Fernlehrgang „Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen“ [22]. Dieser Lehrgang erwartet als Zugangsvoraussetzung eine abgeschlossene Berufsausbildung im Gesundheitswesen oder ein abgeschlossenes Hochschulstudium (z.B. Medizin, Psychologie, Theologie, Pädagogik/Sozialpädagogik) und zusätzlich sechs Monate Berufserfahrung in einer Institution des Gesundheitswesens. Die Lernziele geben ebenfalls einen Anhalt für eine wünschenswerte Qualifikation eines Ethikberaters.

Der für uns tätige Ethikberater (siehe 2.2) besitzt die beschriebene Qualifikation, praktische Erfahrungen im Ethikberatungsdienst hat er während seiner Tätigkeit als Moderator bei Ethikkonsilen gesammelt. Die Methode einer Ethikvisite war für ihn wie für das ganze Team jedoch eine neue Erfahrung.

Beeinflussung der Kontrollgruppe

Bereits durch die Idee und konzeptionelle Planung der Ethikvisite fand eine intensive Auseinandersetzung und persönliche Weiterbildung mit allgemeinen ethischen Themen, ethischen Konfliktsituationen und ethischen Handlungsweisen statt. An diesen Planungen waren der spätere Ethikberater, der Oberarzt der Station, der leitende Stationspfleger und der Doktorand selbst beteiligt. Der Oberarzt der Station wurde, während die erste Erhebung vor Einführung der Ethikvisite durchgeführt wurde, zum Vorsitzenden des Klinischen Ethikkomitees gewählt.

Dies alles führte unweigerlich dazu, dass gewisse Ansätze ethischer Handlungsweisen und der später begonnenen Ethikvisite, schon vor deren eigentlicher Einführung, die Abläufe auf Station beeinflussten. Das Ausmaß der Verzerrung kann jedoch nicht quantifiziert werden.

Das in dieser Arbeit als Kontrollgruppe verwendete Kollektiv kann somit aber nicht mehr als vollständig unbeeinflusst gelten. Hierzu wäre es notwendig gewesen, dass das Konzept der örtlichen Ethikvisite ausschließlich von Außenstehenden geplant wird, was jedoch die Anpassung an die Abläufe vor Ort und damit die Akzeptanz erschwert hätte.

Zusammenfassend erfüllt die untersuchte Intensivstation die geforderten Voraussetzungen an eine Ethikvisite in Bezug auf örtliche und personelle Gegebenheiten. Die angeführten Schwächen durch Beeinflussung der Kontrollgruppe sind nicht quantifizierbar. Sie wirken sich aber im gewählten Studiendesign konservativ aus, das heißt die von uns untersuchten Unterschiede vor und nach Einführung der Ethikvisite werden tendenziell kleiner und somit in keinem Fall überschätzt.

4.1.2 Diskussion des Konzeptes der Ethikvisite

Das Konzept, wie die Ethikvisite umgesetzt werden soll, wurde während der Befragung der Kontrollgruppe entwickelt und an die örtlichen Gegebenheiten angepasst.

Es orientiert sich an den vereinzelt andernorts bereits etablierten Ethikvisitendiensten und den hierüber verfügbaren Veröffentlichungen [1], [14], [33], [49], [51].

An wesentlichen Punkten floss unter anderem der Ansatz der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress ein [7] mit Beachtung der Prinzipien Wohltun, Nichtschaden, Respekt der Autonomie und Gerechtigkeit.

Großer Vorteil der Prinzipienethik ist vor allem die gute Strukturierung der Problembehandlung. Mit den Methoden der Spezifizierung der vier Prinzipien und anschließendem Abwägen konkurrierender Handlungsanweisungen ergeben sich klare Analyseschritte zur Erarbeitung eines praktischen ethischen Urteils [46], [66].

Als Nachteil wird in der Literatur die als gering angesehene Problemlösungskapazität der Prinzipienethik bewertet, indem eher Anregungen denn Anleitungen gegeben werden [47] und die Tatsache, dass in Fällen von konkurrierenden Handlungsanweisungen keine klaren Regeln zur Lösung von ethischen Konflikten bereitgestellt werden.

Für eine Ethikvisite, wie sie in unserem Fall durchgeführt wird, bedingt der beschriebene Nachteil jedoch auch den Vorteil, dass viel Raum für eine intuitive Wahrnehmung der Situation bleibt. Die prinzipienorientierte Medizinethik bleibt so im Einzelfall offen für individuelle Werthaltungen und Lebensvorstellungen und ermöglicht auf die konkrete Situation abgestimmte Lösungen, was sich gerade in einer werteppluralen, modernen Gesellschaft als Stärke erweist [39].

Die Umsetzung oder Berücksichtigung des alternativen Ansatzes einer Diskursethik [5], [26] sehen wir auf Grund der vorhandenen hierarchischen Strukturen und wegen eines unterschiedlichen Kenntnisstandes bei den Teilnehmern der Ethikvisite als nicht zielführend an.

Das von uns favorisierte und umgesetzte Modell der Arzt-Patienten-Beziehung entspricht dem Shared Decision Making, welches zum Ziel hat, den Patienten umfassend über seine Krankheit und Situation zu informieren, um in der Folge ein gemeinsames Abwägen und Entscheiden zu erreichen [30], [55].

Einen informierten und entscheidungsfähigen Patienten (informed consent) kann es jedoch nicht in jeder Situation geben; so stellen gerade die nicht mehr einwilligungsfähigen Personen einen bedeutenden Anteil des Patientenkollektivs einer Intensivstation dar. Um sich hierbei nicht auf ein rein paternalistisches Arzt-Patienten-Modell [20] zurückzuziehen, welches sogar weniger Zeitaufwand und Auseinandersetzung mit dem Patientenwillen bedeuten würde, wurden stellvertretend die Angehörigen verstärkt in den Entscheidungsprozess mit eingebunden. Zusätzlich fördert die Ethikvisite auch den Diskurs zwischen verschiedenen Mitarbeitern von ärztlicher und pflegerischer Seite, um so die anstehenden Entscheidungen auf eine möglichst breite und tragfähige Basis zu stellen.

In der Literatur werden widersprüchliche Aussagen zu den Fähigkeiten eines Ethikvisitenmodells zur Einbindung von Patienten und Angehörigen beschrieben. So zählt DeRenzo dies zu den Schwachpunkten des Modells [15], während Richter dies im Gegenteil als Vorteil und hervorragende Möglichkeit, Patienten und Angehörige in den Diskurs mit einzubeziehen, ansieht [50].

Nach unseren Erfahrungen reicht die kurze Zeit während der (Ethik)visite nicht aus, um Patienten umfassend zu informieren oder Angehörige direkt mit einzubinden, falls zuvor keine Gespräche stattgefunden haben. Der Anspruch „don't slow down rounds“, wie er in der Logistik eines Ethik-Visitendienstes gefordert wird [51], verlangt zu Recht ein zügiges zeitliches Vorgehen. Der Grundgedanke einer Visite, die allen Patienten der Station gerecht werden soll, muss erhalten bleiben und beschränkt überlange Einzelgespräche. Die Visite ist jedoch gut geeignet, um Informationsbedarf festzustellen und somit ein weiteres Gespräch mit ausreichendem zeitlichem Rahmen zu bahnen. In größerem Kontext betrachtet, ermöglicht die Ethikvisite so doch die effektive Einbindung von Patienten und Angehörigen.

Zusammenfassend treffen somit nach unseren Erfahrungen beide Aussagen trotz gegenteiliger Auffassung zu.

Es sei noch erwähnt, dass durch die oft frühzeitige Aufdeckung von Informationsbedarf und drohendem Konfliktpotenzial, diese zeitnah aufgearbeitet werden können. Auf diese Weise vermag die Ethikvisite in Bezug auf ethische Problemfälle präventiv tätig werden [51].

Auf Personalebene wird diese Form der Visite verstärkt zum Anlass genommen, neben rein medizinischen Angelegenheiten auch über Patientenwille und Äußerungen von Angehörigen zu sprechen und Einschätzungen zum Therapieverlauf abzugeben. Sie dient damit in besonderer Weise dazu, den Informationsstand innerhalb des Behandlungsteams anzugleichen.

Trotz vieler Vorteile fanden und bestätigten sich auch einige Nachteile der Ethikvisite. So musste eine Problemlösung oft verschoben werden, da während der Ethikvisite zunächst noch bestehende Defizite aufgezeigt wurden, die meist aus mangelnder Kenntnis des Willens und der Biografie des Patienten bestanden. Es musste dann eine Nachbereitung erfolgen, sobald Angehörige, Patienten und Zeit für Gespräche zur Verfügung standen. In der Praxis erforderte dies von allen Beteiligten einen hohen Motivationsgrad über die Ethikvisite hinaus. Es kam daher immer wieder vor, dass ethische Fragestellungen - trotz Ethikvisite - nicht kurzfristig gelöst werden konnten.

Als zwei weitere Schwachpunkte des Konzeptes Ethikvisite ist die mögliche Vereinnahmung durch die ärztlichen Entscheidungsträger und damit möglicherweise einseitig medizinisch-ärztliche Informationsdarlegung zu diskutieren sowie die Gefahr einer ethischen „Monokultur“ durch den einzelnen, immer gleichen, Ethikberater [51].

Hierzu ist anzumerken, dass durch die gewachsenen Strukturen in deutschen Krankenhäusern die fachärztliche Meinung üblicherweise die maßgebliche Position in Gesprächen und bei Entscheidungen einnimmt (der allgemein gültige und von der Rechtsprechung geforderte Facharztstandard verlangt dies geradezu). Dies bezieht sich unserer Ansicht nach nicht nur auf Ethikvisiten, sondern auch auf Ethikkonsile und jede andere Form der Fallberatung. Die Ethikvisite ermöglicht durch ihren informellen Charakter eine niedrige Schwelle zur Einbringung der eigenen Meinung [51]. Wir sehen daher den beschriebenen Nachteil durch die Organisationsstruktur der Ethikvisite weniger gravierend und schätzen den Vorteil vorgegebene Strukturen, wenn auch nur ein Stück weit, aufzubrechen.

Dem Problem des immer gleichen Ethikberaters sollte durch selektive Fallpräsentation und Fallreflexion mit geeigneten und unabhängigen Personen begegnet werden. Hierzu bieten sich andere Organisationsstrukturen wie z.B. ein Ethikkomitee bzw. dessen Mitglieder an.

Die Einführung der Ethikvisite erfuhr durch die später beschlossene Neuregelung des Betreuungsgesetzes („Patientenverfügungsgesetz“) zum 01.09.2009 post hoc ungeahnt aktuelle Bedeutung, als durch sie die Inhalte des Gesetzes vor dessen Einführung bereits Beachtung erhielten. So ist die Stärkung der Autonomie des Patienten ein Hauptelement und damit hat im medizinischen Alltag gegebenenfalls auch „der Wille des Patienten Vorrang vor seinem Wohl“ [40] bzw. wird dem Patienten ein Recht auf unvernünftige Entscheidungen zugebilligt, in dem Sinne, als dass er auch medizinisch klar indizierte und nützliche Optionen ablehnen kann. Durch das neue Gesetz wurden wir nachträglich nochmals darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig Willenserkundung ist und dass geäußertes, verfügbares oder erkundeter Wille von erheblicher Bedeutung sind.

Konklusion

Unsere Erfahrungen mit dem Konzept der Ethikvisite decken sich in den wesentlichen Punkten mit den Berichten über die Etablierung vergleichbarer Strukturen andernorts. Die Tatsache, dass teilweise ethische Anliegen erst nach Tagen gelöst werden konnten, nachdem

weitere Anstrengungen (in der Regel Angehörigengespräche) unternommen wurden, zeigt aber auch Grenzen der Ethikvisite. Anders ausgedrückt fordert die Ethikvisite manchmal einen Teil der Anstrengungen und der Koordination, die einem Ethikkomitee stets vorausgehen, dann doch noch im Nachhinein. Das Modell Ethikvisite ist in diesen Fällen aufwändiger, als das Konzept es zunächst vermuten lässt.

4.1.3 Diskussion von Zeitplan, Evaluation und Umsetzung der Ethikvisite

Zeitplan und Evaluation

Nach unserer Recherche fand bisher keine zeitgleiche Einführung und Evaluation einer Ethikvisite statt. Es stellte für uns eine besondere Schwierigkeit dar, sowohl einen Zeitplan zu erarbeiten, als auch zu entscheiden, auf welche Art die Wirkung der Ethikvisite am besten untersucht werden konnte, da uns die zu untersuchende Ethikvisite selbst noch unbekannt war. Eine wichtige Zielgröße von Ethikberatung stellt die Zufriedenheit aller am Entscheidungsprozess Beteiligten dar [60].

Studien zur Zufriedenheit mit dem Ergebnis und Prozess einer Ethikberatung konnten wir bisher nur aus Nordamerika finden [42], [43], [65].

Unter Berücksichtigung allgemeiner Zufriedenheitsuntersuchungen [27], [28] wurde als Studiendesign eine Befragung mittels Fragebögen für Patienten, Angehörige und Personal gewählt. Die Befragung wurde prospektiv und kontrolliert durchgeführt. Randomisierte Untersuchungsbedingungen ließen sich vor Ort für diese Untersuchung nicht realisieren, da die untersuchte Ethikvisite nur auf die Station als Ganzes anzuwenden war.

Um einen groben Zeitplan zu erstellen wurde in Absprache mit einem Statistiker die zu erwartende Anzahl benötigter Fragebögen kalkuliert. Diese orientierte sich an der Patienten- und Angehörigenbefragung und lag bei 60 Bögen. Die maximale Anzahl der Personalfragebögen war durch die Anzahl Beschäftigter limitiert.

Entwicklung der Fragebögen

Nach Sichtung verschiedener validierter Fragebögen zur Messung der Patienten- oder Angehörigenzufriedenheit mussten wir feststellen, dass kein Fragebogen den Bedürfnissen vor Ort entsprach. Da eine Abänderung jedoch zwangsläufig zum Verlust der Validierung führt, entschieden wir uns, Fragen neu und auf unsere Situation bezogen zu formulieren.

Wir führten zur Überprüfung des Fragebogens den unter 2.4 beschriebenen Pretest bei 4x5 Probanden durch. Es wurde so der Fragebogen auf Lesbarkeit, Verständlichkeit und hinsichtlich Zeitdauer zum Ausfüllen überprüft.

Die Rückmeldungen im Pretest und die Frage nach der Verständlichkeit in den endgültigen Fragebögen zeigten kein Anhalt für Schwierigkeiten beim Ausfüllen oder im Verständnis der Aussagen.

Eine Validierung des von uns entworfenen Fragebogens war aus logistischen Gründen und aus Zeitgründen nicht möglich.

Zusammengefasst verzichteten wir bewusst auf einen validierten Fragebogen, um unseren Bedürfnissen an die Erhebung möglichst gerecht zu werden. Die Tatsache eines nicht-validierten Messinstruments muss dessen ungeachtet als klarer Schwachpunkt unserer Untersuchung festgestellt werden.

Kontroll- und Interventionsgruppe

Durch das zeitlich kompakte Studiendesign konnte eine große Fluktuation im Personalpool vermieden werden, sodass die Kollektive beim Personal zwar nicht identisch, jedoch so ähnlich wie möglich waren. Dieser Unterschied im Personalpool muss als weitere mögliche

Fehlerquelle in der Evaluation beachtet werden. Es ist jedoch ebenfalls zu beachten, dass gerade im Bereich der Assistenzärzte, die im Rahmen ihrer Weiterbildung zeitlich befristet auf die Intensivstation rotieren, bei fehlendem Wechsel der bloße Erfahrungsgewinn über ein Jahr vermutlich zu verbesserten Abläufen führen würde. Ein regelmäßiger Wechsel von erfahrenen gegen weniger erfahrene Ärzte bedingt in diesem Fall einen gewissen Ausgleich. Zusammenfassend lässt sich bei dem gewählten prospektiven Studiendesign der Nachteil der nicht-identischen Kollektive nicht ausräumen. Die unvermeidbaren Personalveränderungen wirken sich jedoch nicht nur negativ im Sinne einer Änderung aus, sondern bewahren auch ein Stück weit die Zusammensetzung eines Teams mit mehr und weniger erfahrenen Mitarbeitern.

Bei Patienten und Angehörigen fand sich hinsichtlich der verglichenen Parameter Alter, Geschlecht und APACHE II-Score bei Aufnahme eine weitestgehende Übereinstimmung und damit eine gute Vergleichbarkeit der beiden Kollektive.

Bei den einzelnen Befragungen fanden sich unterschiedlich hohe Rücklaufquoten der Fragebögen im Bereich von 50 bis 100%. Eine Non-Responder-Analyse wurde nur für die Patienten durchgeführt. Bei Ärzten und Pflege war sie bei (fast) 100%igem Rücklauf nicht notwendig, beim Kollektiv der Angehörigen auf Grund mangelnder Daten durch die anonyme Befragung nicht ohne Weiteres möglich. Es können daher entsprechend keine Aussagen zu Meinungen und Einstellungen dieser Gruppe gemacht werden.

Umsetzung der Ethikvisite

In der Literatur finden sich vereinzelt Aussagen über Probleme während der Einführung einer Ethikvisite, vornehmlich zur Rolle des Ethikberaters. In einer Veröffentlichung zur Einführung eines Ethik-Liaisondienstes (vergleichbar einer Ethikvisite) am Universitätsklinikum Marburg wird beschrieben, dass dieser *rasch* akzeptiert und in die tägliche medizinische Behandlung integriert war („...was accepted and was rapidly integrated into daily healthcare“) gleichzeitig aber auch, dass es ein Jahr dauerte bis die Rolle des klinischen Ethikers als „educator and mediator“ deutlich wurde [50].

Unser Ablaufplan sah nach der ersten Befragung einen Zeitraum von ca. einem halben Jahr zur Einführung und Verbesserung der Ethikvisite vor, bevor die erneute Befragung starten sollte. Es wurden während dieser Zeit der Ablauf der Ethikvisite gestrafft und damit die Dauer deutlich verkürzt, weiterhin wurde die Dokumentation der Ethikvisite verbessert und die Ethikvisite als besondere Form der Visite dem Patienten gegenüber noch deutlicher gemacht. Nach Ablauf von fünf Monate waren wir der Meinung, dass Grundprinzipien der Ethikvisite und deren Ablauf sich eingespielt hatten und begannen die zweite Befragung wie geplant. Retrospektiv muss festgestellt werden, dass der Lern- und Entwicklungsprozess auch nach fünf Monaten noch nicht abgeschlossen war.

Das wesentliche Problem bei der Einführung betraf eine falsche Erwartungshaltung an die Ethikvisite und den klinischen Ethiker. So wurde, wie andernorts auch schon berichtet [52], vielfach davon ausgegangen, dass dieser als Entscheidungsträger bei ethischen Fragen auftritt und konkrete Empfehlungen zu Therapiemaßnahmen ausspricht. Trotz erfolgter Einführung und wiederholter Ansprache, dass es nicht zur Aufgabe und Kompetenz des klinischen Ethikers gehört derartige Aussagen zu treffen, hielt sich diese Anspruchshaltung hartnäckig in den Vorstellungen mancher Mitarbeiter. Die Folge war teilweise eine ablehnende Haltung gegenüber der Ethikvisite, da diese die Erwartungen nicht erfüllen konnte. Es muss damit auch eine negative Beeinflussung des Antwortverhaltens angenommen werden. Retrospektiv, nach Einsicht der Befragungsergebnisse, haben wir dieses Informationsdefizit unterschätzt und hätten hier noch mehr vorab über das Wesen der Ethikvisite informieren müssen. Zusammenfassend hat sich der Ansatz „Einführung der Ethikvisite nach kurzer Schulung“ und dann „Eingehen auf spezifische Fragen“ („training on the job“) nicht voll erfüllt. Unsere

Vorstellung, die Ethikvisite beispielhaft „vorzuleben“ und die Mitarbeiter hierdurch anzulernen und zu motivieren war auf Grund der niedrigen Frequenz, mit der der einzelne Mitarbeiter teilnehmen konnte, weniger effektiv als erwartet. An Zahlen verdeutlicht bedeutet dies, dass bei einer Pflegepersonalbesetzung von sechs bis sieben Personen während der Frühschicht bei insgesamt 37 Planstellen die Teilnahme an der Ethikvisite statistisch nur alle fünf bis sechs Wochen erfolgte. Noch deutlich seltener tritt dies bei Teilzeitbeschäftigung auf, die zudem häufig in der Nachtschicht und am Wochenende abgeleistet wurde. Der Zugang zu diesen Mitarbeitern war daher äußerst schwierig.

An dieser Stelle muss nochmals Erwähnung finden, dass die Beteiligten, die die Ethikvisite neu einführten, diese nur aus der Literatur und aus Gesprächen mit anderen klinischen Ethikern kannten. Trotz formal sicher hinreichender Qualifikation für diese Aufgabe bestand so zu Beginn der Einführung eine praktische Unerfahrenheit.

Aus den angeführten Gründen resultierend dauerte der Einführungsprozess der Ethikvisite länger als angenommen und ein routinierter Ablauf stellte sich nur sehr zögerlich ein.

Während der zweiten Befragung zur Evaluation der Ethikvisite hatte diese damit noch nicht ihr volles Potenzial ausgeschöpft.

Konklusion

Die eingeführte Ethikvisite wurde nach unserer Erfahrung sofort akzeptiert, der Einführungsprozess, insbesondere das Verständnis für die Rolle des Ethikberaters, dauerte deutlich länger als von uns erwartet. Die Anlaufschwierigkeiten sollten allgemein hin nicht unterschätzt werden.

4.2 Personalbefragung

Die Fragebögen für Ärzte und Mitarbeiter der Pflege sollten Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und der Arbeit der Kollegen (auch berufsgruppenübergreifend), mit der Kommunikation im Team und mit dem Entscheidungsfindungsprozess erfragen sowie Kenntnisse über Therapieziele und Patientenwille.

4.2.1 Diskussion von Kollektiv und Methode

Kollektiv

Die maximal mögliche Anzahl der Personalfragebögen war durch die Anzahl der Mitarbeiter auf Intensivstation limitiert (Kapitel 3.2.2).

Ärzte

Auf Seiten der Ärzteschaft nahmen während der ersten Befragung zehn Assistenzärzte und zwei Oberärzte, während der zweiten Befragung neun Assistenzärzte und ein Oberarzt teil. Es wurden jeweils 100% der ärztlichen Mitarbeiter eingeschlossen, der Rücklauf betrug ebenfalls 100%. Die Befragung der Ärzte zeigte somit ein repräsentatives Bild für dieses Kollektiv auf der untersuchten Intensivstation jeweils zum Zeitpunkt der Erhebung.

Einschränkend auf die Vergleichbarkeit wirkte sich die unterschiedliche Gewichtung zwischen Oberarzt und Assistenzarzt in den beiden Befragungen aus. Zusätzlich ist festzustellen, dass die Gesamtzahl befragter Ärzte gering ist.

Pflege

Während beider Erhebungen arbeiteten 42 Krankenschwestern und -pfleger auf der untersuchten Station. Während der ersten Erhebung wurden 100% der Mitarbeiter der Pflege eingeschlossen, der Rücklauf betrug 100%.

Zur zweiten Befragung erfüllten 33 der 42 Krankenschwestern und -pfleger das einzige Einschlusskriterium: „Mindestens einmalige Teilnahme an der (untersuchten) Ethikvisite“, sodass lediglich 79% der Mitarbeiter der Pflege eingeschlossen werden konnten. Der Rücklauf der eingeschlossenen Mitarbeiter betrug 100%.

In beiden Befragungen wurden zusätzlich zwei Fragebögen durch Krankenpflegeschüler beantwortet.

Das zweite Kollektiv seitens der Pflege kann auf Grund des unvollständigen Einschlusses nur noch bedingt als repräsentativ für die Gesamtheit der Mitarbeiter der Pflege auf Station angesehen werden. Eine zusätzliche Verzerrung entsteht durch die Tatsache, dass vor allem Teilzeitkräfte überproportional häufig das Einschlusskriterium nicht erfüllten und daher bei der zweiten Befragung nicht zur Verfügung standen (siehe 3.2.2).

Zusammenfassend zeigte die Personalerhebung eine sehr gute Beteiligung der Mitarbeiter. Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit ergaben sich bei den Ärzten durch den höheren Anteil Oberärzte während der ersten Befragung, bei der Pflege durch einen unvollständigen Einschluss vor allem der Teilzeitkräfte während der zweiten Befragung.

Methode

Bei der Befragung wurde größtes Wert auf Anonymität gelegt, dies war umso wichtiger, da Untersucher und Befragte auf der gleichen Station arbeiteten. Es sollte so vermieden werden, dass Antworten nach bekannt werden negativ auf die einzelne Person ausgelegt würden. Denkbar ist dennoch die Möglichkeit, dass Antworten aus Verbundenheit oder Abneigung zu den Untersuchern beeinflusst wurden. Dies ist schwierig nachzuvollziehen, im Rahmen der Auswertung fiel jedoch keiner der Fragebögen als undifferenziert schlecht oder gut beantwortet auf.

Die in den Fragebögen vorgegebene Likert-Skala erwies sich als geeignet und wurde im vorgegebenen Maße genutzt. Bis auf wenige Ausnahme wurden die Antworten eindeutig gekennzeichnet.

Inhaltlich wurden die Kategorien, auf die die Ethikvisite Einfluss nehmen konnte ebenso berücksichtigt wie Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit. Da ein Fragebogen nie umfassend sein kann, wurde großzügig die Möglichkeit zur Äußerung im Freitext angeboten.

Zwischen 40 und 64% (je nach Befragung) nutzten die Möglichkeit, im Freitext Lob, Anregungen oder Kritik zu äußern, dies entspricht bei schriftlicher Befragung einer sehr hohen Beteiligung und war eine wertvolle Hilfe bei der Auswertung und Beurteilung.

Die Fragebögen der zweiten Befragung mit Bewertung der eingeführten Ethikvisite wurden jeweils im Anschluss an eine Ethikvisite ausgegeben. Es wurde somit sichergestellt, dass das Einschlusskriterium „Mindestens einmalige Teilnahme an der Ethikvisite“ erfüllt war und dass Fragen mit direktem Bezug zur Ethikvisite problemlos beantwortet werden konnten. Dieses Vorgehen hat sich in der Praxis bewährt.

4.2.2 Diskussion der Ergebnisse

Zufriedenheit mit der Betreuung für den Patienten (sechs Fragen)

Aussagen 1, 2, 3, 4, 5 und 6 in den Fragebögen für Ärzte und Pflege (Anhang 1a, 1b, 2a und 2b).

Übereinstimmend kam es bei Ärzten und Pflege durchweg bei allen Items zu einer besseren Einschätzung nach Einführung der Ethikvisite. Die größte Verbesserung betraf erstaunlicherweise die Aussage 5: „Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Zeit“. Zwischen den beiden Erhebungen fand keine

Veränderung des Arbeitszeitmodells oder der Schichtbesetzung statt. Da bei allen Items eine positivere Einschätzung auftrat gehen wir auch hier nicht von einem zufälligen Ergebnis aus. Die Einzelitems erreichten statistisch kein signifikantes Niveau. Der bereits angesprochene, limitierte Stichprobenumfang trägt hier sicher mit bei.

Zusammengefasst hat sich die Bewertung der Zufriedenheit mit der Betreuung für den Patienten nach Einführung der Ethikvisite durchgehend verbessert.

Kenntnisse über Patientenwille, Umfeld des Patienten und Therapieziel (sechs Fragen)

Aussagen 9, 10, 11, 12, 13 und 17 in den Fragebögen für Ärzte und Pflege (Anhang 1a, 1b, 2a und 2b).

Bei diesem Themenkomplex handelte es sich um einen Kernbereich, der durch die Ethikvisite beeinflusst werden sollte. Im Alltag sind die Fragen die hier abgedeckt werden, häufig Anlass zur Diskussion, insbesondere zwischen Pflegekräften und Ärzten. Entsprechend deutlich fallen die Unterschiede in der Befragung der beiden Berufsgruppen aus.

Da es in keinem Fall Ziel dieser Untersuchung war, die verschiedenen Berufsgruppen miteinander zu vergleichen oder gar gegeneinander auszuspielen, wurden keine statistischen Vergleiche der Antworten durchgeführt. Es sollen aber im Bezug auf einzelne Fragen Unterschiede im Antwortverhalten angeführt werden, um mögliche Zusammenhänge aufzuzeigen.

Die Aussagen der ersten Befragung zeigen zunächst deutlich, dass sowohl bei Ärzten als auch dem Pflegepersonal noch deutliche Defizite bei Kenntnis des Patientenwillens bestehen und Angehörige oft ebenfalls nicht kontaktiert werden. Von den Teilnehmern der Pflege geben zwei Drittel der Befragten an den Patientenwillen nicht oder eher nicht zu kennen, bei den Ärzten immerhin noch mehr als jeder Vierte (27%).

Trotz - wie beschrieben - vielfach mangelnder oder fehlender Kenntnis des Patientenwillens wird die Aussage „Der Patientenwille wird ausreichend beachtet“ beinahe von allen beantwortet. Zwischen Ärzten und Pflege geht die Einschätzung hierüber jedoch diametral auseinander. Auf Seiten der Pflege empfinden 88%, dass der Patientenwille eher nicht oder nicht ausreichend beachtet wird und nur ein einziger Teilnehmer stimmt der Aussage uneingeschränkt zu. Auf Seiten der Ärzte sind dagegen 82% davon überzeugt oder eher überzeugt, dass der Patientenwille berücksichtigt wird.

Wir sind der Meinung, dass in der hier geschilderten gegenteiligen Einschätzung ein bedeutender Teil des Konfliktpotenzials zwischen Ärzten und Pflege ausgedrückt ist und daher bessere Kenntnisse des Patientenwillens grundlegend sind, um Verbesserungen im Arzt-Pflege-Verhältnis und im gegenseitigen Verständnis zu erreichen. Die Ethikvisite hatte als ein Ziel den Patienten und dessen Willen mehr mit einzubeziehen. Die Ergebnisse der zweiten Befragung nach Einführung der Ethikvisite bestätigen eine teils deutliche Verbesserung der in diesem Themenkomplex behandelten Items, sodass die Ethikvisite diesbezüglich als sehr effektiv bezeichnet werden darf.

Konkret drückt sich dies auf Seiten der Pflege in mehreren signifikant besseren Bewertungen aus (Aussagen 10, 11 und 13).

Mit dem Mittel der Ethikvisite kann somit die Kenntnis des Patientenwillens bei den Mitarbeitern verbessert und Angehörige können besser eingebunden werden. Die Einschätzung zur zentralen Frage, ob der Patientenwille ausreichend beachtet wird, wird jedoch nur auf Seiten der Ärzte deutlich besser beantwortet. Die Pflegekräfte sehen hier auch nach Einführung der Ethikvisite in der Mehrzahl noch ein deutliches Defizit. Da die Ärzte im Schnitt sehr viel häufiger an einer Ethikvisite teilnahmen, sind wir der Hoffnung, dass sich bei der Pflege eine bessere Einschätzung noch zukünftig einstellt. Zumindest die Voraussetzung hierfür, eine bessere Kenntnis des Patientenwillens, konnte bereits erreicht werden.

Zufriedenheit mit der Behandlung des Patienten (sechs Fragen)

Aussagen 7, 8, 14, 21, 22 und 23 in den Fragebögen für Ärzte und Pflege (Anhang 1a, 1b, 2a und 2b).

Dieser Fragenkomplex bestand aus sechs Fragen, von denen drei Fragen eher allgemein die Behandlung durch Ärzte, Pflege und die Behandlungsziele erfragten und drei Fragen konkret auf den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen abzielten.

Die Antworten zur Beurteilung der Dauer des Einsatzes lebensverlängernder Maßnahmen zeigten sich vor und nach Einführung der Ethikvisite nur unwesentlich verändert. Analog der Einschätzung zur Beachtung des Patientenwillens im vorherigen Abschnitt ist auch hier die Auffassung von Ärzten und Pflege gegenteilig. Ärzte beurteilten in der Mehrzahl der Fälle das Ausmaß lebensverlängernder Maßnahmen als richtig, Mitarbeiter der Pflege beurteilten die Dauer lebensverlängernder Maßnahmen als zu lange. Die Ethikvisite konnte hier bisher keine Änderung in der Wahrnehmung bzw. der unterschiedlichen Einschätzung bewirken. An den objektiv erfassten Parametern „Anzahl Hämodialysen“, „Stunden Hämofilter“ oder „Beatmungsstunden“ konnte ebenfalls keine Änderung nach Einführung der Ethikvisite ausgemacht werden (siehe hierzu Kapitel 3.5).

Die Fragen zur eigenen Arbeit und der Arbeit der jeweils anderen Berufsgruppe für den Patienten wurden nach Einführung der Ethikvisite insgesamt besser bewertet. Vor allem die Einschätzung der Pflege über die eigene und die Arbeit der Ärzte hat sich wesentlich verbessert, die Ärzte wurden durch die Pflege sogar statistisch signifikant besser bewertet. Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, da die Gruppe der Pflege die Arbeit der Ärzte sehr kritisch beurteilt. Beleg hierfür ist die deutlich negative Bewertung vor Einführung der Ethikvisite. Objektiv kann jedoch keine schlechte Arbeit durch die Ärzte nachvollzogen werden und auch durch Patienten und Angehörige wird den Ärzten großes Lob ausgesprochen (siehe hierzu Kapitel 3.3.3 und 3.4.3).

Erfreulich veränderte sich nach Einführung der Ethikvisite auch die Beurteilung, ob sich die Behandlungsziele am Wohlergehen des Patienten orientieren, ein weiteres Kernziel der Ethikvisite. Hier trat bei beiden befragten Berufsgruppen eine ähnlich starke Verbesserung ein, die das Signifikanzniveau jeweils nur knapp nicht erreichte. Dies unterstützt die Annahme eines positiven Effekts der Ethikvisite weiter.

Zusammenfassend zeigt dieser Fragenkomplex deutlich auf, dass nicht undifferenziert alle Aussagen nach Einführung der Ethikvisite besser beurteilt wurden.

Die besseren Bewertungen für die Arbeit am Patienten festigen die Aussage der vorherigen Fragenbereiche, die positive Effekte durch Einführung der Ethikvisite wiedergeben.

Fragen zu Mitbestimmung, Kommunikation und Teamprozessen (fünf Fragen)

Aussagen 15, 16, 18, 19 und 20 in den Fragebögen für Ärzte und Pflege (Anhang 1a, 1b, 2a und 2b).

Die fünf Fragen zeigen vor allem in der Bewertung der Ärzte eine nennenswerte Verbesserung und dies obwohl bereits die Ausgangsbewertung vor Einführung der Ethikvisite sehr hohe Zustimmungswerte aufwies. Auf Seiten der Pflege zeigen sich nur minimale Veränderungen, diese jedoch ebenfalls durchgehend zum Besseren hin.

Als möglicher Grund kommt auch hier die bereits oben erwähnte höhere Anzahl an teilgenommenen Ethikvisiten auf Seiten der Ärzte in Frage, sodass sich der positive Effekt bei der Pflege möglicherweise mit der Zeit noch verstärkt.

Auffällig ist hier zusätzlich, dass innerhalb der Pflege bei drei Fragen im Durchschnitt die Bewertungen kaum einen Ausschlag hin zu Ablehnung oder Zustimmung zeigen, die Meinungen also in Bezug auf Mitbestimmung und gegenseitiges Verständnis stark differieren.

Über mögliche Gründe kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, vorstellbar ist jedoch auch, dass ein Teil der Befragten keinen gesteigerten Wert auf Mitbestimmung legt und sich daher auch nicht intensiver darum bemüht, das Denken der Ärzte bei Entscheidungen nachvollziehen zu können.

Konkrete Fragen zur Ethikvisite (zwei Fragen)

Aussagen 24 und 25 in den Fragebögen für Ärzte und Pflege (Anhang 1a, 1b, 2a und 2b).

Bei Aussage 24 „Ich begrüße die Einführung der Ethikvisite“ muss zunächst beachtet werden, dass in der ersten Befragung lediglich die Einstellung gegenüber einer neuen Visitenform abgefragt wurde, die den Teilnehmern nur in theoretischen Grundzügen bekannt war. Die sehr hohe Zustimmung attestiert die Offenheit der Station für Neuerungen insbesondere in Form der Ethikvisite. Die Aussage während der zweiten Erhebung bezog sich demgegenüber direkt auf die Zustimmung zur dann etablierten Ethikvisite. Zu diesem Zeitpunkt begrüßten bis auf zwei Mitarbeiter der Pflege alle übrigen Mitarbeiter weiterhin die Einführung der Ethikvisite. Die auch nach der Einführung andauernde, große Zustimmung zur Ethikvisite ist ein Anhalt für einen erfolgreichen Einführungsprozess zumindest in Bezug auf subjektive Eindrücke.

Ähnlich differenziert müssen die Aussagen 25 vor und nach Einführung der Ethikvisite betrachtet werden. So stellt hauptsächlich die Bewertung der Patientenorientierung nach Einführung der Ethikvisite einen wichtigen Parameter dar. Auf Seiten der Ärzte herrscht beinahe uneingeschränkte Zustimmung, dass die Ethikvisite die Patientenorientierung fördert; auf Seiten der Pflege kommen zur Mehrzahl der Befürworter auch zweifelnde Stimmen, die noch keine Zunahme der Patientenorientierung nachvollziehen konnten.

Zusammengefasst wird die Ethikvisite vor und nach deren Einführung von den Mitarbeitern sehr gut angenommen. In Bezug auf die Patientenorientierung wird diese von der großen Mehrzahl der Mitarbeiter positiv bewertet, einzelne kritische Stimmen unterstreichen aber auch die Tatsache, dass eine Ethikvisite kein Allheilmittel und kein Selbstläufer ist. An einer fortlaufend anspruchsvollen und verantwortlichen Durchführung muss daher beständig gearbeitet werden.

Direkte Fragen zur Ethikvisite nach deren Einführung (zehn Fragen)

Aussagen 26 bis 33 in den Fragebögen für Ärzte und Pflege (Anhang 1a, 1b, 2a und 2b).

Mit diesen Fragen sollte die zusätzliche Möglichkeit geschaffen werden direkte Aussagen zur Ethikvisite vorzunehmen. Dies war entsprechend nur nach Einführung der Ethikvisite möglich.

Den Umfang der ethischen Empfehlung bewerteten die Ärzte im Schnitt besser als die Pflege, dennoch wird nur von drei Befragten der Umfang der ethischen Empfehlung als uneingeschränkt ausreichend bezeichnet. Es besteht somit möglicherweise noch Verbesserungspotenzial, was das Aussprechen und die Kommunikation ethischer Empfehlungen angeht. Zusätzlich muss auch die in Kapitel 4.1.3 beschriebene falsche Erwartungshaltung an den klinischen Ethiker, die diesen als Entscheidungsträger sieht, nochmals Erwähnung finden. So hatten wir bereits festgehalten, dass sich diese Anspruchshaltung hartnäckiger als erwartet und über den Zeitraum der zweiten Befragung hinaus bei einigen Mitarbeitern gehalten hatte und so vermutlich auch das Antwortverhalten bei dieser Frage mit beeinflusst hat.

Die Frage, ob Verantwortlichkeiten klar erkennbar sind, zeigt analog zur vorherigen Frage noch Verbesserungsmöglichkeiten, die primär auch durch wiederholte Klarstellung der Aufgaben und Nicht-Aufgaben des klinischen Ethikers erreicht werden können.

Eine erfreuliche Bewertung zeigt das Item „Alle Teilnehmer kommen ausreichend zu Wort“. Mit wenigen Ausnahmen bestätigen die Befragten, dass die Ethikvisite Raum lässt, damit alle Teilnehmer ihre Einschätzung zum Fall einbringen können. Beim Kollektiv Pflege erhält diese Frage die größte Zustimmung unter den Fragen zur Ethikvisite.

Die Frage nach ausreichender Berücksichtigung medizinischer Fragen sollte überprüfen, ob während der Ethikvisite zu Gunsten ethischer Überlegungen die Klärung medizinischer Belange zurücksteht. Einschränkend ist hier anzumerken, dass es sich um eine subjektive Einschätzung handelt. Dennoch gibt die ausnahmslose Zustimmung unter den Ärzten und die weitestgehende Zustimmung unter dem Pflegepersonal Grund zur Annahme, dass sich die Behandlung medizinischer und ethischer Aspekte nicht gegenseitig behindern.

In der Literatur wird ohnehin beschrieben, dass medizinische Entscheidungen und Ethik unabdingbar miteinander verbunden sind, so schreibt Hans-Martin Sass: „Expertise ohne Ethik ist blind; Ethik ohne Expertise ist wirkungslos; Ethik und Expertise gehören zusammen“ [41]. Helmut Renöckl bemerkt, dass die aktuelle Leistungsfähigkeit der Medizin Folgeprobleme und Entscheidungssituationen schafft, welche die bisherigen Sichtweisen, Bewertungs- und Bewältigungsmuster der Medizin übersteigen [48].

Der höhere Zeit- und Personalaufwand wird auf Seiten der Ärzte von allen als weitestgehend gerechtfertigt angesehen, im Vergleich hierzu äußerten vor Einführung der Ethikvisite noch vier von elf Ärzten Bedenken, ob der Nutzen den höheren Zeitaufwand wirklich rechtfertigt.

Unter den Mitarbeitern der Pflege bestanden ebenfalls schon vor Einführung Bedenken zum Zeitaufwand, hier beurteilten jedoch auch nach Einführung der Ethikvisite noch sieben Mitarbeiter den Zeitaufwand als zu hoch. Objektiv betrug der Zeitaufwand für die Pflegekräfte maximal fünf bis 15 Minuten. Möglicherweise spielte hier der subjektive Zeitaufwand eine Rolle, da die Mitarbeiter der Pflege nicht regelhaft an der Morgenvisite teilnahmen und so der Zeitaufwand der Ethikvisite größer erschien. Alternativ muss die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass auf Grund der Abrede jeglichen Nutzens der Ethikvisite dieser gar keine Zeit zugebilligt wird und jeder Zeitaufwand somit als zu hoch angesehen wird.

Die Antworten zur Frage, ob sich Visitengewohnheiten auch an anderen Tagen geändert haben, sind geteilt und lassen keine eindeutige Aussage zu. Dies mag möglicherweise an der individuell unterschiedlichen Wahrnehmung der Visitengewohnheiten liegen. Retrospektiv hätte man die Frage auch offener formulieren können und nach Veränderungen während der übrigen Arbeit fragen können, da viele Veränderungen nicht primär an der Visite sondern im täglichen Umgang mit Patienten und Angehörigen bemerkbar werden.

In der nächsten Frage wird von ärztlicher Seite bestätigt, dass seit Einführung der Ethikvisite eine vermehrte Auseinandersetzung mit dem Patientenwillen erfolgt. Die Angaben hierüber auf Seiten der Pflege sind weniger deutlich. Hier geben lediglich 11 von 30 Pflegekräften an, sich intensiver mit dem Patientenwillen auseinanderzusetzen. Unter Berücksichtigung der Angaben bei Frage 11 ist dies umso bemerkenswerter, denn bereits der noch relativ geringe Anteil der Pflegekräfte, der sich intensiver um den Willen des Patienten bemüht, bewirkt schon eine signifikante Verbesserung bei der Einschätzung zur Kenntnis des Patientenwillens bezogen auf alle Mitarbeiter der Pflege. Dies zeigt einerseits die Notwendigkeit hier Anreize zur Auseinandersetzung mit dem Patientenwillen zu schaffen und andererseits das große Potenzial das noch besteht wenn weitere Mitarbeiter motiviert werden können den Patientenwillen intensiver zu ergründen.

Als letzte Frage zu diesem Komplex wurde global überprüft ob sich die Erwartungen und Wünsche an die Ethikvisite erfüllt haben. Das Antwortverhalten ähnelte dem bei der Aussage „Verantwortlichkeiten sind klar erkennbar“ und war vermutlich ebenfalls geprägt durch falsche Erwartungen an den Ethikberater. Hier muss, wie bereits erwähnt, weitere Aufklärungsarbeit geleistet werden.

Patientenverfügung

Insgesamt nahm der Anteil der Mitarbeiter, die Patienten und Angehörige nach einer Patientenverfügung fragten etwas zu, signifikante Unterschiede fanden sich hierbei jedoch keine. In der Gruppe der Ärzte ist festzuhalten, dass in der zweiten Befragung alle Teilnehmerangaben sich nach einer Patientenverfügung zu erkundigen. Die Rücksicht auf Patientenverfügungen und damit die Patientenautonomie ist somit insgesamt deutlich ausgeprägt.

Integrative Gesamtbewertung

Hierzu wurden die Noten 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft) zur Verfügung gestellt. Die Ärzte bewerteten die Ethikvisite mit 1,8, die Pflege mit 2,6. Die Notenverteilung bei der Gesamtbewertung bestätigt das zuvor gewonnene Bild bei den einzelnen Aussagen, dass unter den Ärzten eine große Zustimmung zur Ethikvisite bestand, während bei der Pflege die Beurteilungen die gesamte Notenskala von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ einnahmen.

Wir erklären uns die Unterschiede in der Pflege hauptsächlich dadurch, dass während der zweiten Befragung, der Einführungsprozess für die Mitarbeiter der Pflege noch nicht beendet war und die Ethikvisite bei vielen auf Grund mangelnder Gelegenheit ihr Potenzial noch nicht deutlich machen konnte. Nicht selten hatten Pfleger und Schwestern nur Gelegenheit bei wenigen oder gar nur einer einzigen Ethikvisite teilzunehmen, traten dann noch unproblematische Fälle auf konnte dies Zweifel am Sinn und Nutzen der Ethikvisite stützen.

Dafür, dass nicht die Nutzlosigkeit empfunden, sondern nur der Nutzen noch nicht erkennbar wurde, spricht auch, dass nur ein Teilnehmer sich in der folgenden Frage offen gegen die Fortführung der Ethikvisite aussprach. Das Antwortverhalten hier zeigt sich damit ähnlich zur Beurteilung des Verhältnisses zwischen Nutzen und höherem Aufwand (Frage 30), wo ebenfalls die große Mehrheit der Ärzte und ein wesentlicher Teil der Pflege den erhöhten Zeitaufwand als gerechtfertigt ansahen.

Die Antworten auf Fragen direkt zur Ethikvisite sind besonders wertvoll, da sie ein Stück weit Aufschluss geben, dass die zuvor festgestellten Veränderungen bzw. Verbesserungen in der Zufriedenheit, auf die Ethikvisite zurückgeführt werden können und nicht andere Einflussfaktoren die Änderungen im Antwortverhalten nach sich zogen. Vorstellbare Einflussfaktoren stellen z.B. bauliche Veränderungen, Änderungen in der technischen Ausstattung, Änderung in der Bezahlung, Änderung im Arbeitsaufkommen durch geänderte Auslastung der Station oder Maßnahmen zur Steigerung der allgemeinen Motivation der Mitarbeiter dar, um nur einige zu nennen. Den Untersuchern selbst sind keine offensichtlichen derartigen Veränderungen bekannt.

Bei einigen Fragen finden sich Ähnlichkeiten im Antwortverhalten zu vorhergehenden Fragen (wie angeführt) und auch die positiven Bewertungen im Kollektiv der Ärzte sind Ausdruck der Zufriedenheit mit der Ethikvisite.

Offene Fragen

Wie bereits erwähnt wurde reger Gebrauch von der Möglichkeit gemacht im Freitext Lob, Kritik und Anregungen zu äußern.

Auf Seiten der Ärzte deckten sich die Erwartungen an die Ethikvisite mit den von uns verfolgten Zielen. In der Befragung nach Einführung der Ethikvisite wird in der Hauptsache

angeführt, dass die Ethikvisite von der Pflege noch nicht ausreichend angenommen wird, es wurde daher angeregt, die initiale Fallvorstellung jeweils durch die Pflege (statt den Arzt) vorzunehmen zu lassen.

Auf Seiten der Pflege wurde vor Einführung der Ethikvisite oftmals die Bedeutung des Patientenwillens hervorgehoben und mehr Patientenorientierung eingefordert. In diesem Zusammenhang sollten Therapieziele klarer formuliert und invasive Therapiemaßnahmen rechtzeitig beendet werden. Zusätzlich wurde auch eine verbesserte Kommunikation durch die Ethikvisite erwartet.

An Bedenken wurde im Wesentlichen eine ungünstige Zeit-Nutzen-Relation angeführt.

Im Anschluss an die Einführung wurde von 13 (der 35) Pflegekräfte pauschal Bedenken gegenüber der bestehenden Ethikvisite geäußert, im Freitext wurde am häufigsten eine nicht ausreichende Berücksichtigung des Patientenwillens moniert. Dies muss unter Berücksichtigung der Angaben vor Einführung der Ethikvisite mehr als allgemeine Kritik an den Entscheidungsträgern denn als spezifische Kritik gegenüber der Ethikvisite gewertet werden. Die formal relativ hohe Anzahl an geäußerten Bedenken gegenüber der Ethikvisite relativiert sich somit durch deren Inhalt auf eine eher allgemein bestehende Unzufriedenheit hinsichtlich Therapiebegrenzung und Beachtung des Patientenwillens. Wir sehen uns daher mit der Fortsetzung der Ethikvisite auf dem richtigen Weg dies zu verbessern.

Ferner bildete sich unter der Pflege auch die Meinung, dass Angehörige zu sehr auf die Entscheidungen Einfluss nahmen. Letzteres muss bei aller Motivation, den Patientenwillen zu ergründen, differenziert überdacht werden. Unserer Ansicht nach besteht durchaus die Gefahr, unkritisch jeder Aussage von Angehörigen zu vertrauen oder sich aus Bequemlichkeit oder Angst vor rechtlichen Konsequenzen dem Therapiewunsch der Angehörigen anzuschließen und den Patienten zu übergehen. Hier sollte wiederholt eine Rückbesinnung auf die Tatsache erfolgen, dass Angehörige nicht die Therapie entscheiden dürfen, sondern zusammen mit Angehörigen und Vertrauten der Therapiewunsch des Patienten ergründet werden muss.

Um Verbesserungsvorschläge einzubringen, nutzte knapp die Hälfte der Mitarbeiter der Pflege die Möglichkeit zur Äußerung im Freitext. Einige Vorschläge gingen dabei jedoch an der Ethikvisite vorbei, indem alternativ wöchentliche Fallbesprechungen oder gezieltes Aufsuchen einzelner Patienten vorgeschlagen wurden. Der präventive Charakter würde so aber ein Stück weit aufgegeben werden und der mehrfach kritisierte Zeitaufwand wäre bei diesen Modellen sicher höher. Dies ist auch beim Vorschlag zu bedenken, Angehörige an der Visite teilnehmen zu lassen. Im Einzelfall mag dies sinnvoll und gerechtfertigt sein, es besteht jedoch ebenfalls die Gefahr, dass ein Gespräch mit Angehörigen zeitlich ausufert oder diese zunächst nicht ausreichend informiert zurückgelassen werden müssen. Dem Anliegen, Angehörige und vor allem Patienten noch stärker einzubinden, wurde und wird versucht nachzukommen. Dem Vorschlag, die gefassten Beschlüsse besser zu dokumentieren und diese in der Folge auch konsequenter zu verfolgen, wurde durch Entwicklung der Ethikvisitendokumentation begegnet (Anhang 6). Wir arbeiten permanent daran, allen Beteiligten klar zu machen, dass einmalig getroffene Entscheidungen, auch wenn sie exakt dokumentiert sind, wiederholt anhand sich ändernder Umstände reevaluiert werden und in bestimmten Fällen auch korrigiert werden müssen. Die existierende Vorstellung, eine Therapiebegrenzung müsse nur gut genug dokumentiert sein, damit in der Folge keiner mehr daran zweifelt, muss in dieser Form aufs äußerste zurückgewiesen werden.

Zusammenfassung

Die Angaben im Freitext und die Antworten in den einzelnen Fragen bestätigen eine Verbesserung der Zufriedenheit beim Personal sowie eine Verbesserung der Arbeit für den Patienten. Dies kann zwar nicht in jeder einzelnen Frage nachvollzogen werden, insgesamt

kam es aber bei der überwiegenden Zahl der beantworteten Fragen zu einer Verbesserung und bei keiner einzigen Frage zu einer nennenswerten Verschlechterung nach Einführung der Ethikvisite. In der Summe unterstreichen die Bewertungen die Annahme, dass die Einführung der Ethikvisite erfolgreich verlief und sie von den Mitarbeitern angenommen wurde.

Unser erstes Ziel haben wir somit mit Einführung der Ethikvisite erreicht.

Gleichzeitig geben die Antworten aber auch deutlich wieder, dass in vielen Bereichen noch Verbesserungsbedarf besteht und beständig versucht werden muss, alle Mitarbeiter zu erreichen.

In der Literatur wird angeführt, dass andernorts durch die Einführung der Ethikberatung bzw. Ethikvisite ein kontinuierlicher Lern- und Verbesserungsprozess angestoßen wurde [14], [24], [51].

Wie in der Einführung genannt, sollte diese Untersuchung die Basis für unseren Lern- und Verbesserungsprozess darstellen.

Hierzu gehört auch das deutliche Aufzeigen von Schwachpunkten. In unserem Fall trat in Bezug auf die Ethikvisite ein zentrales Problem zum Vorschein, sowie weitere kleinere Probleme im Rahmen dieser Erhebung. Das wichtigste war die mangelnde Kenntnis der Mitarbeiter über Aufgaben und Grenzen der Ethikvisite und des Ethikberaters. Hier musste mehr und länger als erwartet Aufklärungsarbeit geleistet werden, um falsche und übersteigerte Erwartungen an die Ethikvisite abzubauen. Wir verfolgten hier initial den in der Literatur empfohlenen Weg, der vorsieht, der Ethikberater könne in seiner Art des Auftretens nicht bescheiden und zurückhaltend genug sein [38]. Aus unserer Erfahrung und den Ergebnissen dieser Untersuchung ergibt sich hier ein Widerspruch mit dem Ziel der Ethikvisite, das Personal in Bezug auf ethische Konfliktsituationen und deren Umgang weiterzubilden. Dies funktioniert nur, wenn sich der Ethikberater, der immerhin die größte Expertise auf diesem Gebiet aufweist, auch aktiv einbringt, Stellung nimmt und Zusammenhänge aufzeigt und erläutert. In der Situation der Neueinführung einer Ethikvisite können wir daher nur empfehlen, die Funktion des Wissensvermittlers nicht einer allzu großen Zurückhaltung unterzuordnen. Für die spätere Fortführung der Ethikvisite kann dieser Schwerpunkt dann gegebenenfalls verlagert werden. Eine besondere Herausforderung und damit indirekt auch ein Problem stellte die Tatsache dar, dass die Ethikvisite sowohl für das gesamte Personal, als auch für den Ethikberater gänzlich neu war und nur auf Erfahrungsberichte anderer zurückgegriffen werden konnte.

Aus dem Problem der lange vorgehaltenen, übersteigerten Erwartungshaltung an die Ethikvisite ergab sich unsere Einschätzung, dass die zweite Erhebung zeitlich zu früh durchgeführt wurde, was uns jedoch erst durch Analyse des Antwortverhaltens auffiel.

Unsere Methode, die einzelnen Fragen vor und nach Einführung der Ethikvisite miteinander zu vergleichen, wirft das Problem des multiplen Testens auf. In der Tat kann es durch die größere Anzahl der untersuchten Fragen vereinzelt zu zufällig signifikanten Unterschieden kommen (Alpha-Fehler). In unserer Betrachtungsweise legten wir jedoch keinen gesteigerten Wert auf einzelne signifikante p-Werte, sondern sehen eher die über viele Fragen erkennbare tendenzielle Verbesserung nach Einführung der Ethikvisite im Vordergrund und denken daher, dass die Aussagen insgesamt valide sind.

Konklusion

Aus eigener Erfahrung und unter Berücksichtigung der Untersuchung können wir in Hinblick auf die Personalzufriedenheit die Einführung einer Ethikvisite empfehlen. Die Chancen, die sich ergeben, sind groß und die Risiken etwas zu verschlechtern bei überlegter und konsequenter Umsetzung gering.

4.3 Patientenbefragung

Die Fragebögen für Patienten sollten die Zufriedenheit mit der Betreuung, der Behandlung und die Unterstützung bei Entscheidungsprozessen ergründen.

4.3.1 Diskussion von Kollektiv und Methode

Kollektiv

Voraussetzung zur Teilnahme an der Patientenbefragung war eine Liegedauer >48h sowie die Fähigkeit alleine oder mit Hilfe von Angehörigen den Fragebogen ausfüllen zu können. Dies entsprach nach unserer Erfahrung in etwa dem Anteil der Patienten, der zur eigenen Meinungsbildung fähig war. In anderen Untersuchungen auf Intensivstationen wurden ebenfalls längere Liegedauern als Einschlusskriterium gewählt. Diese lagen bei fünf bis sieben Tagen [4], [25].

Die Grenze von 48 Stunden stellt nach unserer Auffassung und für unsere Bedürfnisse den besten Weg dar, um einerseits Kurzlieger, die in der Regel nicht durch die Ethikvisite beeinflusst werden, auszuschließen und andererseits das Gros der Patienten in die Untersuchung mit einzubeziehen, um so ein ausreichend repräsentatives Kollektiv zu erreichen. Da in unserem Fall lediglich 10,3% der Patienten länger als vier Tage auf der Intensivstation verbrachten, wäre ein ausschließlicher Einschluss dieser Langlieger kaum mehr geeignet allgemeingültige Aussagen zum Einfluss der Ethikvisite zu treffen.

Benachteiligt waren Teilnehmer mit weniger guten Deutschkenntnissen. Auf Nachfrage wurden jedoch stets Angehörige angegeben, die bei der Bearbeitung der Fragebögen helfen konnten. Inwieweit dies dann zutrifft, kann von den Untersuchern nicht nachvollzogen werden. Genaue Zahlen, wie viele Patienten hiervon betroffen waren, existieren nicht, da lediglich die Nationalität des Patienten erhoben wurde und dies keine sicheren Rückschlüsse auf die Kenntnis der deutschen Sprache zulässt. Der Anteil ausländischer Patienten betrug während der ersten Erhebung 3,1%, während der zweiten 2,9%. Ein weiterer Hinweis war die Frage nach der Verständlichkeit des Fragebogens, hier verneinte lediglich ein Patient während der ersten Befragung die Verständlichkeit.

Die Rücklaufquote der Patientenbefragung betrug 63% für die erste und 62% für die zweite Befragung. Er liegt damit eher auf höherem Niveau im Vergleich mit anderen Studien zur Patientenzufriedenheit [44], [62] und zeigt das Interesse an der Befragung. Dies liegt möglicherweise auch an der stärkeren bzw. intensiveren Personal-Patienten-Beziehung auf einer Intensivstation, mit in der Folge größerem Wunsch eine Rückmeldung zur Behandlung abzugeben. Der von uns möglichst einfach gehaltene Fragebogen mit überschaubarer Bearbeitungszeit hat wahrscheinlich auch einen Teil zur guten Rücklaufquote beigetragen.

Die durchgeführte Analyse der (Non-)Responder zeigt, dass die hier untersuchte Patientengruppe in Bezug auf Geschlecht kaum und in Bezug auf Alter eine leichte Verzerrung hin zu mehr Teilnehmern jüngerer Alters darstellt. Da wir das Lebensalter nicht als wesentlichen Prädiktor für die zu erwartende Zufriedenheit sehen, erachten wir die Verzerrung als unproblematisch. Eine relevantere Analyse der Non-Responder wäre die Untersuchung hin auf die vorgelegene Erkrankung, die zur Behandlung führte. Hierzu konnten jedoch auf Grund der im Vordergrund stehenden Anonymität keine Daten erhoben werden. Es kann somit aber nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Krankheitsbilder in der Gruppe der Non-Responder stärker oder schwächer vertreten sind als im Kollektiv der Antwortenden.

Es besteht insgesamt jedoch kein Anhalt dafür, dass die Gruppe der Non-Responder innerhalb der beiden untersuchten Kollektive vor und nach Einführung der Ethikvisite sich wesentlich unterscheiden. Die Vergleichbarkeit ist somit gewährleistet.

Zusammenfassend wurde durch großzügigen Einschluss aller Patienten, die eine Meinung (ggf. mit Hilfe) äußern konnten, ein Kollektiv geschaffen, welches möglichst nahe an die Gesamtheit der Patienten (ohne Vigilanzminderung) reicht. Ob es sich letztlich um ein repräsentatives Kollektiv handelt, kann auf Grund der nur eingeschränkt möglichen Non-Responder-Analyse, nicht bewiesen werden. Einschränkend muss auch der Nachteil fremdsprachiger Patienten angeführt werden.

Methode

Wie bei allen ausgegebenen Fragebögen, wurde auch für die Gruppe der Patienten Wert auf absolute Anonymität gelegt. Es sollte so vermieden werden, dass das Antwortverhalten z.B. durch Abhängigkeit, Dankbarkeit oder Autoritätsgläubigkeit gegenüber dem Arzt beeinflusst würde [6], [58].

Die Anonymität wurde gewährleistet, indem Angehörige den ausgefüllten Patientenfragebogen in den Briefkasten der Intensivstation einwarfen und nur im seltenen Einzelfall, bei fehlenden Angehörigen und Immobilität, dieser mit einer verschlossenen Box direkt abgeholt wurde. Der oben angeführte sehr gute Rücklauf belegt, dass sich dieses Vorgehen bewährt hat.

Kritisch anzumerken ist, dass Angehörige Einfluss auf das Antwortverhalten der Patienten nehmen konnten und umgekehrt. Im Extremfall könnten sogar komplette Fragebögen durch Teilnehmer der jeweils anderen Gruppe ausgefüllt worden sein.

Die in den Fragebögen verwendete Likert-Skala wurde mit wenigen Ausnahmen korrekt angewendet. Sie erwies sich als prinzipiell geeignet. Zur besseren Diskriminierung der überwiegenden Zustimmung (Deckeneffekt [34]) wäre eine sechs- statt vierstufige Skala von Vorteil gewesen. Der Fragebogen hätte so jedoch auch an Einfachheit und Übersichtlichkeit verloren. Im Rahmen der Patientenbefragung war die Einfachheit für uns das wichtigere Kriterium, da es sich in der Mehrzahl um polymorbide Patienten handelte. Eine Ausgrenzung dieser Patienten durch zu schwierig zu bearbeitende Fragebögen sollte unbedingt vermieden werden.

Inhaltlich wurden bei den Fragebögen der Patienten im Wesentlichen die Kategorien Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten und die Unterstützung bei Entscheidungsprozessen erfragt.

Die Möglichkeit zur Äußerung im Freitext nutzten 39% in der ersten und 34% während der zweiten Befragung. Dies entspricht bei schriftlicher Befragung einer sehr hohen Beteiligung und ist zudem Beleg für die Ernsthaftigkeit und hohe Motivation, mit der die Fragebögen bearbeitet wurden.

In anderen Studien war der beschriebene Anteil wesentlich geringer [35]. Als Grund kommt analog zur hohen Rücklaufquote möglicherweise die intensivere Beziehung zwischen Personal und Patient während der Behandlung auf der Intensivstation in Frage, mit in der Folge größerem Wunsch eine Rückmeldung zur Behandlung abzugeben.

Zusammenfassend erwies sich die Methode der Befragung mittels Fragebogen als gut geeignet um die Ziele der Untersuchung zu erreichen und die Anonymität zu wahren. Die im Fragebogen verwendete vierstufige Skala stellte einen Kompromiss zwischen Übersichtlichkeit und damit einfacher Bearbeitbarkeit sowie dem hierdurch etwas stärker ausgeprägten Deckeneffekt dar.

4.3.2 Diskussion der Ergebnisse

Zufriedenheit mit der Betreuung (neun Fragen)

Aussagen 1, 2, 3, 4, 16, 17, 18, 19 und 20 im Fragebogen für Patienten (Anhang 3a und 3b).

In diesem Fragenkomplex nimmt die Aussage 20: „Der Seelsorger hat mich gut begleitet und unterstützt“ eine Sonderstellung ein. Sie war gekennzeichnet durch eine sehr geringe Beteiligung in beiden Befragungen. Die Ursache dürfte vornehmlich durch die Tatsachen bedingt sein, dass ein großer Anteil der Patienten keine seelsorgerische Begleitung wünschte und darin, dass der Seelsorger nur selektiv einzelne Patienten auf deren Wunsch oder auf Anraten des Personals aufsuchte. Hierdurch entstehen aber auch Einzelfälle, die zwar eine seelsorgerische Begleitung wünschten, diese aber nicht bekamen. Dies dürfte der Hauptgrund für die vergleichsweise schlechte Bewertung sein.

Die übrigen acht Fragen zur Zufriedenheit mit der Betreuung zeigten ein weitestgehend einheitliches Bild mit großer Zustimmung respektive Zufriedenheit. Zwischen den beiden Befragungen traten keine nennenswert unterschiedlichen Bewertungen auf. Der bereits in der Diskussion zur Methode angeführte Deckeneffekt macht sich deutlich bemerkbar, so wäre eine weitere Steigerung der bereits sehr guten Bewertung während der ersten Befragung kaum mehr möglich gewesen.

Da die Bewertungen insgesamt ein positives Bild der untersuchten Intensivstation abgeben und auf vergleichbarem Niveau mit anderen Zufriedenheitsuntersuchungen liegen [11], [45], [62] müssen die einzelnen Fragen nicht im Detail diskutiert werden. Erklärtes Ziel der Befragung war es Unterschiede durch die Einführung der Ethikvisite aufzudecken, diese waren in diesem Fragenkomplex nicht vorhanden. Schwachpunkte oder gar die Qualität von Pflege und Ärzten zu analysieren oder zu vergleichen war nicht Ziel dieser Studie.

Zufriedenheit mit der Behandlung (zehn Fragen)

Aussagen 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 und 25 im Fragebogen für Patienten (Anhang 3a und 3b).

Im Fragenkomplex zur „Zufriedenheit mit der Behandlung“ zeigt sich ein gleichartiges Bild wie im vorherigen Bereich der „Zufriedenheit mit der Betreuung“. Die Mittelwerte sind ausnahmslos geprägt von großer Zustimmung bzw. Zufriedenheit. Zusammenfassend kann in diesem Fragenbereich ebenfalls kein Unterschied durch die Einführung der Ethikvisite festgestellt werden. Auch nach Einführung der Ethikvisite gibt es vereinzelt unzufriedene Patienten.

Zufriedenheit und Unterstützung im Entscheidungsprozess (sechs Fragen)

Aussagen 5, 6, 7, 8, 9 und 10 im Fragebogen für Patienten (Anhang 3a und 3b).

Bei diesen Fragen zu „Behandlungswünschen, Informationsumfang und Hilfe bei anstehenden Entscheidungen“ handelt es sich um die formale Kernkompetenz der Ethikvisite. So war diese von Anfang an darauf ausgelegt den Patienten umfassend zu informieren und als „informed consent“ mehr in Entscheidungen einzubeziehen. Er sollte seine Behandlungswünsche äußern und so die Richtschnur der weiteren Behandlung vorgeben.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen zeigen zwar analog zu den bisher behandelten Fragen eine deutliche Zustimmung bzw. Zufriedenheit, zu einem signifikanten Unterschied durch Einführung der Ethikvisite kam es jedoch nicht.

Die von der Gruppe der Pflegenden im Freitext geäußerte Kritik, dass in manchen Fällen Angehörige zu sehr in Therapieentscheidungen einbezogen wurden, wird durch die Antworten der Frage 10 „Ich wünsche, dass meine Angehörigen in Therapieentscheidungen einbezogen

werden“ ergänzt. So möchte zwar eine deutliche Mehrheit durchaus die Berücksichtigung der Angehörigen, in beiden Befragungen gab es jedoch auch Patienten, die dies nicht wollten oder zumindest dem nicht uneingeschränkt zustimmten.

Zahlen aus einer systematischen Studienübersicht aus dem Jahr 2006 kommen zu dem Ergebnis, dass Angehörige als „Surrogat-Entscheider“ nur in 68% die Präferenzen der Patienten richtig erkennen [59]. Die Meinung der Angehörigen darf daher nicht unkritisch übernommen werden, sondern kann nur ein Baustein bei der Bestimmung des mutmaßlichen Patientenwillens ausmachen.

Integrative Bewertungen

Die integrative Bewertung der Arbeit der Medizinischen Intensivstation mit im Schnitt 1,36 bzw. 1,33 zeigt sich kongruent zu den durchweg positiven Wertungen der Einzelfragen.

Der Anteil der Patienten, die auf die Ethikvisite aufmerksam wurden, liegt im Bereich unserer Erwartungen. Hier muss berücksichtigt werden, dass überhaupt nur 56,3% der in die Befragung eingeschlossenen Patienten an einer Ethikvisite teilgenommen haben, der übrige Teil wurde an anderen Tagen auf der Intensivstation behandelt.

Beantwortung der offenen Fragen

Sowohl in der Befragung vor als auch nach Einführung der Ethikvisite wurde zahlreich von der Möglichkeit ergänzendes Lob oder Kritik niederzuschreiben Gebrauch gemacht. Circa zwei Drittel der Kommentare drückten Lob für die Arbeit auf der Intensivstation aus. Etwa ein Drittel der Meinungen beinhalteten Kritikpunkte. Diese hatten keinen erkennbaren Schwerpunkt sondern erstreckten sich von organisatorischen Dingen (Besuchszeiten, Nachtruhe) über Hotelleistungen (fehlende Schränke) bis hin zur Kritik an Pflegepersonal und Ärzten. Die Ethikvisite selbst fand keine besondere Erwähnung.

Zusammengefasst konnte die Ethikvisite in der Befragung der Patienten keine signifikanten Unterschiede bewirken. Gründe könnten sein, dass das Team selbst mit der Neueinführung der Ethikvisite noch zu sehr beschäftigt war und der Schwerpunkt zum Zeitpunkt der Untersuchung noch auf Fallbesprechung respektive Meinungsaustausch innerhalb des Teams lag. Die Einbindung des Patienten erfolgte daher noch nicht in ausreichendem und für den Patienten erkennbarem Maß.

Ein anderer Grund könnte sein, dass der Anteil der Patienten, bei denen sich durch die Ethikvisite Änderungen zum normalen Vorgehen ergaben, im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl eher gering war. Insbesondere wäre zu überlegen, ob nicht relevante Entscheidungen durch die Ethikvisite gebahnt wurden, solange der Patient noch selbst nicht entscheidungsfähig war und dies realisieren konnte. Die hiervon betroffenen Patienten konnten in der Regel nicht an der Befragung teilnehmen, da sie entweder ihre Meinung gar nicht mitteilen konnten oder sich zumindest über diesen Zeitraum keine Meinung bilden konnten.

Berücksichtigt man dann noch die Tatsache, dass vielfältige Faktoren zur Patientenzufriedenheit beitragen (z.B. neben ärztlicher und pflegerischer Arbeit auch so genannte Hotelleistungen, Organisation und allgemeiner Ruf eines Krankenhauses), kann der Einzelfaktor Ethikvisite schnell untergehen.

Durch die insgesamt sehr guten Bewertungen, die einen gewissen, bereits angesprochenen, Deckeneffekt begünstigten, war es allgemein schwierig Änderungen herauszuarbeiten.

4.4 Angehörigenbefragung

Die Fragebögen für Angehörige sollten analog den Patientenfragebögen die Zufriedenheit mit der Betreuung, der Behandlung und die Unterstützung bei Entscheidungsprozessen erfragen.

4.4.1 Diskussion von Kollektiv und Methode

Kollektiv

Das Kollektiv der befragten Angehörigen leitete sich aus dem Einschlusskriterium „Liegedauer >48h“ für Patienten ab. Der Angehörigenfragebogen wurde jedoch unabhängig vom Patientenfragebogen ausgehändigt, also auch wenn der Patient selbst keinen Fragebogen ausfüllen konnte. Je Patient wurde maximal ein Angehörigenfragebogen ausgegeben, eine Gleichgewichtung jeder Meinung wurde somit gewährleistet. Gleichzeitig konnte jedoch somit bei unterschiedlicher Meinung innerhalb der Angehörigen auch nur eine Meinung Berücksichtigung finden.

Auch bei verstorbenen Patienten wurde versucht Angehörige in die Untersuchung mit einzuschließen. Dies erfolgte, indem an die Adresse des Verstorbenen ein Angehörigenfragebogen mit Rückumschlag verschickt wurde. Analog wurde auch bei kurzfristiger Krankenhausverlegung der Postweg genutzt.

Die eingeschlossenen Angehörigen bildeten damit ein weitestgehend repräsentatives Kollektiv für die untersuchte Intensivstation ohne einzelne Gruppen auszuschließen. Einen Nachteil hatten lediglich Angehörige, die Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache aufwiesen.

Genaue Zahlen, wie viele Angehörige hiervon betroffen waren existieren - analog der Patientenbefragung - nicht, da lediglich die Nationalität des Patienten erhoben wurde und dies keine sicheren Rückschlüsse auf die Kenntnis der deutschen Sprache zulässt. Ein weiterer Hinweis war die Frage nach der Verständlichkeit des Fragebogens, hier verneinte lediglich ein Angehöriger während der ersten Befragung die Verständlichkeit.

Die Rücklaufquote der Angehörigenbefragung betrug 52% für die erste und 50% für die zweite Befragung. Sie erreichte damit nicht ganz den guten Wert der Patientenbefragung, liegt aber immer noch auf einem mit anderen Studien vergleichbaren Niveau [29].

Eine Non-Responder-Analyse konnte für die Gruppe der Angehörigen auf Grund der anonymen Befragungsform nicht durchgeführt werden. Es können daher keine Aussagen zur Meinung dieses Teils der Angehörigen gemacht werden. Es besteht jedoch kein Anhalt dafür, dass sich die Gruppe der Non-Responder innerhalb der beiden untersuchten Kollektive vor und nach Einführung der Ethikvisite wesentlich unterscheidet.

Zusammenfassend repräsentiert durch den vergleichsweise guten Rücklauf das Kollektiv der eingeschlossenen Angehörigen einen anschaulichen Anteil aller Angehörigen auf der untersuchten Intensivstation. Auf Grund der nicht möglichen Non-Responder-Analyse kann nicht festgestellt werden, ob es sich auch um ein repräsentatives Kollektiv handelt. Die Bewertung zur Verständlichkeit des Fragebogens war sehr gut. Einschränkend muss die Benachteiligung fremdsprachiger Angehöriger und der Einschluss von nur einem Angehörigen je Patient angeführt werden.

Methode

Analog zur Erhebung beim Personal wurde auch in der Angehörigenbefragung größten Wert auf Anonymität gelegt, indem die Fragebögen durch die Angehörigen selbst in einen Briefkasten eingeworfen wurden und nicht dem Personal ausgehändigt wurden.

Die in den Fragebögen verwendete Likert-Skala wurde mit wenigen Ausnahmen korrekt angewendet. Sie erwies sich als prinzipiell geeignet. Zur besseren Aufgliederung der überwiegenden Zustimmung (Deckeneffekt) wäre eine sechs- statt vierstufige Skala von Vorteil gewesen. Der Fragebogen hätte so jedoch auch an Einfachheit und Übersichtlichkeit verloren. Im Rahmen der Patientenbefragung war die Einfachheit für uns das wichtigere Kriterium, für die Befragung der Angehörigen, die körperlich und geistig in der Regel in einer besseren Verfassung als die Patienten waren, wären die weiter aufgegliederten Antwortvorgaben retrospektiv hilfreich gewesen.

Inhaltlich wurden bei den Angehörigen die gleichen Kategorien wie bei Patienten erfragt, außerdem gab es auch hier die Möglichkeit zur Äußerung im Freitext. Zur ersten Befragung formulierten 38%, zur zweiten Befragung 41% der teilnehmenden Angehörigen offene Anmerkungen. Dies entspricht bei schriftlicher Befragung einer hohen Beteiligung und ist zudem, wie bereits bei der Patientenbefragung angeführt, Beleg für das Interesse an der Befragung und die hohe Motivation, mit der die Fragebögen bearbeitet wurden.

Zusammenfassend erwies sich auch für die Gruppe der Angehörigen die Methode der Befragung mittels Fragebogen als gut geeignet, um die Ziele der Untersuchung zu erreichen und die Anonymität zu wahren. Die im Fragebogen verwendete vierstufige Skala bewirkte bei manchen Fragen einen Deckeneffekt, sodass retrospektiv eine weiter aufgegliederte Antwortskala von Vorteil gewesen wäre.

4.4.2 Diskussion der Ergebnisse

Zufriedenheit mit der Betreuung (acht Fragen)

Aussagen 1, 2, 3, 4, 13, 15, 16 und 19 im Fragebogen für Angehörige (Anhang 4a und 4b).

In diesem Fragenkomplex nimmt die Aussage 19: „Der Seelsorge hat uns gut begleitet und unterstützt“ übereinstimmend mit der Patientenbefragung eine Sonderstellung ein. Die Gründe für die geringe Beteiligung bei der Bewertung dieser Aussage und das vergleichsweise schlechte Abschneiden sehen wir analog den angeführten Gründen bei der Patientenbefragung (siehe 4.3.2).

Die verbleibenden sieben Fragen ähneln in ihrem Bild ebenfalls der Patientenbefragung. Insgesamt wird von den Angehörigen etwas kritischer geurteilt als von den Patienten, was sich in leicht schlechteren Mittelwerten widerspiegelt, signifikante Unterschiede zeigen sich bei keiner der beurteilten Aussagen. Auf die Gründe hierfür wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

Zufriedenheit mit der Behandlung (neun Fragen)

Aussagen 11, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 22 und 23 im Fragebogen für Angehörige (Anhang 4a und 4b).

Unter den Aussagen zur Behandlung des Patienten wurde bei den Angehörigen ebenfalls im Mittel eine deutliche Zufriedenheit ausgedrückt. An den Fragen 17 und vor allem 18 („Die Ärzte waren verfügbar, wenn ich sie zu sprechen wünschte.“) wird jedoch deutlich, dass durchaus differenziert auch weniger gut bewertet wurde. Hier wird die Personalbesetzung mit nur noch einem Assistenzarzt ab 16 Uhr bemerkbar, einem Zeitraum den man durchaus als Kernbesuchszeit bezeichnen kann. Offensichtlich konnte auch die Ethikvisite (am Vormittag) an diesem Problem nichts verbessern, so wie auch bei den anderen Fragen in diesem Bereich kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden konnte.

Zu Gründen für fehlende Veränderungen bei den Angehörigen in den Bereichen „Betreuung und Behandlung“ kann auf die Ausführungen zur Patientenbefragung verwiesen werden. Am wesentlichsten erscheint uns die Tatsache, dass vielfältige Faktoren zur Zufriedenheit beitragen und hier ein Einzelfaktor Ethikvisite keine ausgeprägten Veränderungen bewirken kann. Zusätzlich war der Anteil Patienten, bei denen die Ethikvisite greifen konnte und den weiteren Behandlungsweg beeinflusste im Verhältnis zur Gesamtpatientenzahl gering.

Zufriedenheit und Unterstützung im Entscheidungsprozess (sechs Fragen)

Aussagen 5, 6, 7, 8, 9 und 10 im Fragebogen für Angehörige (Anhang 4a und 4b).

Bei diesen Aussagen handelt es sich um die wichtigsten in Bezug auf die Ethikvisite, da hier mit der Frage nach Berücksichtigung des Patientenwillens, Informationsumfang und Hilfe bei anstehenden Entscheidungen die Aspekte erfragt werden, die die Ethikvisite mit am stärksten einbezieht.

Statistisch traten keine signifikanten Änderungen in der Bewertung der Aussagen auf. Zumindest in drei Bereichen kam es jedoch zu einer nennenswerten Verbesserung der Einschätzung durch die Angehörigen. Dies betraf die Aussagen über Beachtung des Patientenwillens (Aussage 6), die Aussage über Einbeziehung der Angehörigen in die Entscheidungen zur Weiterbehandlung (Aussage 7) und die Aussage zu einem zufriedenstellenden Umfang der Informationen (Aussage 10). Die verbesserten Mittelwerte dürfen zwar unter statistischen Aspekten nicht überbewertet werden, sie stützen jedoch die persönliche Erfahrung, dass die Ethikvisite die angesprochenen Aspekte positiv beeinflusst.

In der Diskussion zu den Bewertungen der Patienten wurde bereits angeführt, dass Patienten, die auf Grund von Sedierung oder cerebraler Defizite nicht selbst an der Befragung teil nehmen konnten, durchaus Patienten sind, bei denen gehäuft ethische Konfliktsituationen auftreten und bei denen während der Ethikvisite intensiv über Patientenwille, Prognose und Procedere diskutiert wird. Da in diesen Fällen zwar die Patienten dies nicht bemerken, jedoch die Angehörigen verstärkt Berücksichtigung finden, könnte dies eine Erklärung für die verbesserten Mittelwerte bei den Angehörigen und die im Wesentlichen unveränderten Bewertungen der Patienten sein.

Zusammengefasst kann die Wirkung der Ethikvisite im Rahmen der Angehörigenbefragung zwar statistisch nicht bewiesen werden, einzelne Bewertungen unterstützen jedoch die persönlichen Eindrücke, dass eine positive Wirkung der Ethikvisite vorhanden ist.

Integrative Bewertungen

Bei den Bewertungen der Angehörigen wurde die Medizinische Intensivstation nach Einführung der Ethikvisite nochmals deutlich besser bewertet (1,42 vor und 1,23 nach Einführung der Ethikvisite). Somit zeigt sich die integrative Gesamtbewertung ebenfalls kongruent zu den besseren Bewertungen in den Einzelfragen.

Der Anteil der Angehörigen, die auf die Ethikvisite aufmerksam wurden, liegt ähnlich wie bei den Patienten und im Bereich unserer Erwartungen.

Bewertung der offenen Fragen

Wie schon in der Befragung der Patienten beobachtet, wurde auch bei den Angehörigen gerne von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, im Freitext Lob, Kritik und Anregungen zu äußern. Wir sehen dies in der Hauptsache als Ausdruck für das hohe Interesse und die gute Motivation an der Befragung teilzunehmen. Da der Fragebogen speziell auf die Bedürfnisse zur Evaluation der Ethikvisite zugeschnitten war und daher bestimmte Bereiche von allgemeinen

Zufriedenheitsuntersuchungen bewusst weggelassen wurden (z.B. Zufriedenheit mit Hotelleistungen, Besuchszeitenregelung, speziellere organisatorische Abläufe) nutzten Angehörige diesen Abschnitt aber auch, um auf dortige Defizite hinzuweisen. Am häufigsten wurden restriktive Besuchszeiten gerügt, gleichzeitig wurde aber auch mehr Ruhe für die Patienten eingefordert. Die „Information von Angehörigen“ wurde unverändert zweimal vor und nach Einführung der Ethikvisite bemängelt. Insgesamt konnte jedoch eine deutliche Tendenz hin zu mehr Lob verzeichnet werden. Im Hinblick auf die untersuchte Ethikvisite ist hier vor allem die lobende Erwähnung, dass ethische Aspekte berücksichtigt und offen mit dem Thema Tod umgegangen wird, zu erwähnen. Insgesamt dreimal wurde von Angehörigen dies aus eigenem Bestreben geäußert.

So unterstreichen die Angaben im Freitext aus unserer Sicht die Ergebnisse aus den Fragen zuvor und die persönlichen Erfahrungen der Untersucher. Die von uns in Heilbronn neu etablierte Ethikvisite macht sich deutlich positiv bemerkbar, dies betrifft allerdings in der Hauptsache einzelne, in der Regel ethisch problematische Fälle. Auf die Gesamtheit der Patienten bzw. der Angehörigen bezogen, konnten zum jetzigen Zeitpunkt keine signifikanten Veränderungen herausgearbeitet werden.

Die bisher einzige randomisierte Studie von Schneiderman, die eine Wirksamkeit klinischer Ethikberatung nachweisen konnte [56], hatte schon als Einschlusskriterium eine konkrete moralische Konfliktsituation. Die Aspekte, die die Ethikvisite von der Einzelfallbesprechung (Ethisches Konsil) hauptsächlich unterscheiden (präventiver Handlungsansatz, rasche Problemlösungskompetenz und laufende Fortbildung des Personals (siehe auch Kapitel 1.3)), können nach unserer jetzigen Erfahrung in Befragungen von Patienten und Angehörigen statistisch nur schwer erfasst werden. Neben den von uns gezeigten einzelnen positiven Erfahrungen bei Angehörigen und tendenziellen Verbesserungen in einzelnen Teilaspekten muss daher weiterhin auf Einzelfallberichte und persönliche Erfahrungsberichte in der Literatur verwiesen werden, wenn es um Beurteilung der klinischen Wirksamkeit geht.

4.5 Objektive Falldaten

Die Erfassung objektiver Falldaten hatte im Rahmen dieser Untersuchung zwei Aufgaben. Einerseits sollte die Vergleichbarkeit der beiden Kollektive vor und nach Einführung der Ethikvisite überprüft werden. Andererseits sollte die Möglichkeit genutzt werden, in dem ohnehin für die Befragung erfassten Patientenkollektiv objektive Falldaten zu erfassen. So konnten die Dauern von invasiven Prozeduren oder auch Auswirkungen auf die Mortalität überprüft werden.

Biometrische Daten

In diesem Abschnitt wurden Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit untersucht. Es zeigte sich zwischen den beiden Gruppen erwartungsgemäß keine signifikanten Unterschiede.

Beim Familienstand traten ebenfalls nur geringe Änderungen auf, sodass während der zweiten Erhebung der Anteil verheirateter leicht höher, der Anteil verwitweter und geschiedener Patienten leicht geringer war. Der Anteil Lediger hingegen war identisch. Die Kollektive bleiben damit auch hinsichtlich Familienstand vergleichbar.

Die erhobene soziale Situation zeigte analog den Veränderungen im Familienstand bei der zweiten Erhebung eine leichte Zunahme der Patienten, die zusammen mit Familie lebten und einen leichten Rückgang der Patienten, die alleine lebten. Der Anteil Patienten, der zuvor im Pflegeheim lebte, war in den beiden Kollektiven praktisch gleich (6,4 und 6,5%).

Diese Informationen sind deshalb wichtig, weil in der Praxis oft die Einbindung in ein familiäres Umfeld und die vor Krankenhausaufnahme bestandene Selbstständigkeit bei der Beurteilung der verbliebenen Lebensqualität zu Rate gezogen werden.

Einen deutlichen Unterschied fanden wir in der Erhebung des Anteils der Patienten, die eine Patientenverfügung angaben. Während dem Krankenhaus gegenüber nur bei 27% der Patienten das Vorhandensein einer Patientenverfügung bekannt wurde, lag in der anonymen Befragung der Anteil der Patienten, der angab eine Patientenverfügung zu besitzen bei 57%.

Aktuellere Daten gehen für Deutschland immerhin von acht bis zehn Millionen Patientenverfügungen in der Gesamtbevölkerung aus [16], [61]. Diese Zahlen können jedoch nur einen Anhalt geben und nicht auf unsere Untersuchung angewendet werden, da die Patienten auf Intensivstation nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung stehen.

Als Gründe für den deutlichen Unterschied in beiden Erhebungen vermuten wir, dass teilweise das Vorhandensein einer Patientenverfügung bewusst nicht angegeben wurde, da die fehlende Schwere der aktuellen Erkrankung ein Greifen der Verfügung nicht erwarten lies oder anders ausgedrückt die Situation, für die die Verfügung gedacht war, nicht der aktuellen entsprach. Zudem gehen wir davon aus, dass der Begriff Patientenverfügung im Rahmen der Patientenbefragung nicht immer richtig verstanden wurde und dass möglicherweise auch die feste Absicht eine Patientenverfügung kurzfristig zu erstellen den Befragten reichte, diese bereits anzugeben. Wir leiten letztere Vermutung aus den Reaktionen der Patienten auf die Nachfrage nach einer Patientenverfügung ab, die in einer Vielzahl der Fälle wiedergab, dass dies schon lange beabsichtigt war, insgesamt als sinnvoll erachtet wird und nun umgehend veranlasst werden soll.

Die Annahme Patienten mit Patientenverfügung nehmen bereitwilliger an einer Befragung teil, da sie sich mehr mit Gesundheitsthemen auseinandersetzten, erachten wir als nicht haltbar. Eine schlechte Recherche während der Erhebung der Informationen über eine Patientenverfügung können wir ebenfalls ausschließen.

Eine bemerkenswerte Verhaltensweise zeigten wiederholt Angehörige, die bewusst eine vorhandene Patientenverfügung vorenthielten, da sie befürchteten, in der Folge könnten lebenserhaltende Therapien eingestellt werden. Hier half die Besprechung des weiteren Vorgehens und der Verweis auf die Ethikvisite, welche vorsehen, dass eine tragfähige Lösung im Konsens, durch Einbeziehung der Stellvertreter des Patienten und durch Beachtung des Patientenwillens, erarbeitet wird. So konnte meist doch Einblick in die Patientenverfügung erlangt werden. Auch musste immer wieder vermittelt werden, dass die Patientenverfügung die Bürde der Entscheidung von den Stellvertretern nimmt.

Objektive Falldaten

Wie bereits angesprochen wurden die objektiven Falldaten ergänzend bei dem ohnehin erfassten Patientenkollektiv ausgewertet. Primäres Ziel der Untersuchung war die in Heilbronn neu zu etablierende Ethikvisite anhand einer Befragung zur Zufriedenheit bei Personal, Patienten und Angehörigen zu untersuchen. Auf diese Fragestellung war die Anzahl der eingeschlossenen Patienten primär ausgelegt.

In der bereits angeführten Studie von Schneiderman [56], die die Auswirkung ethischer Beratung auf Mortalität, Intensivtage und Dauer lebenserhaltender Maßnahmen untersuchte, wurden insgesamt 551 Patienten mit moralischen Konfliktsituationen eingeschlossen, bei denen nach Randomisierung bei 278 Patienten eine ethische Beratung durchgeführt wurde. Bei den letztlich verstorbenen Patienten konnte eine signifikante Reduktion von Liegedauer und lebenserhaltenden Maßnahmen nachgewiesen werden. Die strengen Einschlusskriterien der angesprochenen Untersuchung mit bereits vorliegendem moralischem Konflikt und die höheren Fallzahlen ließen bereits erwarten, dass sich in unserer Untersuchung keine signifikante Änderung wird nachweisen lassen. Die US-amerikanische Studie fand zeitgleich an sieben Krankenhäusern statt, sodass die Voraussetzungen in Heilbronn nicht vergleichbar waren.

In den erfassten Falldaten zeigten die untersuchten Parameter „Beatmungsdauer“, „Dauer am Hämofilter“, „Anzahl Dialysen“, „Verweildauern auf Intensivstation und im Krankenhaus“, „Entlassgrund aus dem Krankenhaus“ und „Mortalität“ keine signifikanten Unterschiede. Auf Grund der angeführten Problematik geringer Fallzahlen zu dieser speziellen Fragestellung, konnte an Hand objektiver Falldaten kein Nachweis einer Wirksamkeit der Ethikvisite geführt werden.

Der Nutzen der objektiven Falldaten bezieht sich jedoch zusätzlich auch auf die Vergleichbarkeit der beiden untersuchten Kollektive und hier war der APACHE II-Score wie unter 2.3 ausgeführt besonders wichtig, da er innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme auf die Intensivstation erhoben wurde und daher weitestgehend unabhängig von Therapiemaßnahmen respektive der untersuchten Ethikvisite war.

Die beiden erhobenen durchschnittlichen APACHE II-Scores von 23,0 und 22,4 zeigen, dass die untersuchten Patientenkollektive in etwa gleich schwer erkrankt und damit vergleichbar waren und dass die erhobenen Veränderungen nicht etwa durch eine saisonal andere Patientenzusammensetzung entstanden sind. Ferner wird deutlich, dass es sich bei den eingeschlossenen Patienten um ein insgesamt sehr schwer erkranktes Kollektiv handelt. In der Veröffentlichung zum APACHE II-Scores [32] wird bei einem Scorewert von 20 bis 24 mit einer (über verschiedene Krankheitsbilder gemittelten) spezifischen Mortalitätsrate von ca. 40% gerechnet.

Die Anzahl durchgeführter Ethikkonsile nahm nach Einführung der Ethikvisite von einem auf drei leicht zu. Die insgesamt geringe Anzahl an notwendigen ethischen Konsilen deckt sich mit den in Marburg von Richter beschriebenen Erfahrungen [50], wo berichtet wird, dass lediglich 14 von 595 während Ethikvisiten diskutierten Fällen in der Folge eines offiziellen Ethikkonsils bedurften.

Die erst während der Ethikvisite implementierte konkrete und schriftliche „Verzicht auf Wiederbeleben“-Anordnung wurde während der zweiten Erhebung bei immerhin 33,7% der eingeschlossenen Patienten getroffen. Dies zeigt die Häufigkeit von Therapieentscheidungen bzw. der Notwendigkeit von Therapiebegrenzung am Lebensende. Die Handhabung dieser alltäglich abverlangten Entscheidungen wird durch die ethischen Strukturen am Standort Heilbronn deutlich erleichtert. Im Einzelnen helfen die erstellten Leitlinien und Handlungsanweisungen durch das Ethikkomitee, die Durchführung von Ethikkonsilen bei anhaltenden Konfliktsituationen und der anwesende Ethikberater bei Ethikvisite mit der resultierenden Problemlösungskompetenz sowie der Fortbildung der Mitarbeiter.

Zusammengefasst erlauben die erhobenen biometrischen Daten und die erfassten objektiven Falldaten die untersuchten Kollektive vor und nach Einführung der Ethikvisite als vergleichbar zu bezeichnen. Zu Veränderungen der Falldaten, die ergänzend erfasst wurden, kann auf Grund der insgesamt geringen Fallzahl für diese Fragestellung und vor allem der geringen Anzahl ethischer Konfliktsituationen im Vergleich zur Gesamtzahl der eingeschlossenen Patienten kein signifikanter Unterschied nach Einführung der Ethikvisite ausgemacht werden.

5 Zusammenfassung

Die Berücksichtigung medizinethischer Aspekte gewinnt in letzter Zeit zunehmend an Bedeutung und ist aus der täglichen Praxis nicht mehr wegzudenken. Als Weiterentwicklung der ethischen Strukturen am Krankenhausstandort Heilbronn sollte im Rahmen dieser Arbeit eine wöchentliche Ethikvisite auf der medizinischen Intensivstation neu eingeführt und der Nutzen evaluiert werden. Das Konzept der Ethikvisite lehnt sich an andernorts bereits vereinzelt etablierte Visitendienste an und wurde im Vorfeld maßgeblich durch unseren klinischen Ethiker entwickelt. Die Einführung und Umsetzung der Ethikvisite wurde durch gegenseitigen Meinungs austausch und unter Berücksichtigung von Verbesserungsvorschlägen durchgeführt. Der Einführungsprozess war retrospektiv erfolgreich und gestaltete sich lediglich langwieriger als vermutet. Die Ursache war eine falsche Erwartungshaltung an die Ethikvisite und den klinischen Ethiker, die als Entscheidungsträger angesehen wurden, die konkrete Empfehlungen zu Therapiemaßnahmen aussprechen würden.

Die Evaluation erfolgte durch Fragebögen für Personal, Patienten und Angehörige sowie die Erfassung objektiver Falldaten. Die anonyme Befragung wurde jeweils vor (Juni bis Oktober 2008) und nach (März bis August 2009) Einführung der Ethikvisite durchgeführt. Die von uns an Hand der Bedürfnisse vor Ort selbst entwickelten Fragebögen erwiesen sich als geeignet.

Die Mitarbeiterbefragung zeigte dabei innerhalb der Ärzteschaft eine durchweg positive Resonanz bei allerdings fehlendem Nachweis signifikanter Verbesserungen, am ehesten bedingt durch den limitierten Stichprobenumfang. Innerhalb der Mitarbeiter der Pflege zeigte die Auswertung der Befragungen eine überwiegend positive Bewertung der Ethikvisite mit nur vereinzelt ablehnenden Haltungen. In mehreren Fragen erreichte die oft festgestellte Verbesserung der Zufriedenheit auch ein signifikantes Niveau ($p < 0,05$). Eine steigende Zufriedenheit im Behandlungsteam, mit positivem Effekt auf die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, eine verstärkte Einbeziehung von Angehörigen und eine bessere Kenntnis des Patientenwillens, als Voraussetzung für dessen Berücksichtigung, konnten mittels der Personaleinschätzung belegt werden.

Die durch die Pflegekräfte signifikant besser bewerteten Aussagen waren:

Ich bin mit der Arbeit der Ärzte am Bett des Patienten zufrieden ($p=0,045$).

Ich kenne den (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten ($p=0,045$).

Ich weiß wie die Angehörigen über die Behandlung denken ($p=0,015$).

Bei unklarem Patientenwillen wird die Familie in den Entscheidungsprozess einbezogen ($p=0,002$).

Die Überprüfung der Zufriedenheit bei Patienten zeigte zusammengefasst ein unverändertes Bild vor und nach Einführung der Ethikvisite. Hier machte sich einerseits die Vielzahl an eingeschlossenen Patienten ohne aufgetretene ethische Konfliktsituation bemerkbar und die Tatsache, dass in den Fällen in denen moralische Entscheidungen anstanden, die Patienten oft durch Beeinträchtigung der Vigilanz nicht mehr in der Lage waren an der Befragung teilzunehmen.

Im Vergleich hierzu traten bei der Befragung der Angehörigen bei vereinzelt Fragen im Bereich „Beachtung des Patientenwillens“, „Einbeziehung der Angehörigen in die Entscheidungen zur Weiterbehandlung“ und „Umfang der erhaltenen Informationen“, zumindest eine tendenzielle Verbesserung der Beurteilung und damit eine gestiegene Zufriedenheit auf.

Die ergänzend erfassten objektiven Falldaten zeigten zunächst eine gute Vergleichbarkeit der untersuchten Kollektive vor und nach Einführung der Ethikvisite. Darüber hinausgehend konnte durch Einführung der Ethikvisite kein signifikanter Einfluss auf die Parameter „Verweildauer“, „Beatmungsdauer“, „Anzahl und Dauer von Nierenersatzverfahren“ oder „Mortalität“ festgestellt werden.

Die vorgefundene Akzeptanz der Ethikvisite ist eindrucksvoll und bestätigt neben der gestiegenen Zufriedenheit beim Personal und den positiven Rückmeldungen durch Angehörige am besten das Konzept der Ethikvisite, deren Einführung wir anderen Kliniken empfehlen können.

Die Etablierung ethischer Strukturen wird sich zukünftig fortsetzen und noch an Bedeutung gewinnen, dies zeigt sich auch am aktuellen Trend, in Pflegeheimen eine ethische Beratung anzubieten. Der Gedanke präventiven Handelns, wie er auch zentrale Überlegung bei der Ethikvisite ist, wird so konsequent weitergeführt.

6 Literaturverzeichnis

1. Agich, G.J. (2003): *Joining the Team: Ethics Consultation at the Cleveland Clinic*. HEC Forum. 15(4): S. 310-322.
2. American Society for Bioethics and Humanities (1998): *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities*. Glenview, IL.
3. American Society for Bioethics and Humanities (2009): *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation 2nd Edition (veröffentlichte Vorabversion)*. American Society for Bioethics and Humanities. Online unter: <http://www.asbh.org/publications/pdfs/CCUpdateNov09.pdf> [Stand:05.05.2010]
4. Andereck, W.S. und Schneiderman, L.J. (Laufende Studie - Stand Oktober 2009): *Proactive Ethics Intervention to Improve Intensive Care Unit (ICU) Care (PEI)*. Online unter: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00996814> [Stand:06.05.2010]
5. Apel, K.-O. (1973): *Das Apriori der Kommunikationsgemeinschaft und die Grundlagen der Ethik*. In: *Transformation der Philosophie, Bd. 2*. Suhrkamp, Frankfurt am Main. S. 358-435.
6. Aust, B. (1994): *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung*. In: *Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
7. Beauchamp, T. und Childress, J. (2008): *Principles of Biomedical Ethics*. 6th Edition. Oxford University Press, New York.
8. Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung. Online unter: <http://www.bioethik-kommission.bayern.de> [Stand:05.05.2010]
9. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz. Online unter: <http://www.jm.justiz.rlp.de/root/Bioethik> [Stand:05.05.2010]
10. Blum, K. (1996): *Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus*. In: *Schriftenreihe Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. Bd. I*. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.) Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf.
11. Bohrer, T., Koller, M., Neubert, T., Moldzio, A., Beaujean, O., Hellinger, A., Lorenz, W. und Rothmund, M. (2002): *Wie erleben allgemeinchirurgische Patienten die Intensivstation?* Der Chirurg. 73(5): S. 443-450.
12. Bortz und Lienert (2008): *Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung*. Springer Verlag. S.145-151.
13. Bortz, Lienert und Boehnke (2008): *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Springer-Verlag. S. 208 ff.
14. DeRenzo, E.G., Mokwunye, N. und Lynch, J.J. (2006): *Rounding: How Everyday Ethics can Invigorate a Hospital's Ethics Committee*. HEC Forum. 18(4): S. 319-331.

15. DeRenzo, E.G., Vinicky, J., Redman, B., Lynch, J.J., Panzarella, P. und Rizk, S. (2006): *Rounding: A Model for Consultation and Training Whose Time Has Come*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 15(2): S. 207-215.
16. Deutsche-Hospiz-Stiftung (2005): *Hospiz Info Brief 4/05*. Online unter: http://www.hospize.de/ftp/infobrief_04.05.pdf [Stand:14.03.2010]
17. Deutscher Ethikrat Online unter: <http://www.ethikrat.org> [Stand:05.05.2010]
18. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (1997): *Ethik-Komitee im Krankenhaus*. Selbstverlag, Freiburg.
19. Dörries, A. und Hespe-Jungesblut, K. (2007): *Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland*. Ethik in der Medizin. 19: S. 148-156.
20. Emanuel, E.J. und Emanuel, L.L. (1992): *Four models of the physician-patient relationship*. The Journal of the American Medical Association. 267(16): S. 2221-2226.
21. Ethikkomitee der SLK Kliniken Heilbronn. Online unter: <http://www.slk-kliniken.de/Ethikkomitee.4058.0.html> [Stand:05.05.2010]
22. Fernlehrgang „Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen“ (2010). Online unter: <http://www.cekib.de/> oder http://www.klinikum.nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/zd/cekib/leistungen/fortbildung_weiterbildung/fernlehrgaenge/ethik/index.html [Stand: 05.05.2010]
23. Fiester, A. (2007): *The Failure of the Consult Model: Why "Mediation" Should Replace "Consultation"*. The American Journal of Bioethics. 7(2): S. 31-32.
24. Gerdes, B. und Richter, G. (1999): *Ethik-Konsultationsdienst nach dem Konzept von J.C. Fletcher an der University of Virginia, Charlottesville, USA*. Ethik in der Medizin. 11: S. 249-261.
25. Gillarduzzi, M. (2008): *Angehörigenzufriedenheit auf Intensivstation - Ein Pilotprojekt zur dauerhaften Einführung eines Fragebogens für Angehörige*. Intensivmedizin und Notfallmedizin. 45(Supplement 1): S. I/93-I/94.
26. Habermas, J. (1983): *Diskursethik - Notizen zu einem Begründungsprogramm*. In: *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*. Suhrkamp, Frankfurt am Main. S. 53-126.
27. Heyland, D.K., Rocker, G.M., O'Callaghan, C.J., Dodek, P.M. und Cook, D.J. (2003): *Dying in the ICU* - Perspectives of Family Members*. Chest. 124: S. 392-397.
28. Heyland, D.K. und Tranmer, J.E. (2001): *Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results*. Journal of Critical Care Medicine. 16(4): S. 142-149.
29. Kaufmann, A. (2006): *Kundenorientierung in der Angehörigenarbeit - Implikationen aus Zufriedenheitsbefragungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen*. Diplomarbeit, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.

30. Klemperer, D. und Rosenwirth, M. (2005): *Chartbook Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen*. Bertelsmann Stiftung, Themenfeld Gesundheit und Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (Hrsg.), Gütersloh.
31. Klinkhammer, G. (2007): *Ethikberatung im Krankenhaus - "Handeln zum Wohle des Patienten"*. Deutsches Ärzteblatt. 104(6): S. B285-287.
32. Knaus, W.A., Draper, E.A., Wagner, D.P. und Zimmerman, J.E. (1985): *APACHE II: A severity of disease classification system*. Critical Care Medicine. 13(10): S. 818-829.
33. Kobert, K., Pfäfflin, M. und Reiter-Teil, S. (2008): *Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld*. Ethik in der Medizin. (2): S. 122-133.
34. Krauth, J. (1995): *Testkonstruktion und Testtheorie*. Beltz Verlag.
35. Kulla, M. (2004): *Untersuchung zur Patienten- und Zuweiserzufriedenheit an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg*. Inaugural-Dissertation. Würzburg
36. Lewandowski, K. und Lewandowski, M. (2003): *Scoring systems in the intensive care unit*. Der Anaesthesist. 52(10): S. 965-987; quiz 988-989.
37. Ley, F. (2005): *Klinische Ethik*. Ethik in der Medizin. (4): S. 298-309.
38. Maio, G. (2002): *Braucht die Medizin klinische Ethiker?* Deutsche Medizinische Wochenschrift. 127: S. 2285-2288.
39. Marckmann, G. (2007): *Prinzipienorientierte Medizinethik - eine angemessene Antwort auf die moralische und evaluative Pluralität in der modernen Medizin?* Jahrestagung 2007 der Akademie für Ethik in der Medizin - Abstract S1.2. Online unter: http://wwwuser.gwdg.de/~ukee/abstractband_2007.pdf [Stand:07.05.2010]
40. Marckmann, G., Sandberger, G. und Wiesing, G. (2010): *Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen - Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung*. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 135: S. 570-574.
41. May, A.T. und Mann, R. (2005): *Soziale Kompetenz im Notfall*. 2. überarbeitete Auflage. Aus der Reihe: Ethik in der Praxis. Bd. 5. LIT Verlag Münster. Seite 6.
42. Orr, R.D. und Moon, E. (1993): *Effectiveness of an ethics consultation service*. The Journal of Family Practice. 36: S. 49-53.
43. Orr, R.D., Morton, K.R., deLeon, D.M. und Fals, J.C. (1996): *Evaluation of an Ethics Consultation service: Patient and Family Perspective*. The American Journal of Medicine. 101: S. 135-141.
44. Quist, S.R., Dieckmann-Stöcklein, R., Bröcker, E.-B. und Weyandt, G.H. (2007): *Determinanten der Patientenzufriedenheit in einer dermatologischen Universitätsklinik als Parameter zur Patientenorientierung im Rahmen des Qualitätsmanagements*. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 5(7): S. 598-604.

45. Rattray, J., Johnston, M. und Wildsmith, J.A.W. (2004): *The intensive care experience: development of the ICE questionnaire*. Journal of Advanced Nursing. 47(1): S. 64-73.
46. Rauprich, O. (2005): *Prinzipienethik in der Biomedizin - Zur Einführung*. In: *Prinzipienethik in der Biomedizin*. Rauprich, O. und Steger F. (Hrsg.) Campus Verlag, Frankfurt am Main. S. 11-45.
47. Rauprich, O. (2005): *Was ist und wozu dient Prinzipienethik? Versuch einer Konturenschärfung*. In: *Prinzipienethik in der Biomedizin*. Rauprich, O. und Steger F. (Hrsg.) Campus Verlag, Frankfurt am Main. S. 226-250.
48. Renöckl, H. (ohne Jahresangabe): *Ethische Aspekte der Vorsorge-Medizin*. Online unter: <http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/donau-uni/rektorat/prev/prev-renoeckl.pdf> [Stand:05.05.2010]
49. Richter, G. (2001): *Ethics Consultation at the University Medical Center - Marburg*. HEC Forum. 13(3): S. 294-305.
50. Richter, G. (2007): *Greater Patient, Family and Surrogate Involvement in Clinical Ethics Consultation: The Model of Clinical Ethics Liaison Service as a Measure for Preventive Ethics*. HEC Forum. 19(4): S. 327-340.
51. Richter, G. (2008): *Kapitel 3.2.2 Der Ethik-Liaisondienst*. In: *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch*. Dörries, Neitzke, Simon und Vollmann (Hrsg.) Kohlhammer, Stuttgart. S. 77-82.
52. Richter, G. (2008): *Kapitel 3.2.3 Erfahrungen mit dem Ethik-Liaisondienst auf einer chirurgischen Intensivstation im Universitätsklinikum Marburg*. In: *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch*. Dörries, Neitzke, Simon und Vollmann (Hrsg.) Kohlhammer, Stuttgart. S. 82-85.
53. Rubin, H.R. (1990): *Can patients evaluate the quality of hospital care?* Medical care review. 47(3): S. 267-326.
54. Scheffold, N., Paoli, A., Kleine, M., Kern, M., Böhringer, S., Schmücker, I., Cyran, J. und Marckmann, G. (2008): *Empfehlung zum „Verzicht auf Wiederbelebung“*. Medizinische Klinik. 108: S. 43-46.
55. Scheibler, F. (2003): *Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Hans Huber Verlag, Bern.
56. Schneiderman, L.J., Gilmer, T., Teetzel, H.D., Dugan, D.O., Blustein, J., Cranford, R., Briggs, K.B., Komatsu, G.I., Goodman-Crews, P., Cohn, F. und Young, E.W. (2003): *Effect of Ethics Consultation on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial*. The Journal of the American Medical Association. 290(9): S. 1166-1172.
57. Schöne-Seifert, B. (2009): *Einführung in die Medizinethik (Mini-Skript zum Grundkurs Ethik im Rahmen von GTE)*. Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin Universität Münster. Online unter: http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/GTE/ethik_2009.pdf [Stand:05.05.2010]

58. Schumann, A. (2000): *Patientenzufriedenheitsmessung als Teil des internen Qualitätsmanagements in der Unfallchirurgie - Patientenbefragung als Instrument zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit mit dem stationären Umfeld*. Inauguraldissertation, Universität Regensburg.
59. Shalowitz, D.I., Garrett-Mayer, E. und Wendler, D. (2006): *The Accuracy of Surrogate Decision Makers*. Archives of Internal Medicine. 166: S. 493-497.
60. Simon, A., May, A.T. und Neitzke, G. (2005): *Curriculum "Ethikberatung im Krankenhaus"*. Ethik in der Medizin. (4): S. 322-326.
61. SWR-Fernsehen (2009): *Sendung vom 26. März 2009: Mein Tod gehört mir? Aus der Reihe Odysso-Wissen entdecken. Sendungsbroschüre mit Information zur Sendung*. Online unter: http://www.swr.de/odysso/-/id=4661528/property=download/nid=1046894/8nham8/Odysso_090326.pdf [Stand:02.05.2010]
62. Tisch, M., Schettlin, J. und Maier, H. (2002): *Patientenzufriedenheit im Krankenhaus*. HNO. 50(1): S. 70-75.
63. Vollmann, J. (2008): *Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven*. Bioethica Forum. 1(1): S. 33-39.
64. Wernstedt, T. und Vollmann, J. (2005): *Das Erlanger klinische Ethikkomitee*. Ethik in der Medizin. (1): S. 44-51.
65. White, J.C., Dunn, P.M. und Homer, L. (1997): *A practical instrument to evaluate ethics consultations*. HEC Forum. 9(3): S. 228-246.
66. Wiesing, U. (2005): *Vom Nutzen und Nachteil der Prinzipienethik für die Medizin*. In: *Prinzipienethik in der Biomedizin*. Rauprich, O. und Steger F (Hrsg.) Campus Verlag, Frankfurt am Main. S. 74-86.
67. Wiesing, U. und Marckmann, G. (2009): *Ein Blick zurück und ein Blick nach vorne*. Ärzteblatt Baden-Württemberg. (1): S. 16-19.
68. Wikipedia (2010): *Ethik*. Online unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Ethik> [Stand:04.05.2010]
69. Yen, B.M. und Schneiderman, L.J. (1999): *Impact of pediatric ethics consultations on patients, families, social workers, and physicians*. Journal of Perinatology. (19): S. 373-378.
70. Zentrale Kommission zur Wahrung Ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission - ZEKO). Online unter: www.zentrale-ethikkommission.de [Stand:05.05.2010]

7 Anhang

Anhang 1a Fragebogen Ärzte – vor Einführung der Ethikvisite

Fragebogen
an Ärzte/Ärztinnen

SLK-Kliniken

Medizinische Klinik | Heilbronn

Liebe Kolleginnen und Kollegen.

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit steht der Patient. Unser Ziel muss es sein neben den notwendigen medizinischen Aspekten auch den Mensch als Ganzes und in diesem Zusammenhang auch die Familie und die nächsten Angehörigen in unser Handeln mit einzubeziehen.

Um dieses Ziel möglichst noch besser zu erreichen werden wir in Kürze eine regelmäßige Ethikvisite auf der Intensivstation initiieren.

Die Ethikvisite ersetzt einmal wöchentlich die normale morgendliche Visite und soll der Abstimmung der Behandlungsziele mit dem Wohlergehen und Willen des Patienten dienen (z.B. Lebensqualität vs. Lebensverlängerung).

Ständige Teilnehmer sind der zuständige Oberarzt, zwei Assistenzärzte, von Seiten der Pflege die Stationsleitung sowie die Bereichspflegekraft und Herr Paoli als Vertreter der Seelsorge.

Da diese Form der Visite einerseits deutlich zeit- und personalaufwändiger ist als eine normale Visite und sie andererseits als eine Art Pilotprojekt bundesweit angesehen werden kann möchten wir den Nutzen gerne evaluieren und diese Erkenntnis anschließend auch veröffentlichen.

Befragt werden die Patienten, deren Angehörige und die Mitarbeiter.

Wir bitten Sie deshalb den folgenden Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich sollen auch „negative“ Einschätzungen entsprechend mitgeteilt werden. Alle Angaben werden anonym ausgewertet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Funktion: Oberarzt / Assistenzarzt/-ärztin / Facharzt: ja / nein

Berufserfahrung: unter 2 Jahren / 2 bis 4 Jahre / über 4 Jahre

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1. Ich habe die Möglichkeit den Patienten als Mensch wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die (anderen) Ärzte reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Kollegen/innen der Pflegeberufe reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meine Zuwendung dem Patienten gegenüber ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin mit meiner Arbeit (für den Patienten) zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin mit der Arbeit der Pflegekräfte am Bett des Patienten zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kenne die Vertrauenspersonen/Angehörigen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
10.	Ich weiß wie die Angehörigen über die Behandlung denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich kenne den (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Der Patientenwille wird ausreichend beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Bei unklarem Patientenwillen wird die Familie in den Entscheidungsprozess einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Die Behandlungsziele orientieren sich am Wohlergehen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Meine Einschätzung zur Situation des Patienten findet Gehör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Meine Meinung zu Therapiebeschränkung und Nutzen von Therapien wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich kenne das Therapieziel bei den von mir betreuten Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Bei Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Therapieziele finden wir meist einen Konsens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Das Denken der Pflege ist für mich nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sollte verbessert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen werden bei uns zum richtigen Zeitpunkt beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu früh beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu spät beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich begrüße die Einführung einer Ethikvisite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich denke die Ethikvisite wird die Patientenorientierung fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen Sie Patienten bzw. Angehörige regelmäßig ob eine Patientenverfügung vorhanden ist ? **Ja** **Nein**

Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?
sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

War der Fragebogen verständlich? **Ja** **Nein**

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an eine Ethikvisite?

Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Ethikvisite?

Was ich noch sagen wollte...

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 1b Fragebogen Ärzte – nach Einführung der Ethikvisite

Fragebogen II an Ärzte/Ärztinnen



Medizinische Klinik | Heilbronn

Liebe Kolleginnen und Kollegen.

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit steht der Patient. Unser Ziel muss es sein neben den notwendigen medizinischen Aspekten auch den Mensch als Ganzes und in diesem Zusammenhang auch die Familie und die nächsten Angehörigen in unser Handeln mit einzubeziehen.

Um dieses Ziel möglichst noch besser zu erreichen haben wir vor etwa einem halben Jahr unsere wöchentliche Ethikvisite ins Leben gerufen.

Ziel war es die Abstimmung der Behandlungsziele mit dem Wohlergehen und Willen des Patienten zu verbessern (z.B. Lebensqualität vs. Lebensverlängerung).

Da diese Form der Visite einerseits deutlich zeit- und personalaufwändiger ist als eine normale Visite und sie andererseits als eine Art Pilotprojekt bundesweit angesehen werden kann, wollten wir den Nutzen gerne evaluieren und diese Erkenntnis anschließend auch veröffentlichen.

Zu diesem Zweck wurden vor Beginn der Ethikvisite bereits einmal Fragebögen verteilt und ausgewertet. Mittlerweile liegen schon einige Termine hinter uns und wir haben versucht die Ethikvisite kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Wir bitten Sie deshalb erneut die folgenden Fragebögen auszufüllen. Bewerten Sie bitte die aktuelle Situation und die Ethikvisite wie sie derzeit stattfindet (*nicht* die zurückliegenden Monate). Selbstverständlich sollen auch „negative“ Einschätzungen entsprechend mitgeteilt werden. Alle Angaben werden anonym ausgewertet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Funktion: Oberarzt / Assistenzarzt/-ärztin / Facharzt: ja / nein

Berufserfahrung: unter 2 Jahren / 2 bis 4 Jahre / über 4 Jahre

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1. Ich habe die Möglichkeit den Patienten als Mensch wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die (anderen) Ärzte reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Kollegen/innen der Pflegeberufe reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meine Zuwendung dem Patienten gegenüber ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin mit meiner Arbeit (für den Patienten) zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin mit der Arbeit der Pflegekräfte am Bett des Patienten zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kenne die Vertrauenspersonen/Angehörigen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
10.	Ich weiß wie die Angehörigen über die Behandlung denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich kenne den (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Der Patientenwille wird ausreichend beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Bei unklarem Patientenwillen wird die Familie in den Entscheidungsprozess einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Die Behandlungsziele orientieren sich am Wohlergehen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Meine Einschätzung zur Situation des Patienten findet Gehör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Meine Meinung zu Therapiebeschränkung und Nutzen von Therapien wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich kenne das Therapieziel bei den von mir betreuten Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Bei Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Therapieziele finden wir meist einen Konsens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Das Denken der Pflege ist für mich nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sollte verbessert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen werden bei uns zum richtigen Zeitpunkt beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu früh beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu spät beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich begrüße die Einführung der Ethikvisite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich denke die Ethikvisite fördert die Patientenorientierung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen Sie Patienten bzw. Angehörige regelmäßig ob eine Patientenverfügung vorhanden ist ? **Ja** **Nein**

Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?

sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

Zusatzfragebogen

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
26. Der Umfang der ethischen Empfehlung im Rahmen der Ethikvisite ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Verantwortlichkeiten sind klar erkennbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Alle Teilnehmer kommen ausreichend zu Wort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Medizinische Fragen werden ebenfalls ausreichend geklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Der Nutzen der Ethikvisite rechtfertigt den höheren Zeit- und Personalaufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Die Ethikvisite hat die Visitengewohnheiten insgesamt (also auch an anderen Tagen) verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Seit Einführung der Ethikvisite setze ich mich mehr mit dem Patientenwillen auseinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Meine Erwartungen und Wünsche an die Ethikvisite haben sich erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Erwartungen und Wünsche blieben unerfüllt?

Bestehen Bedenken bezüglich der Ethikvisite

(z.B. Wille/Wohlergehen des Patienten werden nicht ausreichend oder nicht richtig berücksichtigt)?

Nein

Ja

falls Ja: Welche?

Wie beurteilen Sie die Ethikvisite insgesamt?

sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

Soll die wöchentliche Ethikvisite fortgeführt werden?

Ja, in ihrer jetzigen oder in ähnlicher Form.

Ja, aber nur in wesentlich geänderter Form.

Nein, die Ethikvisite sollte am Besten ganz eingestellt werden.

Zur Verbesserung der Ethikvisite schlage ich vor:

Waren die Fragebögen verständlich? **Ja** **Nein**

Was ich noch sagen wollte...

Herzlichen Dank für die Teilnahme!

Anhang 2a Fragebogen Pflege – vor Einführung der Ethikvisite

Fragebogen an Mitarbeiter der Pflegeberufe



Medizinische Klinik | Heilbronn

Liebe Kolleginnen und Kollegen.

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit steht der Patient. Unser Ziel muss es sein neben den notwendigen medizinischen Aspekten auch den Mensch als Ganzes und in diesem Zusammenhang auch die Familie und die nächsten Angehörigen in unser Handeln mit einzubeziehen.

Um dieses Ziel möglichst noch besser zu erreichen werden wir in Kürze eine regelmäßige Ethikvisite auf der Intensivstation initiieren.

Die Ethikvisite ersetzt einmal wöchentlich die normale morgendliche Visite und soll der Abstimmung der Behandlungsziele mit dem Wohlergehen und Willen des Patienten dienen (z.B. Lebensqualität vs. Lebensverlängerung).

Ständige Teilnehmer sind der zuständige Oberarzt, zwei Assistenzärzte, von Seiten der Pflege die Stationsleitung sowie die Bereichspflegekraft und Herr Paoli als Vertreter der Seelsorge.

Da diese Form der Visite einerseits deutlich zeit- und personalaufwändiger ist als eine normale Visite und sie andererseits als eine Art Pilotprojekt bundesweit angesehen werden kann möchten wir den Nutzen gerne evaluieren und diese Erkenntnis anschließend auch veröffentlichen.

Befragt werden die Patienten, deren Angehörige und die Mitarbeiter.

Wir bitten Sie deshalb den folgenden Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich sollen auch „negative“ Einschätzungen entsprechend mitgeteilt werden. Alle Angaben werden anonym ausgewertet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Funktion: Krankenschwester/-pfleger **I-Kurs:** ja / nein Schüler/-in

Arbeitszeit: **Vollzeit** / **Teilzeit:** 75% bis 95% / 50 bis 70% / unter 50%

Berufserfahrung: unter 5 Jahre / 5 bis 15 Jahre / über 15 Jahre

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1.	Ich habe die Möglichkeit den Patienten als Mensch wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die (anderen) Schwestern und Pfleger reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Kollegen/innen der Ärzteschaft reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Meine Zuwendung dem Patienten gegenüber ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich bin mit meiner Arbeit (für den Patienten) zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich bin mit der Arbeit der Ärzte am Bett des Patienten zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
9.	Ich kenne die Vertrauenspersonen/Angehörigen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich weiß wie die Angehörigen über die Behandlung denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich kenne den (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Der Patientenwille wird ausreichend beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Bei unklarem Patientenwillen wird die Familie in den Entscheidungsprozess einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Die Behandlungsziele orientieren sich am Wohlergehen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Meine Einschätzung zur Situation des Patienten findet Gehör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Meine Meinung zu Therapiebeschränkung und Nutzen von Therapien wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich kenne das Therapieziel bei den von mir betreuten Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Bei Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Therapieziele finden wir meist einen Konsens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Das Denken der Ärzte ist für mich nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Es ist notwendig die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen werden bei uns zum richtigen Zeitpunkt beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu früh beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu spät beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich begrüße die Einführung einer Ethikvisite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich denke die Ethikvisite wird die Patientenorientierung fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen Sie Patienten bzw. Angehörige regelmäßig ob eine Patientenverfügung vorhanden ist ? **Ja** **Nein**

Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?
sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

War der Fragebogen verständlich? **Ja** **Nein**

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an eine Ethikvisite?

Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Ethikvisite?

Was ich noch sagen wollte...

Herzlichen Dank für die Teilnahme!

Fragebogen II
an Mitarbeiter der Pflegeberufe

Liebe Kolleginnen und Kollegen.

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit steht der Patient. Unser Ziel muss es sein neben den notwendigen medizinischen Aspekten auch den Mensch als Ganzes und in diesem Zusammenhang auch die Familie und die nächsten Angehörigen in unser Handeln mit einzubeziehen.

Um dieses Ziel möglichst noch besser zu erreichen haben wir vor etwa einem halben Jahr unsere wöchentliche Ethikvisite ins Leben gerufen.

Ziel war es die Abstimmung der Behandlungsziele mit dem Wohlergehen und Willen des Patienten zu verbessern (z.B. Lebensqualität vs. Lebensverlängerung).

Da diese Form der Visite einerseits deutlich zeit- und personalaufwändiger ist als eine normale Visite und sie andererseits als eine Art Pilotprojekt bundesweit angesehen werden kann, wollten wir den Nutzen gerne evaluieren und diese Erkenntnis anschließend auch veröffentlichen.

Zu diesem Zweck wurden vor Beginn der Ethikvisite bereits einmal Fragebögen verteilt und ausgewertet. Mittlerweile liegen schon einige Termine hinter uns und wir haben versucht die Ethikvisite kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Wir bitten Sie deshalb erneut die folgenden Fragebögen auszufüllen. Bewerten Sie bitte die aktuelle Situation und die Ethikvisite wie sie derzeit stattfindet (*nicht* die zurückliegenden Monate). Selbstverständlich sollen auch „negative“ Einschätzungen entsprechend mitgeteilt werden. Alle Angaben werden anonym ausgewertet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Funktion: Krankenschwester/-pfleger **I-Kurs:** ja nein Schüler/-in
 Arbeitszeit: **Vollzeit** **Teilzeit:** 75% bis 95% 50 bis 70% unter 50%
 Berufserfahrung: unter 5 Jahre 5 bis 15 Jahre über 15 Jahre

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1.	Ich habe die Möglichkeit den Patienten als Mensch wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die (anderen) Schwestern und Pfleger reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Kollegen/innen der Ärzteschaft reduzieren den Patienten auf rein medizinische Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Meine Zuwendung dem Patienten gegenüber ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Für die Auseinandersetzung mit den Problemen meiner Patienten habe ich ausreichend Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich bin mit meiner Arbeit (für den Patienten) zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich bin mit der Arbeit der Ärzte am Bett des Patienten zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
9.	Ich kenne die Vertrauenspersonen/Angehörigen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich weiß wie die Angehörigen über die Behandlung denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich kenne den (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Der Patientenwille wird ausreichend beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Bei unklarem Patientenwillen wird die Familie in den Entscheidungsprozess einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Die Behandlungsziele orientieren sich am Wohlergehen des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Meine Einschätzung zur Situation des Patienten findet Gehör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Meine Meinung zu Therapiebeschränkung und Nutzen von Therapien wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich kenne das Therapieziel bei den von mir betreuten Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Bei Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Therapieziele finden wir meist einen Konsens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Das Denken der Ärzte ist für mich nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Es ist notwendig die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen werden bei uns zum richtigen Zeitpunkt beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu früh beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Lebensverlängernde Maßnahmen werden bei uns eher zu spät beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich begrüße die Einführung der Ethikvisite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich denke die Ethikvisite fördert die Patientenorientierung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen Sie Patienten bzw. Angehörige regelmäßig ob eine Patientenverfügung vorhanden ist ? **Ja** **Nein**

Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?
sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

Zusatzfragebogen

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
26. Der Umfang der ethischen Empfehlung im Rahmen der Ethikvisite ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Verantwortlichkeiten sind klar erkennbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Alle Teilnehmer kommen ausreichend zu Wort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Medizinische Fragen werden ebenfalls ausreichend geklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Der Nutzen der Ethikvisite rechtfertigt den höheren Zeit- und Personalaufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Die Ethikvisite hat die Visitengewohnheiten insgesamt (also auch an anderen Tagen) verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Seit Einführung der Ethikvisite setze ich mich mehr mit dem Patientenwillen auseinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Meine Erwartungen und Wünsche an die Ethikvisite haben sich erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Erwartungen und Wünsche blieben unerfüllt?

Bestehen Bedenken bezüglich der Ethikvisite

(z.B. Wille/Wohlergehen des Patienten werden nicht ausreichend oder nicht richtig berücksichtigt)?

Nein

Ja

falls Ja: Welche?

Wie beurteilen Sie die Ethikvisite insgesamt?

sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

Soll die wöchentliche Ethikvisite fortgeführt werden?

Ja, in ihrer jetzigen oder in ähnlicher Form.

Ja, aber nur in wesentlich geänderter Form.

Nein, die Ethikvisite sollte am Besten ganz eingestellt werden.

Zur Verbesserung der Ethikvisite schlage ich vor:

Waren die Fragebögen verständlich? **Ja** **Nein**

Was ich noch sagen wollte...

Herzlichen Dank für die Teilnahme!

Anhang 3a Fragebogen Patienten – vor Einführung der Ethikvisite

Fragebogen an unsere Patienten



Medizinische Klinik I Heilbronn

Liebe Patientin, lieber Patient.

Sie stehen im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit. Dabei möchten wir nicht nur Ihre Krankheit unter medizinischen Gesichtspunkten betrachten, sondern auch auf Ihre persönlichen Bedürfnisse als Mensch eingehen. Auch Ihre nächsten Angehörigen versuchen wir bestmöglich mit einzubeziehen.

Zur Beurteilung ob uns dies gelingt bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen.

Wir sind uns bewusst, dass Ihre Krankheit eine sehr belastende Situation darstellt, umso mehr sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie sich die Zeit nehmen unsere Fragen zu beantworten. Wir sind für Lob und Kritik gleichermaßen offen.

Bitte bewerten Sie nur die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation.

Alle Angaben werden anonym ausgewertet und lassen keinen Rückschluss mehr auf Sie zu.

Verweildauer auf Intensivstation: unter 7 Tagen / 7 bis 14 Tage / über 14 Tage

Geschlecht: M / W

Alter: unter 50 / 50 bis 59 / 60 bis 69 / 70 bis 79 / 80 bis 89 / 90 und älter

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1. Es wurde mit mir gesprochen, nicht nur über mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe mich getraut Fragen zu stellen und Wünsche zu äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Fragen wurden umfassend und verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erhielt von unterschiedlichen Personen (Arzt, Pflegefachperson, etc.) übereinstimmende Informationen über meinen Zustand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Behandlungswünsche wurden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bei anstehenden Entscheidungen wurde ich ausreichend unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mit dem Umfang der Informationen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die einzelnen Behandlungsschritte wurden mir <u>emfühsam</u> erläutert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Meine Angehörigen kennen meine Einstellung zu Krankheit, Sterben und Tod genau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich wünsche, dass meine Angehörigen in Therapieentscheidungen einbezogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich hatte Vertrauen zu den Schwestern und Pflegern auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
12. Ich hatte Vertrauen zu den Ärzten auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Meine Probleme und Nöte wurden ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Ärzte waren da, wenn ich sie brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Pflegekräfte waren da, wenn ich sie brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich fühlte mich als Mensch verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ärzte und Pflegekräfte gingen gewissenhaft und respektvoll mit mir um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Ärzte waren freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Pflegekräfte waren freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Der Seelsorger hat mich gut begleitet und unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Das Verhalten des Personals war kompetent und professionell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Die verschiedenen Mitarbeiter arbeiteten gut zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mit der Behandlung war ich in Bezug auf Durchführung und Dauer zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Es wurde auf Äußerungen wegen Schmerz, Angst, Atemnot, Durst reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation kann ich weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie nach einer Patientenverfügung gefragt?

Ja **Nein**

Besitzen Sie eine Patientenverfügung?

Ja **Nein**

Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?

sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

War der Fragebogen für Sie verständlich?

Ja **Nein**

Was hat Ihnen gut gefallen?

Was hätten Sie bei der Behandlung auf unserer Station anders gewünscht?

Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten...

Bitte werfen Sie (oder Ihre Angehörigen) den Fragebogen in den Briefkasten am Eingang der Medizinischen Intensivstation, die Anonymität wird so gewahrt.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 3b Fragebogen Patienten – nach Einführung der Ethikvisite

Fragebogen an unsere Patienten



Medizinische Klinik I Heilbronn

Liebe Patientin, lieber Patient.

Sie stehen im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit. Dabei möchten wir nicht nur Ihre Krankheit unter medizinischen Gesichtspunkten betrachten, sondern auch auf Ihre persönlichen Bedürfnisse als Mensch eingehen. Auch Ihre nächsten Angehörigen versuchen wir bestmöglich mit einzubeziehen.

Zur Beurteilung ob uns dies gelingt bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen.

Wir sind uns bewusst, dass Ihre Krankheit eine sehr belastende Situation darstellt, umso mehr sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie sich die Zeit nehmen unsere Fragen zu beantworten. Wir sind für Lob und Kritik gleichermaßen offen.

Bitte bewerten Sie nur die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation.

Alle Angaben werden anonym ausgewertet und lassen keinen Rückschluss mehr auf Sie zu.

Verweildauer auf Intensivstation: unter 7 Tagen / 7 bis 14 Tage / über 14 Tage

Geschlecht: M / W

Alter: unter 50 / 50 bis 59 / 60 bis 69 / 70 bis 79 / 80 bis 89 / 90 und älter

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1. Es wurde mit mir gesprochen, nicht nur über mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe mich getraut Fragen zu stellen und Wünsche zu äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Fragen wurden umfassend und verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erhielt von unterschiedlichen Personen (Arzt, Pflegefachperson, etc.) übereinstimmende Informationen über meinen Zustand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Behandlungswünsche wurden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bei anstehenden Entscheidungen wurde ich ausreichend unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mit dem Umfang der Informationen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die einzelnen Behandlungsschritte wurden mir <u>emfühl</u> sam erläutert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Meine Angehörigen kennen meine Einstellung zu Krankheit, Sterben und Tod genau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich wünsche, dass meine Angehörigen in Therapieentscheidungen einbezogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich hatte Vertrauen zu den Schwestern und Pflegern auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
12. Ich hatte Vertrauen zu den Ärzten auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Meine Probleme und Nöte wurden ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Ärzte waren da, wenn ich sie brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Pflegekräfte waren da, wenn ich sie brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich fühlte mich als Mensch verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ärzte und Pflegekräfte gingen gewissenhaft und respektvoll mit mir um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Ärzte waren freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Pflegekräfte waren freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Der Seelsorger hat mich gut begleitet und unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Das Verhalten des Personals war kompetent und professionell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Die verschiedenen Mitarbeiter arbeiteten gut zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mit der Behandlung war ich in Bezug auf Durchführung und Dauer zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Es wurde auf Äußerungen wegen Schmerz, Angst, Atemnot, Durst reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation kann ich weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wurden Sie auf die wöchentliche Ethikvisite (zur besonderen Berücksichtigung der Patientenwünsche) aufmerksam ? **Ja** **Nein**
- Wurden Sie nach einer Patientenverfügung gefragt? **Ja** **Nein**
- Besitzen Sie eine Patientenverfügung? **Ja** **Nein**
- Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?
sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft
- War der Fragebogen für Sie verständlich? **Ja** **Nein**
- Was hat Ihnen gut gefallen?

Was hätten Sie bei der Behandlung auf unserer Station anders gewünscht?

Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten...

Bitte werfen Sie (oder Ihre Angehörigen) den Fragebogen in den Briefkasten am Eingang der Medizinischen Intensivstation, die Anonymität wird so gewahrt.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 4a Fragebogen Angehörige – vor Einführung der Ethikvisite

Fragebogen an Angehörige unserer Patienten



Medizinische Klinik | Heilbronn

Liebe Angehörige unserer Patienten,
im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit steht der Patient. Unser Ziel ist es neben den notwendigen medizinischen Aspekten auch den Mensch als Ganzes und in diesem Zusammenhang auch die Familie und die nächsten Angehörigen in unsere Entscheidungen mit einzubeziehen.
Zur Beurteilung, ob uns dies gelingt, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen.
Wir sind uns bewusst, dass die Krankheit Ihres Angehörigen für Sie alle eine belastende Situation darstellt, umso mehr sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie sich die Zeit nehmen unsere Fragen zu beantworten. Wir sind für Lob und Kritik gleichermaßen offen.
Alle Angaben werden anonym ausgewertet und lassen keinen Rückschluss auf den Patienten oder Sie zu. - Bitte bewerten Sie nur die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation.

Beziehung zum Patienten: Ehepartner / Kind / Elternteil / Bruder/Schwester
Lebenspartner / anders verwandt / nicht verwandt

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1. Es wurde nicht nur über den Patienten gesprochen, sondern auch mit ihm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich konnte ausreichend Fragen stellen und Wünsche äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Fragen wurden umfassend und verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erhielt von unterschiedlichen Personen (Arzt, Pflegefachperson, etc.) übereinstimmende Informationen über den Zustand des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Patientenwille wurde ausreichend beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich wurde in anstehende Entscheidungen über die Weiterbehandlung einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im Entscheidungsprozess wurde ich ausreichend unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die einzelnen Behandlungsschritte wurden <u>einfühlsam</u> mitgeteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kenne die Einstellung des Patienten über Alter, Sterben und Tod genau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mit dem Umfang der Informationen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich hatte Vertrauen zu den Schwestern und Pflegeern auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden »

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
12. Ich hatte Vertrauen zu den Ärzten auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühlte mich als Angehöriger verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich fühlte den Patienten in sicheren Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ärzte gingen freundlich mit Patient und Angehörigen um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pflegekräfte gingen freundlich mit Patient und Angehörigen um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Pflegekräfte waren verfügbar, wenn ich sie zu sprechen wünschte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Ärzte waren verfügbar, wenn ich sie zu sprechen wünschte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Der Seelsorger hat uns gut begleitet und unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Das Verhalten des Personals war kompetent und professionell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mit der Behandlung war ich in Bezug auf Durchführung und Dauer zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es wurde auf Äußerungen wegen Schmerz, Angst, Atemnot, Durst reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation kann ich weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie gefragt ob eine Patientenverfügung vorhanden ist ? **Ja** **Nein**

Hat der Patient eine Patientenverfügung? **Ja** **Nein**

Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?

sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

War der Fragebogen für Sie verständlich? **Ja** **Nein**

Was hat Ihnen gut gefallen?

Was hätten Sie sich bei der Behandlung auf unserer Station anders gewünscht?

Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten...

Bitte werfen Sie den Fragebogen in den Briefkasten am Eingang der Medizinischen Intensivstation, die Anonymität wird so gewahrt. Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Fragebogen
an Angehörige unserer Patienten



Medizinische Klinik | Heilbronn

Liebe Angehörige unserer Patienten,
im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit steht der Patient. Unser Ziel ist es neben den notwendigen medizinischen Aspekten auch den Mensch als Ganzes und in diesem Zusammenhang auch die Familie und die nächsten Angehörigen in unsere Entscheidungen mit einzubeziehen.
Zur Beurteilung, ob uns dies gelingt, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen.
Wir sind uns bewusst, dass die Krankheit Ihres Angehörigen für Sie alle eine belastende Situation darstellt, umso mehr sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie sich die Zeit nehmen unsere Fragen zu beantworten. Wir sind für Lob und Kritik gleichermaßen offen.
Alle Angaben werden anonym ausgewertet und lassen keinen Rückschluss auf den Patienten oder Sie zu. - Bitte bewerten Sie nur die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation.

Beziehung zum Patienten: Ehepartner / Kind / Elternteil / Bruder/Schwester
Lebenspartner / anders verwandt / nicht verwandt

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
1. Es wurde nicht nur über den Patienten gesprochen, sondern auch mit ihm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich konnte ausreichend Fragen stellen und Wünsche äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Fragen wurden umfassend und verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erhielt von unterschiedlichen Personen (Arzt, Pflegefachperson, etc.) übereinstimmende Informationen über den Zustand des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Patientenwille wurde ausreichend beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich wurde in anstehende Entscheidungen über die Weiterbehandlung einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im Entscheidungsprozess wurde ich ausreichend unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die einzelnen Behandlungsschritte wurden <u>einfühlsam</u> mitgeteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kenne die Einstellung des Patienten über Alter, Sterben und Tod genau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mit dem Umfang der Informationen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich hatte Vertrauen zu den Schwestern und Pflegeern auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden »

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Aus- sage
12. Ich hatte Vertrauen zu den Ärzten auf der Medizinischen Intensivstation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühlte mich als Angehöriger verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich fühlte den Patienten in sicheren Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ärzte gingen freundlich mit Patient und Angehörigen um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pflegekräfte gingen freundlich mit Patient und Angehörigen um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Pflegekräfte waren verfügbar, wenn ich sie zu sprechen wünschte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Ärzte waren verfügbar, wenn ich sie zu sprechen wünschte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Der Seelsorger hat uns gut begleitet und unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Das Verhalten des Personals war kompetent und professionell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mit der Behandlung war ich in Bezug auf Durchführung und Dauer zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es wurde auf Äußerungen wegen Schmerz, Angst, Atemnot, Durst reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Die Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation kann ich weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie auf die wöchentliche Ethikvisite (zur besonderen Berücksichtigung der Patientenwünsche) aufmerksam oder wurde Ihnen darüber berichtet ? **Ja** **Nein**

Wurden Sie gefragt ob eine Patientenverfügung vorhanden ist ? **Ja** **Nein**

Hat der Patient eine Patientenverfügung? **Ja** **Nein**

Wie beurteilen Sie die Betreuung auf der Intensivstation insgesamt?
sehr gut /gut /befriedigend /ausreichend /mangelhaft

War der Fragebogen für Sie verständlich? **Ja** **Nein**

Was hat Ihnen gut gefallen?

Was hätten Sie sich bei der Behandlung auf unserer Station anders gewünscht?

Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten...

Bitte werfen Sie den Fragebogen in den Briefkasten am Eingang der Medizinischen Intensivstation, die Anonymität wird so gewahrt. Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 5 Checkliste Ethikvisite

Checkliste für Ethikvisite

Vor Betreten des Zimmers zu klären	
<ol style="list-style-type: none">1. Bestehen bei einem Patienten ethische Bedenken (Bauchweh) in Bezug auf:<ul style="list-style-type: none">○ aktuelle Diagnose / Therapiemaßnahmen / Behandlungszielen / Entscheidungen?2. Wie sieht die Prognose hinsichtlich Überlebenschancen, verbleibende Lebensqualität aus?<ul style="list-style-type: none">○ Weist die augenblickliche Prognose auf eine mögliche ethische Konfliktlage in naher Zukunft hin?○ Sollte über Behandlungsalternativen oder Therapiezieländerungen nachgedacht werden?3. Ist der Patientenwille bekannt? (z.B.: Ist PV, V oder BV vorhanden?)<ul style="list-style-type: none">○ Gibt es einen Bevollmächtigten oder Betreuer?○ Sofern Patientenwille nicht bekannt: Wie könnte der mutmaßliche Wille des Patienten lauten?4. Sind vertraute Bezugspersonen bekannt?5. Ist der Patient fürsorglich in einer Familie oder einem Freundeskreis eingebunden?<ul style="list-style-type: none">○ Wie wirken sich die Behandlungsoptionen auf diese aus?○ Wenn Unzumutbarkeit besteht: Gibt es entsprechende Hilfseinrichtungen? (Sozialdienst hinzuziehen)	
Im Zimmer	
<ol style="list-style-type: none">1. Erfragung von Patientenwünschen2. Klärung des Patientenwillens (sofern offen)3. Klärung offener Fragen	
Im Zimmer / nach der Ethikvisite	
<ol style="list-style-type: none">1. Handlungsempfehlung<ul style="list-style-type: none">○ Welche Handlungsempfehlung ergibt sich (mutmaßlich) aus der Perspektive des Patienten / steht am meisten in Übereinstimmung mit dessen Wertvorstellungen?○ Wird, abhängig vom weiteren Behandlungsverlauf, eine Therapiebegrenzung, Therapiezieländerung, eine VaW oder eine Maximaltherapie erwogen?2. Bei Dissens oder Unklarheit:<ul style="list-style-type: none">○ Wie soll weiter verfahren werden?○ Soll eine ethisches Konsil einberufen werden?3. Sind weitere Diagnostik, Konsile, Einholung von Informationen für eine Entscheidung notwendig?<ul style="list-style-type: none">○ Entsprechende Aufträge erteilen.	
Beschluss schriftlich festhalten	
Ist ein gesonderter Gesprächstermin erforderlich?	Datum:

Anhang 6 Ethikvisitendokumentation (Fallbeispiel)

Ethikvisite (07.04.2010)			
NN: R*****, K*****	* 01.01.28	Aufn.: 03.04.10	Anzahl EV: 1 Platz: 7
<p>Ethische Konflikte</p> <p>Klärung des Patientenwillens. Eventuelle Unstimmigkeiten mit den Wünschen / Forderungen sind zu klären.</p>			
<p>Persönliche/familiäre Situation und sonstige relevante Fakten</p> <p>Spricht griechisch, gewisse Sprachbarrieren vorhanden, jedoch nach Aussagen der Pflege vermag sie sich und ihre Wünsche durchaus auf Deutsch verständlich zu machen.</p> <p>Pat. verfügt auch ansonsten über eine eingeschränkte Lebensqualität (2 Schläuche für Nierendrainage)</p>			
<p>Medizinische Fakten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eth. relevante Fakten / Krankheitsverlauf: Hyperglykämische Entgleisung mit Prä-Koma, fragliche Demenz; Dialysepflichtig (was Pat in letzter Zeit immer wieder ablehnte, danach aber wohl doch wollte(?), es gibt Hinweise, dass Pat. die Dialyse auch bei vollem Bewusstsein (bei voller Entscheidungsfähigkeit) abgelehnt hat. Lehnt wohl auch bereits seit Jahren die Insulinbehandlung ab. • Optionen / Risikoabschätzung / Prognose: Unklar, ob Dialyse weitergeführt werden soll • Planung: Heute: Psychiatrisches Konsil, Morgen: ethisches Konsil 			
<p>Anordnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • VaW / Therapiebegrenzungen: VaW-Bogen mit Sohn ausgefüllt • Freiheitsentziehende Maßnahmen (Art): nein • Grund / (Fort-) Dauer / Genehmigung: - 			
<p>Patientenautonomie: PV: Nein V: Nein BV: Nein Betreuer: beantragt (am besten gesetzlichen Betreuer) Anm.: -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechbarkeit: gegeben Orientierung: häufig delirant Kooperation: • Allg. subjektive Befindlichkeit: • Patientenwille, Einstellung zu / Umgang mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit, etc.: Nach Auskunft der Pflege sagte die Pat. deutlich, dass sie keine Behandlung wünsche und sterben möchte. • Aufklärungssituation: mehrere kürzere Gespräche • Wünsche (allg.): unsicher da widersprüchlich (s.o.) 			
<p>Angehörige /Kontakte (mit jeweiligen Einstellungen): Sohn: Die Auskünfte und Wünsche des Sohnes sind oft widersprüchlich, lassen so wohl kaum Rückschlüsse auf den tatsächlichen Patientenwillen zu. Unklar, ob seine Forderungen / Wünsche dem Willen der Mutter entsprechen. Ansonsten: Schwiegertochter</p> <ul style="list-style-type: none"> • bisher besucht von: • besonders vertraute Person: 			
<p>Datenschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> • An wen dürfen Auskünfte gegeben werden / an wen nicht? 			
<p>Aufträge</p> <p>Heute: Psych. Konsil (Dolmetscher/Übersetzer vom Haus bereithalten); morgen: Ethisches Konsil</p>			

8 Danksagung

Ich möchte mich bei allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, bedanken.

Besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Marcus Hennersdorf für die Bereitstellung des Themas und die Möglichkeit zur Durchführung der Untersuchung in der Medizinischen Klinik I.

Meinem Betreuer Dr. Urs Riemann danke ich für die vielen Ideen, das in mich gesetzte Vertrauen und die wohltuend motivierenden Worte. Durch die gute Zusammenarbeit, die gemeinsame Erstellung der Fragebögen und Weiterentwicklung der Ethikvisite sowie die vielfältige Rückmeldung bei der Erstellung des Manuskriptes hat er maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Herrn Adriano Paoli gilt meine Anerkennung für die hervorragende Anpassung und Umsetzung des Konzeptes der Ethikvisite sowie mein Dank für die ebenfalls gute Zusammenarbeit und große Hilfsbereitschaft.

Herr Prof. Dr. med. Georg Marckmann hat mir hilfreiche Dienste bei der Planung der Untersuchung und bei der Erstellung der Fragebögen erwiesen, hierfür ebenfalls vielen Dank.

Den Kolleginnen und Kollegen und dem gesamten Pflegepersonal der Medizinischen Intensivstation bin ich verbunden für die Offenheit gegenüber der Ethikvisite, die Verbesserungsvorschläge, die Ausgabe der Fragebögen und für die eigene Teilnahme an der Studie. Besonderer Dank gilt Herrn Kurt Mauser, Stationsleitung der Medizinischen Intensivstation, für die integrative Funktion und die gewährte Unterstützung.

Angehörigen und Patienten danke ich für Bearbeitung und Rückgabe der Fragebögen.

Eine wertvolle Hilfe waren Dr. Andreas Möltner, mit seinen Ausführungen zu statistischen Fragen und Frau Daniela Steger, die stilistische Korrekturen am Manuskript vornahm.

Die Danksagungen dürfen nicht schließen ohne besondere Erwähnung meiner Frau Kathrin, unserer Tochter Helena und meiner übrigen Familie. Sie alle haben mich während der gesamten Zeit selbstlos unterstützt und waren mir die wichtigste Hilfe. Ihnen sei diese Arbeit gewidmet.

9 Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum 21. Februar 1979
Geburtsort Bad Mergentheim

Schulbildung

1985 – 1989 Grundschule
1989 – 1998 Martin-Schleyer-Gymnasium Lauda (Allgemeine Hochschulreife)

Wehrdienst

1998 – 1999 2./ Fernmeldebataillon 230 in Dillingen an der Donau

Studium

1999 – 2005 Humanmedizin Bayerische Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Approbation als Arzt
2008 – 2010 Promotionsstudium Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Beruf

seit 2005 Assistenzarzt SLK Kliniken Heilbronn, Medizinische Klinik I -
(Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Internistische Intensivmedizin)
2008 Zusatzbezeichnung Notfallmedizin