

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Leitung: Professor Dr. Stefan Wilm

Welche Eigenschaften und Situationen von Patient*innen auf der
Intensivstation führen zu einer Anfrage der Mitbehandlung durch die
spezialisierte Palliativmedizin durch betreuende Pflegekräfte und in
wie weit werden diese als sinnvolle Triggerfaktoren anerkannt?
Eine Mixed-Methods-Studie mit Instrumentenentwicklung

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Public Health der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Manuela Schallenburger
2022

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

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt

Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Dr. PH Andrea Icks

Just for you two (three) and you know it.

Zusammenfassung

Trotz Unterschiede in Therapiezielen und –maßnahmen, können Patient*innen der Palliativ- und Intensivmedizin ähnliche Bedürfnisse im Sinne der Symptomkontrolle, würdevollen Versorgung und Entscheidungsfindungen haben. Die Identifizierung der Patient*innen auf einer Intensivstation, die zur Zielgruppe einer Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin gehören ist jedoch schwierig. Um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen, wurden im internationalen Raum sogenannte Triggerfaktoren entwickelt und teilweise validiert, die das Hinzuziehen eines palliativmedizinischen Dienstes auslösen sollen. In Deutschland wurde die Akzeptanz solcher Triggerfaktoren unter Intensivmediziner*innen überprüft. Pflegende sind aufgrund ihrer Tätigkeit nah an den Betroffenen, können Veränderungen unter Umständen früher wahrnehmen und von Wünschen und Bedürfnissen erfahren. Die Perspektive von Intensivpflegenden ist daher für Entscheidungsfindungsprozesse unerlässlich.

Um auch von ihnen zu erfahren, was sie dazu bringen würden, einen palliativmedizinischen Dienst hinzuzuziehen, wurden zunächst Fokusgruppeninterviews mit Intensivpflegenden geführt. Aus den Ergebnissen wurde ein Fragebogen entwickelt, der nach einem Pretest mit kognitiven Interviews und einer ersten Pilotierung in einer kleinen Gruppe der Zielgruppe für weitere Studien genutzt werden kann.

In der qualitativen Auswertung von sechs multizentrischen Fokusgruppen mit Intensivpflegenden verschiedener Fachbereiche konnten vier Hauptkategorien (Prognose, Beziehungsebene, Angehörige, Patienten) mit jeweils drei bis 15 Subkategorien gebildet werden. Es werden Situationen beschrieben, die die Schwere der Erkrankung, das therapeutische Vorgehen, die Kommunikation untereinander und mit den Betroffenen sowie Eigenschaften von Patient*innen und Angehörigen benennen. Auf der Beziehungsebene konnte ein Konflikt in der Zusammenarbeit von Ärzt*innen und Pflegenden identifiziert werden. Der entstandene Fragebogen besteht aus 32 Items plus einer offenen Frage, in der weitere zuvor nicht genannte Triggerfaktoren benannt werden können.

In sechs kognitiven Interviews mit den Methoden Paraphrasieren, Nachfragen und lautem Denken konnten vier Items gefiltert werden, die zum besseren Verständnis umformuliert wurden. 23 von 30 Fragebögen wurden in der Pilotierung, in der die Nutzbarkeit des Fragebogens bestätigt werden konnte, ausgefüllt und abgegeben. Auch eine erste Auswertung war möglich. Diese zeigte, dass 30 der 32 Items von mehr als 50% der Befragten als Trigger gesehen wurden.

Der Fragebogen sollte noch an einer repräsentativen Kohorte zur Anwendung kommen. Die Ergebnisse der Pilotierung weisen darauf hin, dass Pflegende Triggerfaktoren zur Identifizierung von Intensivpatient*innen mit palliativen Bedürfnissen sehen und diese anwenden möchten.

Summary

Despite differences in therapeutic goals and interventions, palliative and intensive care patients may have similar needs in terms of symptom control, dignified care and decision-making. However, the identification of patients in an ICU who belong to the target group for shared treatment by specialised palliative care is difficult. In order to facilitate cooperation, so-called trigger factors have been developed and partially validated in the international community, which are intended to trigger the involvement of a palliative care specialist. In Germany, the acceptance of such trigger factors among intensive care physicians was examined. Due to their work, nurses are close to those affected and may be able to perceive changes earlier and learn about wishes and needs. The perspective of intensive care nurses is therefore essential for decision-making processes.

In order to also hear from them what would lead them to involve a palliative care service, focus group interviews were first conducted with intensive care nurses. A questionnaire was developed from the results, which can be used for further studies after a pretest with cognitive interviews and an initial piloting in a small group of the target group.

In the qualitative evaluation of six multicentre focus groups with intensive care nurses from different disciplines, four main categories (prognosis, relationship level, relatives, patients) with three to 15 subcategories each could be formed. Situations are described that specify the severity of the disease, the therapeutic procedure, the communication with each other and with the affected persons as well as characteristics of patients and relatives. On the relationship level, a conflict in the cooperation between doctors and nurses was identified. The resulting questionnaire consists of 32 items plus an open question in which further previously not mentioned trigger factors can be named.

In six cognitive interviews using the methods of paraphrasing, questioning and thinking aloud, four items could be filtered, which were reformulated for better understanding. 23 of 30 questionnaires were completed and handed in during the piloting, in which the usability of the questionnaire could be confirmed. A first evaluation was also possible. This showed that 30 of the 32 items were seen as triggers by more than 50% of the respondents.

The questionnaire should still be used on a representative cohort. The results of the pilot indicate that nurses see trigger factors for identifying ICU patients with palliative needs and would like to use them.

Inhalt

Zusammenfassung	I
Summary	II
1. Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Ziele der Arbeit	9
1.3 Literaturrecherche - theoretischer Rahmen	9
2. Material und Methoden	12
2.1 Methode qualitativer Teil	13
2.2 Entwicklung des Fragebogens	18
2.3 Gütekriterien	23
2.4 Ethikvotum	25
3. Ergebnisse	26
3.1 Ergebnisse qualitativer Teil	26
3.2 Ergebnisse Fragebogenentwicklung	49
4. Diskussion	65
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	65
4.2 Prognose	66
4.3 Beziehungsebene	68
4.4 Angehörige	69
4.5 Patient*innen	71
4.6 Vergleich Pflegende und Ärzt*innen	72
4.7 Diskussion des herausgestellten Konflikts	74
4.8 Stärken und Schwächen	75
4.9 Fazit	77
4.10 Ausblick	78
5. Literatur	80
6. Anhang	86
6.1 Interviewleitfaden	86
6.2 einfache Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2011)	87

6.3 Fallzusammenfassungen Fokusgruppen	88
6.4 Definition Hauptkategorien	93
6.5 Definition Subkategorien	95
6.6 Leitfaden und angewandte Techniken der kognitiven Interviews	98
6.7 Fragebogen zur Pilotierung	104
6.8 Informationsschreiben und Einverständniserklärungen.....	120
6.9 Fragebogen für die kognitiven Interviews	130
6.10 Ergebnistabelle kognitive Interviews	139
6.11 Freitextkommentare Pilotierung	148
7. Danksagung	157

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

1.1.1 Intensiv- und Palliativmedizin

Die Fachbereiche Intensiv- und Palliativmedizin scheinen sich zunächst stark in ihren Zielen und den zum Erreichen dieser Ziele getroffenen Maßnahmen zu unterscheiden.

Intensivstationen sind *„personell speziell besetzte und ausgestattete Stationen, in denen die medizinische Versorgung kritisch kranker Patienten gewährleistet wird. Der kritisch kranke Patient ist charakterisiert durch lebensbedrohliche Störungen eines oder mehrerer Organsysteme:*

- *Herz-Kreislauffunktion*
- *Atemfunktion*
- *zentrales Nervensystem*
- *neuromuskuläre Funktion*
- *Niere*
- *Leber*
- *Gastrointestinaltrakt*
- *Stoffwechsel*
- *Störungen der Temperaturregulation“* (Jorch et al., 2010)

Auf Intensivstationen wird das Ziel der Lebensrettung und –erhaltung angestrebt. Dafür sollen Patient*innen durch Kriseninterventionen so weit stabilisiert werden, dass eine Entlassung angestrebt und bei Möglichkeit die Gesundheit wiederhergestellt werden kann. Die Behandlung im Intensivbereich ist somit eher kurativ ausgerichtet und richtet sich danach, in wie weit durch ergriffene Maßnahmen eine Genesung erreicht werden kann (Clemens & Klaschik, 2009). Eine Einschränkung der Lebensqualität wird dafür möglicherweise hingenommen (Karg & Geiseler, 2012). Intensivmedizin wird daher als Inbegriff wissenschaftlichen und technischen Könnens gesehen (Byock, 2006). Mittlerweile wird jedoch versucht, Aspekte der Lebensqualität auch in diesem Bereich in Therapieziele und Behandlungsplanungen einzubeziehen. Auch Wertevorstellungen der Patient*innen sollen Beachtung finden (Michalsen et al., 2021).

Laut WHO Definition ist Palliativmedizin *„ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychischer und spiritueller Art“* (Schuster, Ferner, Bodenstein, & Laufenberg-Feldmann, 2017).

Die europäische Fachgesellschaft für Palliative Care (EAPC) wird in ihrer Definition detaillierter und beschreibt, dass Palliativmedizin sich mit Patient*innen beschäftigt, deren „Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht“. Zudem wird hier im Gegensatz zur WHO Definition der interdisziplinäre Ansatz benannt (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.). In der palliativen Versorgung steht somit die Symptomkontrolle zum Erhalt oder zur Wiederherstellung von Lebensqualität im Fokus. Hier werden neben körperlichen Symptomen wie Schmerzen auch psychische wie Angst, soziale wie familiäre Belastungen oder Versorgungsproblematiken und spirituelle Symptome wie existenzielle Fragen beachtet. Die betroffenen Patient*innen sind lebenslimitierend erkrankt. Eine kurative Behandlung ist nicht mehr möglich und wird daher nicht als Behandlungsziel angestrebt. Hierbei geht es nicht ausschließlich um die Versorgung von Sterbenden, viel mehr können Patient*innen über Monate bis Jahre palliativmedizinisch begleitet werden. Die Symptombehandlung kann unter Umständen zu einer Lebenserhaltung beitragen, ist aber kein primär angestrebtes Ziel (Clemens & Klaschik, 2009; Lenz et al., 2017). Palliative Care wird als Bereich gesehen, in dem der Tod akzeptiert wird (Byock, 2006).

Trotz dieser Unterschiede in den angestrebten Behandlungszielen und der damit einhergehenden Maßnahmen haben die beiden Fachbereiche bei näherer Betrachtung mehr gemein, als zunächst zu erkennen ist.

Patient*innen auf Intensivstationen haben häufig eine hohe Symptomlast und leiden häufig auch noch nach Entlassung unter funktionellen Beeinträchtigungen (Aslakson et al., 2014). Die Mitarbeiter*innen beider Bereiche kümmern sich um die am schwersten erkrankten Patient*innen im Gesundheitssystem (Byock, 2006). Beide Fachbereiche agieren im Grenzbereich des Lebens und sind mit der Herausforderung, in diesem Bereich Entscheidungen zu treffen, konfrontiert (Clemens & Klaschik, 2009). Hierbei geht es vor allem um Entscheidungen, die die Lebensqualität und den Lebenserhalt betreffen, den Tod zuzulassen oder Sterben würdig zu gestalten (Müller-Busch, 2013). Neben den primären unterschiedlichen Zielen werden sowohl in der Intensiv- als auch der Palliativmedizin Symptomkontrolle, Leidenslinderung, intensive Patient*innen- und Angehörigenbegleitung, sowie die Auseinandersetzung mit Grenzsituationen angestrebt (Clemens & Klaschik, 2009).

Zudem gehören Intensivstationen zu den Bereichen im Krankenhaus, in denen besonders häufig Patient*innen versterben, womit auch vermehrt palliative Bedürfnisse ent- und bestehen. Zwei bis zehn Prozent aller Verstorbenen befinden sich in ihrer letzten Lebensphase auf einer Intensivstation und versterben dort (Müller-Busch, 2013). In den Vereinigten Staaten von Amerika wird angegeben, dass 20% der Menschen auf einer Intensivstation oder kurz nach einer Aufnahme auf eine Intensivstation versterben (Angus et al., 2004; Aslakson et al., 2014). Forschungsergebnisse zeigen auf, dass teilweise

Schwierigkeiten für eine angemessene Schmerz- und Symptombehandlung sowie eine uneinheitliche Kommunikation und Entscheidungsfindung bei Patient*innen mit schweren und/ oder lebensbedrohlichen Erkrankungen bestehen (Norton et al., 2007). Diese Lücke kann laut Literatur (Norton et al., 2007) unterstützend von Palliativteams gefüllt werden, weil sie sich auf die Linderung von Symptomen, eine wirksame Kommunikation über Behandlungsziele, Abstimmung mit Patient*innenpräferenzen, Unterstützung der Angehörigen und Versorgungsplanung konzentrieren. Hier sind sie mehr geschult und erfahrener. Eine Mitbehandlung durch ein multiprofessionelles Team der spezialisierten Palliativmedizin eignet sich daher für schwere Erkrankungen und kann auch in Einklang mit lebensverlängernden Behandlungen angeboten werden (Edwards, Voigt, & Nelson, 2017; Frontera et al., 2015).

Intensivteams sollten daher die Grundsätze einer (Mit)-Behandlung durch die multiprofessionelle spezialisierte Palliativmedizin kennen und sie als Ressource einer umfassenden Versorgung verstehen. Eine zeitgerechte Integration von Palliativmedizin kann ergänzend zur Intensivmedizin durch Beratung, Behandlung und Begleitung zur Lebens- und Versorgungsqualität der Betroffenen beitragen (Schuster et al., 2017). Zeitgerecht meint hier, dass es sich nicht ausschließlich auf das Lebensende beziehen soll, sondern schon vorab im Verlauf implementiert werden sollte, um einer Umsetzung Zeit zu geben (Schuster et al., 2017).

Des Weiteren kann der frühzeitige Einbezug von Palliativmedizin zu einer verbesserten Lebensqualität und Zufriedenheit von Patient*innen und Angehörigen führen (Gade et al., 2008; Lenz et al., 2017). So kann eine frühzeitige Beratung durch die spezialisierte Palliativmedizin die Qualität der Gespräche mit Angehörigen von Patient*innen mit z.B. schweren Hirnverletzungen verbessern (Adler et al., 2017; Hua et al., 2014).

Die S3 Leitlinie Palliativmedizin empfiehlt generell eine frühzeitige Einbindung palliativer Versorgungsstrukturen für onkologische Patient*innen (W. Kohlhammer GmbH et al., 2019). Auch bei nicht-onkologisch lebenslimitiert Erkrankten und ebenso für Intensivpatient*innen ist eine zeitgerechte Einbindung des palliativmedizinischen Dienstes zur Unterstützung der weiteren Behandlungsplanung sinnvoll (Berendt et al., 2020).

Zusätzlich können durch das Hinzuziehen eines palliativmedizinischen Dienstes die Liegedauer auf der Intensivstation reduziert und unangemessene Therapien vermieden werden, so dass Gesundheitskosten reduziert werden können, wobei weder die Mortalität steigt noch die Lebenszeit verringert wird (Aslakson et al., 2014; Müller-Busch, 2013; Norton et al., 2007). Auch wenn zunächst noch kurative Behandlungsziele vorliegen, die laut Definition der europäischen Fachgesellschaft für Palliativmedizin keine Indikation für eine palliative Versorgung darstellen, so schließen sich doch kurative Behandlungsziele

und palliative Maßnahmen nicht konsequent aus, weil bei Intensivpatient*innen das Ansprechen der kurativen Maßnahmen nicht immer direkt ersichtlich ist (Clemens & Klaschik, 2009).

In einer randomisierten Studie mit 517 Patient*innen konnten die Vorteile einer Mitbehandlung durch die multiprofessionelle spezialisierte Palliativmedizin auf Normalstationen gezeigt werden. Dabei verbesserte sich die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Pflegenden, was die Patient*innenzufriedenheit erhöhte (Gade et al., 2008). Die Zusammenarbeit von Palliativ- und Intensivmedizin kann sowohl für Patient*innen, Angehörige als auch für das Behandlungsteam positive Auswirkungen haben (Adler et al., 2017).

Der Einbezug spezialisierter Palliativmedizin in die Behandlung intensivmedizinisch versorgter Patient*innen kann somit die Qualität der Versorgung steigern und sowohl die Betroffenen als auch das multiprofessionelle Intensivteam unterstützen. Die Mitbetreuung durch einen palliativmedizinischen Dienst stellt keine Einbahnstraße dar und ist durch den allgemeinen Trend hin zur „Early Integration“ nicht ausschließlich gleichbedeutend mit einer Betreuung von Patient*innen in der Finalphase. Das multiprofessionelle Team der spezialisierten Palliativmedizin kann sich im Falle einer Stabilisierung der Situation oder einer Reduktion der Symptomlast der Patient*innen und der begleiteten Angehörigen wieder zurückziehen.

Eine einheitliche Definition von zeitgerechter oder auch frühzeitiger Integration der spezialisierten Palliativmedizin ist aktuell nicht vorhanden. Hierdurch wird die Identifizierung möglicher geeigneter Patient*innen zusätzlich zu unklaren Verläufen erschwert.

In der Literatur werden verschiedene Möglichkeiten der Einbindung von Palliative Care in die Intensivtherapie beschrieben. Im konsultativen Modell wird ein palliativmedizinischer Dienst konsiliarisch hinzugezogen, um Patient*innen mit palliativen Bedürfnissen zu betreuen. Im integrativen Modell integrieren die Intensiv-Mitarbeiter*innen selbst palliative Kompetenz in die Versorgung und Betreuung. Zusätzlich gibt es eine kombinierte Form, bei der das Intensivpersonal die allgemeine Palliativmedizin in ihre tägliche Arbeit integriert, während für komplexe Situationen die spezialisierte Palliativmedizin hinzugezogen wird (Schuster et al., 2017).

Der palliativmedizinische Dienst kann hinzugezogen werden, wenn Patient*innen mit Bedarf an spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung innerhalb der Klinik auf anderen Stationen als der Palliativstation liegen. Das Team setzt sich wie das Team von Palliativstationen interprofessionell zusammen und besteht aus Ärzt*innen, Pflegenden und weiteren Professionen wie z.B. Physiotherapie, Sozialarbeit oder Psycho(onko)logie („FAQ Palliativmedizin,” 2019).

1.1.2 Identifizierung von Patient*innen durch Triggerfaktoren

Intensivpatient*innen und deren Angehörigen sollten bei bestehender Symptomlast auf verschiedenen Ebenen frühzeitig der spezialisierten Palliativmedizin vorgestellt werden. Die genaue Identifizierung von Patient*innen, die davon profitieren ist dabei wichtig, weil auch, wenn es zunächst so wirkt, nicht bei allen Patient*innen die Notwendigkeit dafür besteht. Die Definitionen von Palliative Care und damit die Zielgruppe, Patient*innen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Erkrankungen, die auf eine kurative Behandlung nicht ansprechen, dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Verfügbare Ressourcen der spezialisierten Palliativmedizin sollten auch aus ökonomischer Perspektive verantwortungsvoll genutzt werden.

Diese Identifizierung von Patient*innen, die von einer palliativmedizinischen Mitbehandlung profitieren, ist jedoch schwierig. Prognosescores können hier zur Unterstützung hinzugezogen werden, stellen im Rahmen individueller Entscheidungen jedoch nur einen Aspekt dar. Sie berechnen die Überlebenswahrscheinlichkeiten für Gruppen und wurden nicht für individuelle Situationen entwickelt (Hua, Li, Blinderman, & Wunsch, 2014; Müller-Busch, 2013). Die Notwendigkeit, individuelle Entscheidungen treffen zu müssen, kann zu Unsicherheit bei der Therapiezielfindung führen (Müller-Busch, 2013). Derartige Hürden können dazu führen, dass die spezialisierte Palliativmedizin in der Intensivmedizin häufig erst (zu) spät oder gar nicht im Verlauf einer schweren Erkrankung oder eines kritischen Zustandes einbezogen wird (Hua et al., 2014; Norton et al., 2007). Für die Erfassung der individuellen Patient*innensituation können weitere Scores hinzugezogen werden. Hier könnte ein Screening auf palliativmedizinische Bedarfe bei Intensivpatient*innen und deren Angehörigen unterstützen. Die Etablierung von Triggerfaktoren für ein derartiges Screening kann daher ein probates Mittel sein, die Entscheidung für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin zu treffen und dies unter Umständen sogar automatisch auszulösen. In Kliniken, in denen Screening-Tools genutzt werden, nimmt die Zahl der Mitbehandlungen durch die spezialisierte Palliativmedizin deutlich zu und die Dauer von Aufnahme auf eine Intensivstation bis zum Auslösen dieser Mitbehandlung eher ab (Hua et al., 2014).

Im internationalen Raum sind derartige Triggerfaktoren entwickelt und teilweise validiert worden. In den USA hat sich eine Expertenrunde, bestehend aus chirurgischen Intensivmediziner*innen, Palliativmediziner*innen und weiteren Professionen aus der spezialisierten Palliativmedizin wie z.B. Pflegeexpert*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen, zusammengesetzt. Diese Experten konnten sich auf fünf Trigger einigen, die eine palliativmedizinische Mitbehandlung auf chirurgischen Intensivstationen auslösen sollten. Hierzu zählen die Anfrage der Familie nach Begleitung durch die

spezialisierte Palliativmedizin, die Vergeblichkeit von kurativen Therapieoptionen, eine über sieben Tage andauernde Uneinigkeit der Angehörigen mit dem medizinischen Team oder der Angehörigen untereinander, der zu erwartende Tod der Patient*innen und ein über einen Monat dauernden Aufenthalt auf der Intensivstation (Bradley & Brasel, 2009).

Mit einem Krankenhausaufenthalt von zehn Tagen nach Aufnahme auf eine Intensivstation, einem Alter über 80 Jahre und zusätzlich zwei oder mehr lebensbedrohliche Komorbiditäten, der Diagnose eines hochmalignen Tumors, einem Zustand nach Herzstillstand und einer intrazerebralen Hämorrhagie mit konsekutiver künstlicher Beatmung wurden für internistische Intensivstationen ähnliche Triggerfaktoren entwickelt (Norton et al., 2007).

Pflegende und Ärzt*innen aus dem Palliativ- und Intensivbereich eines großen akademischen medizinischen Zentrums in den Vereinigten Staaten entwickelten gemeinsam anhand einer Literaturrecherche, einer Erhebung von Todesfällen auf Intensivstationen und klinischem Fachwissen Triggerfaktoren, um Patient*innen zu identifizieren, die ein hohes Risiko zu versterben haben (Nelson et al., 2013). In weiteren Studien wurden Multiorganversagen, terminale und finale Zustände und erhebliche neurologische Traumata als mögliche Einschlusskriterien erwogen (Nelson et al., 2013).

Wysham et al (2017) haben in ihrer Studie Mitarbeiter*innen von Intensivstationen mit Hilfe eines Fragebogens zu ihrer Einstellung bezüglich einer Mitbehandlung durch die spezialisierte multiprofessionelle Palliativmedizin auf Intensivstationen befragt. Zudem haben sie versucht herauszufinden, welche Screeningparameter aktuell genutzt werden.

Die Teilnehmer*innen favorisieren Triggerfaktoren, die sich auf die kritische Erkrankung der Betroffenen und damit auf die Prognose beziehen. Dazu zählen metastasierte Malignome und unrealistische Behandlungsziele. Mit der Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation als Triggerfaktor gab es in der Studie eher geringe Zustimmung. 41% der Teilnehmer*innen gaben an, eine automatische Auslösung eines Palliativkonsils anhand von Triggerfaktoren zu bevorzugen (Wysham et al., 2017).

Hua et al (2014) haben in ihrer Studie versucht, anhand eines Screenings von 385.770 Intensivpatient*innen von 179 Intensivstationen die Triggerfaktoren zu validieren. Dabei erfüllten bis zu 19,7% der Patient*innen einen oder mehr Trigger für das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin. Zu den häufig erfüllten Triggerfaktoren gehören die Aufnahme auf eine Intensivstation nach einem zehntägigen oder mehrtägigen Krankenhausaufenthalt, ein Multiorganversagen von drei oder mehr Systemen, die Diagnose eines malignen Stadiums IV, ein Zustand nach Herzstillstand und die Diagnose einer intrazerebralen Blutung, die eine mechanische Beatmung erfordert. Weitere nicht so häufig zutreffende Triggerfaktoren sind ein Aufenthalt auf der Intensivstation, der länger als ein Monat andauert, eine globale zerebrale Ischämie, ein Alter über 80 Jahre mit zwei oder

mehr lebensbedrohlichen Erkrankungen, ein fortgeschrittenes Stadium der Demenz, eine Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten sowie ein während der Intensivbehandlung erwarteter Todeseintritt (Hua et al., 2014; Norton et al., 2007). Eine prospektive prä/post Studie mit nichtäquivalenter Kontrollgruppe zeigt, dass Intensiv-Patient*innen, die aufgrund eines oder mehrerer Triggerfaktoren eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin erhalten, im Vergleich zu denen ohne eine solche, eine signifikant kürzere Verweildauer auf der Intensivstation haben, ohne eine höhere Sterblichkeitsrate aufzuzeigen (Norton et al., 2007).

Obwohl sich der Einsatz von Triggerfaktoren für die Patient*innenversorgung als Benefit herauszustellen scheint, finden sie in Deutschland in der täglichen Routine kaum Anwendung. Berendt et al. haben in einer Befragung der ärztlichen Leitungen der spezialisierten Palliativmedizin der onkologischen Spitzenzentren in Deutschland nach Triggerfaktoren gefragt, die zur Einbindung führten. Hierbei ging es nicht ausschließlich um Einbezug des palliativmedizinischen Dienstes auf Intensivstationen, sondern allgemein in den Kliniken. Die Einsätze auf Intensivstationen fallen dennoch darunter. Aufgezählt wurden Trigger, die Therapiezieländerungen, Entscheidungen zu Einstellungen von Mitarbeiter*innen, Symptombelastung, nicht heilbare Grunderkrankungen oder Wünsche von Angehörigen und Patient*innen zum Thema haben (Berendt et al., 2020).

Folgt man dem Prinzip, dass eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin auf Intensivstationen nur von Ärzt*innen initiiert werden kann, ist die Akzeptanz in dieser Berufsgruppe von herausragender Bedeutung. In einer Studie unter jungen Intensivmediziner*innen in Deutschland wurde ein Fragebogen entwickelt, der auf den in den USA validierten Triggern basiert und um Triggerfaktoren einer Expertengruppe bestehend aus Palliativmediziner*innen ergänzt wurde. Die Teilnehmer*innen sollten angeben, ob sie aufgrund der jeweiligen Triggerfaktoren eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin initiieren würden oder nicht. Von insgesamt 24 auslösenden Faktoren wurden von den Teilnehmer*innen nur sechs mit einer über 50%igen Zustimmung akzeptiert. Dazu gehören der Patient*innenwunsch nach Begleitung durch die spezialisierte Palliativmedizin, der Wunsch der Familie, das Fehlen kurativer Optionen, eine hohe und nicht beherrschbare Symptomlast, inoperable Tumore und die Ablehnung kurativer Maßnahmen von Seiten der Patient*innen. Faktoren, wie ein Patient*innenalter von mehr als 80 Jahren und zwei relevante Komorbiditäten oder ein länger als ein Monat andauernder Aufenthalt auf der Intensivstation, wurden trotz Validierung in der Literatur nicht von den deutschen Intensivmediziner*innen akzeptiert. Auch wenn die Akzeptanz von Triggerfaktoren variieren kann, so lassen Studienergebnisse das Fazit zu, dass diese

jedoch für ein Screening genutzt werden können, um palliative Bedarfe zu erkennen (Adler et al., 2019).

1.1.3 Einbezug von Pflegenden

Optimalerweise werden bei der Entwicklung und Implementierung solcher Triggerfaktoren neben Ärzt*innen auch Pflegende sowie weitere Professionen einbezogen (Nelson et al., 2013). Pflegende sind durch ihre Tätigkeit kontinuierlich am Bett und haben den engsten und intensivsten Kontakt zu Patient*innen und Angehörigen. Daher sollten sie sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Implementierung und Integration von Triggerfaktoren einbezogen werden (Edwards et al., 2017; Nelson et al., 2011).

Durch die vermehrte Zeit am Bett der Patient*innen können Pflegende die Qualität der Versorgung auch am Lebensende nicht nur einschätzen, sondern beeinflussen (Ganz & Sapir, 2019). Die Einbeziehung von Pflegenden in die Entscheidung, ob der palliativmedizinische Dienst hinzugezogen werden sollte, ist daher sinnvoll (Clemens & Klaschik, 2009).

In der Studie von Wysham et al (2017) gaben Intensivpflegende an, dass sie ebenso wie Ärzt*innen, wie z.B. auch bei ethischen Fallberatungen bereits etabliert, eigenständig eine Mitbehandlung durch die ebenfalls multiprofessionell agierende, spezialisierte Palliativmedizin initiieren möchten. Eine Begründung sehen sie darin, dass sie die Bedarfe für eine palliative Mitversorgung aufgrund der näheren Perspektive frühzeitig erkennen und nicht erst in der Finalphase (Wysham et al., 2017).

Auch wenn es in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht viel Evidenz gibt, so scheint eine gut organisierte berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit eine bessere Versorgungsqualität (Fragemann, 2017, S.115-124) zur Folge zu haben. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. der Einbezug der Pflegeperspektive in Entscheidungen kann Teil einer interprofessionellen Zusammenarbeit sein.

Die in der Einleitung genutzte Literatur stammt überwiegend aus dem Ausland, vor allem aus Nordamerika. Eine Möglichkeit der Übertragung der Ergebnisse auf Deutschland bzw. Unterschiede, die sich unter anderem aus verschiedenen Gesundheitssystemen ergeben, sind nicht geklärt. Die deutsche Studie zur Akzeptanz von Triggerfaktoren für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin befragt ausschließlich Mediziner*innen, wobei die Perspektive der Pflegenden fehlt. Die Mitarbeit des palliativmedizinischen Dienstes stellt sich multi- und interprofessionell dar, weil nicht ausschließlich Mediziner*innen an der Mitbehandlung beteiligt sind, sondern weitere Professionen, hier v.a. auch die Pflege, hinzukommen. Solch eine multiprofessionelle Begleitung könnte auch multiprofessionell hinzugezogen werden, bzw. sollte die

Perspektive weitere Professionen einbeziehen. Die vorliegende Arbeit soll diese Lücke schließen.

1.2 Ziele der Arbeit

Mit der Gesamtstudie soll herausgefunden werden, welche Eigenschaften und Situationen von Intensivpatient*innen bei den zuständigen Pflegenden die Frage nach einer multiprofessionellen Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin auslösen und in wie weit diese als sinnvolle Triggerfaktoren anerkannt werden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, einen Fragebogen zu entwickeln, der auf Triggern basiert, die von der Zielgruppe selbst benannt wurden.

Dabei wird der folgenden Fragestellung nachgegangen:

*Welche Eigenschaften und Situationen von Patient*innen auf der Intensivstation führen zu einer Anfrage der Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin durch betreuende Pflegekräfte und in wie weit werden diese als sinnvolle Triggerfaktoren anerkannt?*

1.3 Literaturrecherche - theoretischer Rahmen

Um das Thema der Studie theoretisch einzuordnen und den Stand der Literatur zu erfahren, fand eine Literaturrecherche in Medline über Pubmed und Livivo statt. Dabei wurden in englischer Sprache die Schlagworte *palliative, palliative care, intensive care, ICU, trigger, end-of-life, nurs** in verschiedenen Kombinationen mit den Operatoren AND und OR genutzt (Box 1). In Abbildung 1 wird das Flowchart, welches die Literaturrecherche aufzeigt, dargestellt.

palliative AND intensive care
palliative care AND intensive care
palliative AND intensive care OR ICU
palliative care AND intensive care OR ICU
palliative care AND intensive care AND trigger
palliative care AND trigger
intensive care AND trigger
intensive care AND end-of-life
*intensive care AND end-of-life AND nurs**
*trigger AND nurs**
*palliative care AND ICU AND trigger AND nurs**
*palliative care AND ICU AND nurs**

Box 1: Suchstrategie der Literaturrecherche

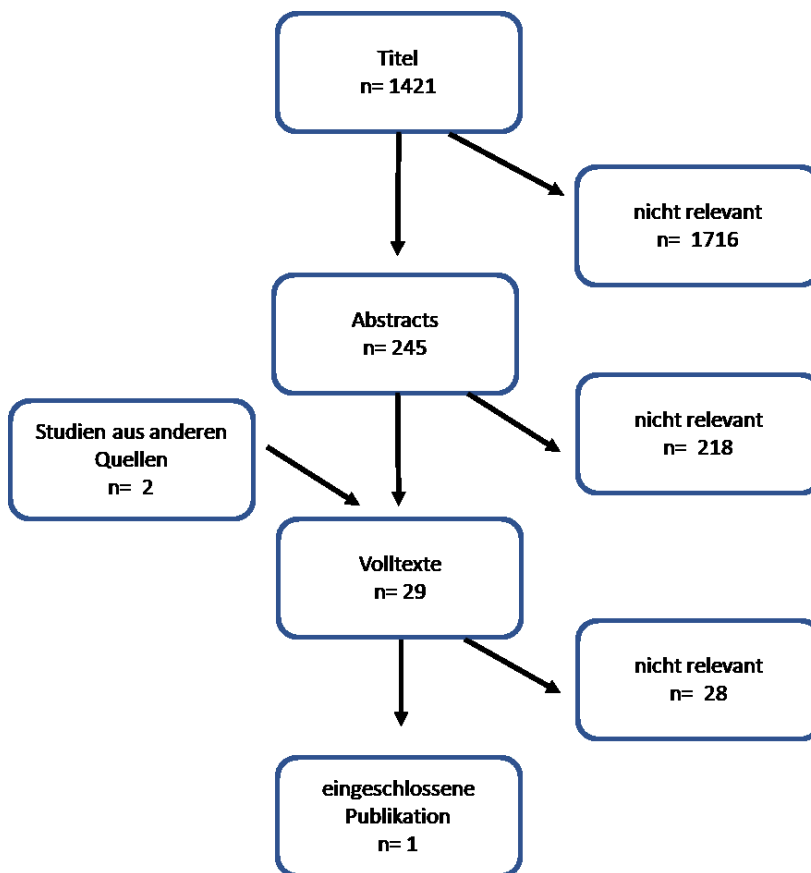


Abbildung 1: Flowchart Literaturrecherche

Eingeschlossen wurden Studien, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienten, wobei die Perspektive der Pflegenden bezüglich der Triggerfaktoren aufgezeigt werden sollte. Daher ließ sich nur eine Studie einschließen, in der die Einstellungen von Mitarbeiter*innen auf Intensivstationen bezüglich Screening-Methoden und Triggern erfragt wurden. Die Befragten waren Mediziner*innen und Pflegende. Als Triggerfaktoren wurden kritische chronische Erkrankungen, Schwäche, Bedürfnisse von Patient*innen und Angehörigen und die Prognose angesehen. Wenige Teilnehmer*innen sahen die Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation oder der lebenserhaltenden Maßnahmen als Auslöser für eine Mitbehandlung durch die multiprofessionelle spezialisierte Palliativmedizin an (Wysham et al., 2017).

2. Material und Methoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Mixed Methods Studie. Dabei werden qualitative und quantitative Methoden im gleichen Forschungsprojekt kombiniert, wobei in einem mehrphasig angelegten Design sowohl qualitative als auch quantitative Daten gesammelt werden. Durch die verschiedenen Möglichkeiten des Ablaufs, der Priorisierung des Designs und des Zeitpunkts der Integration der Daten gibt es diverse Formen von Mixed Methods Designtypen (Kuckartz, 2014).

Nach Kuckartz liegt hier der Mixed Methods Designtyp der Entwicklung vor. Die Ergebnisse einer Methode, hier der qualitativen, werden genutzt, um die Methodik des folgenden Teils zu entwickeln (Kuckartz, 2014). In der vorliegenden Studie wird ein Fragebogen entwickelt, der im quantitativen Teil der Studie genutzt wird. Die Priorität liegt somit zunächst auf dem qualitativen Teil der Studie, dessen Ergebnisse durch den quantitativen Teil generalisiert werden können. Durch dieses Vorgehen lassen sich Sachverhalte, die noch nicht ausreichend bekannt sind, erforschen und im Verlauf verallgemeinern. So kann herausgefunden werden, ob das in einer kleinen Teilnehmer*innengruppe identifizierte jenseits dieser kleinen Anzahl an Teilnehmenden Gültigkeit besitzt (Kuckartz, 2014). Zur Integration der Daten kommt es erst in der Phase der Interpretation. Abbildung 2 zeigt den Ablauf der Studie.

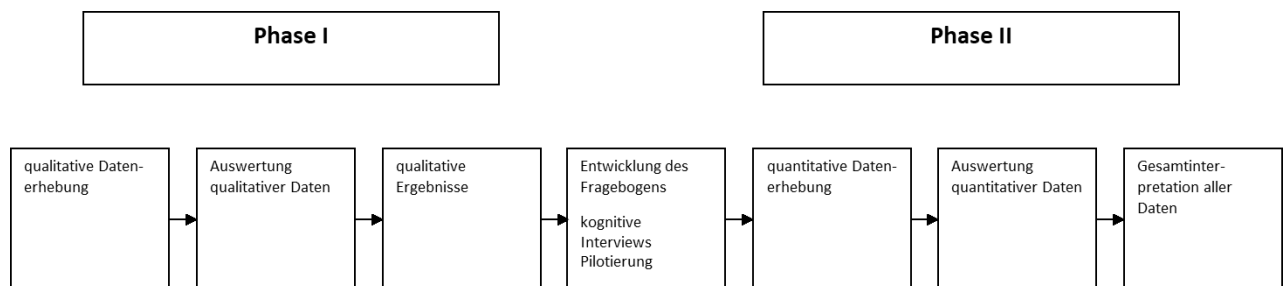


Abbildung 2: Studiendurchführung (Polit & Beck, 2012)

In der vorliegenden Dissertation wird die Studiendurchführung bis zum Zeitpunkt der Auswertung der Pilotierung des Fragebogens zu Beginn der Phase II beschrieben.

2.1 Methode qualitativer Teil

2.1.1 qualitative Datenerhebung

Im qualitativen Teil der Studie wurden Fokusgruppeninterviews geführt. Fokusgruppen sind halbstrukturierte Diskussionen mit vier bis zwölf Teilnehmer*innen, die auf die Erforschung eines bestimmten Themenkomplexes abzielen. Sie beginnen mit einer globalen Einstiegsfrage des Moderators, die auf das zu untersuchende Thema lenken soll. Daran folgend sollen die Teilnehmer*innen durch die Gruppeninteraktion ermutigt werden, individuelle und gemeinsame Perspektiven zu erkunden und zu erklären (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Es geht hier vor allem darum, dass die subjektiv unterschiedlichen Perspektiven zu einem bestimmten Thema besprochen und diskutiert werden. Der Austausch ist Teil und Mittel der Datenerhebung und kann zu vermehrten Daten führen (Gerrish & Lathlean, 2015).

Die Fokusgruppen der vorliegenden Arbeit wurden durch die Autorin moderiert, ihr Interesse an der Studie sowie die fachliche Herkunft wurden den Teilnehmer*innen vor Beginn offengelegt, auch wenn sie sich in erster Linie als Wissenschaftlerin vorgestellt hat. Die Autorin ist im Palliative Care Bereich tätig und hat hier ihre Expertise. Erfahrungen im Intensivbereich bestehen aufgrund einer einjährigen Tätigkeit als Pflegende auf einer Neonatologie, es besteht jedoch kein Bezug zu einer Intensivstation für Erwachsene. Daher konnten die Interviews weitgehend neutral geführt und moderiert werden. Eine Beziehung sollte zu den Teilnehmer*innen nicht bestehen. Diese haben die Moderatorin erst direkt vor dem Führen der Interviews kennengelernt, eine Abhängigkeit bestand in keinem Sinne.

Aufgrund des sensiblen Themas der Fokusgruppen wurde die Teilnehmer*innenzahl gering gehalten, um den Teilnehmer*innen die Möglichkeit eines offenen Austauschs zu geben. Ausgegangen wurde von fünf Teilnehmer*innen, wobei die Größe der Fokusgruppen drei bis sieben Teilnehmer*innen betragen konnte. Ab acht Teilnehmer*innen sollte überlegt werden, zwei Fokusgruppen durchzuführen.

Erfahrungen in Bezug auf die Zusammenarbeit spezialisierter Palliativ- und Intensivteams können in verschiedenen Zentren variieren. Um möglichst unterschiedliche Erfahrungen und somit möglicherweise Triggerfaktoren für eine Mitbehandlung durch die multiprofessionelle spezialisierte Palliativmedizin auf der Intensivstation einbeziehen zu können, ist die Studie schon in der qualitativen Erhebung multizentrisch angelegt worden. Die Fokusgruppeninterviews fanden daher auf verschiedenen Intensivstationen unterschiedlicher Universitätskliniken statt, wobei sowohl konservative als auch

chirurgische Fachbereiche eingeschlossen wurden. In den Kliniken sollte die Möglichkeit bestehen, spezialisierte Palliativmedizin auf Intensivstationen hinzuzuziehen.

Folgende Einschlusskriterien für Teilnehmer*innen wurden vorab festgelegt:

- mindestens dreijährig examinierte Pflegende
- mindestens einjährige Berufserfahrung auf einer Intensivstation
- aktuell auf einer Intensivstation tätig
- Wissen um die Möglichkeit, das spezialisierte Palliativteam hinzuzuziehen

Für die Erstellung des Interviewleitfadens, welcher im Anhang in Kapitel 6.1 einzusehen ist, wurde die Fragestellung umgestellt und in Unterfragen formuliert. Gezielte Nachfragen, wie z.B. „Sie haben von ... berichtet, können Sie dies bitte näher beschreiben.“, wurden vorab bedacht und offen formuliert, um sie bei Bedarf, wenn das Gespräch der Teilnehmer*innen zum Stocken kommen sollte, zu nutzen. Zudem wurde er in der multiprofessionellen und – disziplinären Gruppe aus der hier Promovierenden und drei Betreuenden auf Verständnis und Eignung hin überprüft und besprochen.

Die Fokusgruppen wurden als Audiodateien aufgenommen, welche im Anschluss nach einfachen Transkriptionsregeln (Dresing & Pehl, 2011) transkribiert wurden. Diese werden im Anhang in Kapitel 6.2 dargestellt. Die Transkripte dienten als Daten und stellten die Grundlage für die Analyse dar. Zusätzlich wurden direkt im Anschluss an die Fokusgruppen Memos durch die Moderatorin erstellt, die bei Bedarf in die Analyse einfließen konnten.

2.1.2 Auswertung der qualitativen Daten

Bei der Auswertung wurde zur Unterstützung die Software MAXQDA (Version 12, Verbi GmbH) genutzt. Sie erfolgte anhand der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2018), die in sieben Schritten abläuft (Abbildung 3):

Abb. 16. Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse

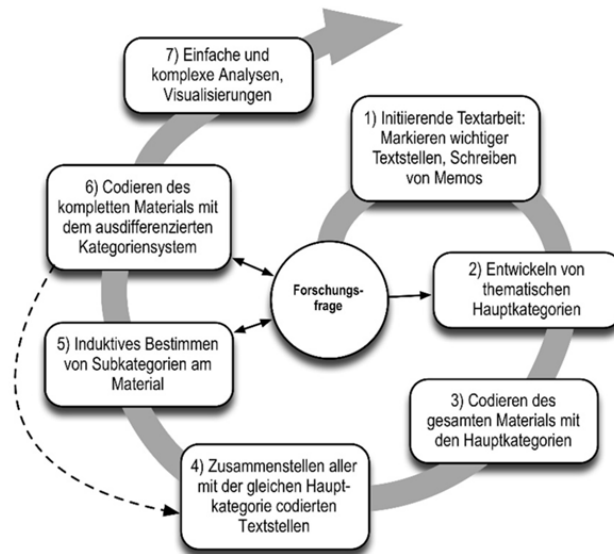


Abbildung 3: Ablaufschema der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2018).

1) Initiierende Textarbeit

Die erste explorierende Phase diente dazu, sich mit dem Material vertraut zu machen. Dafür wurden die Transkripte wiederholt genau gelesen, um ein erstes Gefühl für mögliche Zusammenhänge zu bekommen. Schon beim ersten Durchlesen wurden Ideen, Gedanken und Fragen notiert. Im Verlauf wurden Fallzusammenfassungen erstellt (Kuckartz, 2018).

In der vorliegenden Arbeit wurden die Audiodateien der Fokusgruppen von der Studiendurchführenden selbst transkribiert. So ist ein erster tieferer Einstieg in die Daten möglich gewesen. Im Anschluss an die Transkription wurden erneut alle Audiodateien angehört und zeitgleich das Transkript mitgelesen, wobei Memos angefertigt wurden. Das wiederholte genaue Lesen folgte im Anschluss. Abschließend für diese Phasen wurde für jedes Interview eine Fallzusammenfassung erstellt, die die benannten Themen zum Inhalt hat. (siehe Kapitel 6.3)

2) Entwickeln von Hauptkategorien

Hauptkategorien lassen sich häufig deduktiv von der Forschungsfrage ableiten, hinzu können Themen kommen, die sich in Phase eins (initiierende Textarbeit) gezeigt haben. Diese entstehen induktiv anhand des Materials. Zu Beginn wurde alles Relevante und Auffällige festgehalten. Im Verlauf wurde anhand der Arbeit mit vermehrtem Material die Unterscheidung zwischen singulären und signifikanten Themen deutlich. Zum näheren Verständnis und zur Abgrenzung der Kategorien untereinander wurden sie definiert.

Vor einer Codierung des kompletten Materials wird die Testung auf Anwendbarkeit empfohlen. Wie umfangreich das Probematerial ist, ist abhängig von der Menge des Gesamtmaterials und der Komplexität des Kategoriensystems. Sicherlich ist es möglich, das Codiersystem nach Bedarf anzupassen. Der Ablauf beginnt dann von vorn (Kuckartz, 2018). In der vorliegenden Arbeit bestand das Probematerial aus Stichproben aller geführten Fokusgruppeninterviews, die probeweise anhand der identifizierten Hauptkategorien codiert wurden.

Aufgrund der Art der Fragestellung und der Frage nach Triggerfaktoren konnten keine Hauptkategorien deduktiv abgeleitet werden. So fand eine induktive Arbeit am Material statt, die stetig wiederholt wurde, um für das komplette Material passende Hauptkategorien zu identifizieren. Nach mehreren Probeläufen und regelmäßigen Anpassungen standen definierte Hauptkategorien (Kapitel 6.4) fest.

3) Codierung - Hauptkategorien

Beim ersten Codierungsprozess wurden aus dem gesamten Text Abschnitte den Kategorien zugewiesen, wobei für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevante Textstellen ausgelassen wurden. Hierbei ist es möglich, dass eine Textstelle mehreren Kategorien zugeordnet wurde, weil im selben Abschnitt mehrere Themen angesprochen wurden (Kuckartz, 2018).

4) Zusammenstellen gleich kategorisierter Textstellen und

5) Bestimmung von Subkategorien

Alle Textstellen einer Hauptkategorie wurden tabellarisch zusammengefasst. Diese dienten als Grundlage für die induktive Bildung von Subkategorien, die zunächst unsortiert gelistet wurden. Im Anschluss wurden sie geordnet nachdem relevante Dimensionen identifiziert wurden. Die diversen Subkategorien wurden ebenfalls zum besseren Verständnis und zur Abgrenzung definiert. In diesem Schritt bestand ebenfalls die Möglichkeit der Anpassung (Kuckartz, 2018).

Anhand der den Hauptkategorien zugeordneten Textstellen wurden in der vorliegenden Studie Subkategorien induktiv gebildet und definiert (Kapitel 6.5). Dafür wurde in den Textstellen gezielter nach Auslösern für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin gesucht und eher kleinschrittig formuliert, um Differenzierungen und Abgrenzungen zu weiteren Triggerfaktoren zu ermöglichen. Dies erfolgte ebenfalls in einem wiederholten Prozess, bei dem die Subkategorien immer wieder angepasst wurden.

6) Codierung - Subkategorien

Nach dem Feststehen der Subkategorien wurde das gesamte Material einem zweiten Codierungsprozess unterzogen. Alle Textstellen der Hauptkategorien wurden im Anschluss akribisch den Subkategorien zugeordnet (Kuckartz, 2018).

7) Analyse

Im Mittelpunkt der Analyse standen die identifizierten Themen und Subthemen, die zunächst beschrieben wurden. Die Reihenfolge sollte anhand der Kategorien einen Sinn ergeben und nachvollziehbar sein. In der vorliegenden Forschungsarbeit erfolgte die Analyse anhand der Fragestellung in Bezug auf mögliche Triggerfaktoren. Zudem wurde nach Zusammenhängen der Kategorien gesucht. Komplexe Zusammenhänge zwischen mehreren Kategorien ließen sich so herausstellen (Kuckartz, 2018).

Die Auswertung erfolgte durch die Forscherin selbst. Um dabei nicht eigene Erfahrungen einfließen zu lassen, erfolgte im Prozess eine regelmäßige Reflexion sowie eine Arbeit nah am Text.

Zur Nachvollziehbarkeit und zur Sicherung der Kategorien hat sich im Anschluss an Phase sechs eine multiprofessionell und –disziplinär zusammengesetzte Auswertungsgruppe (Abbildung 4) gegründet. Kategorien und Subkategorien wurden vorgestellt, wobei im Anschluss die einzelnen Mitglieder der Gruppe, außer die Promovierende, jeweils unterschiedliche Abschnitte des Datenmaterials unabhängig voneinander kategorisierten. Bei folgenden Terminen wurden die Ergebnisse zusammengetragen und auf Übereinstimmung hin überprüft. Bei kontroversen Aussagen wurden diese in der Gruppe diskutiert, wobei im Textmaterial nach Aussagen der Bestätigung bzw. Anpassung gesucht wurde.

Diese Technik lässt sich als konsensuelles Codieren nach Hopf und Schmidt beschreiben, welches das Bestehen eines präzise definierten Kategoriensystems voraussetzt und bei dem mindestens zwei voneinander unabhängige Personen das Material codieren (Kuckartz, 2018).

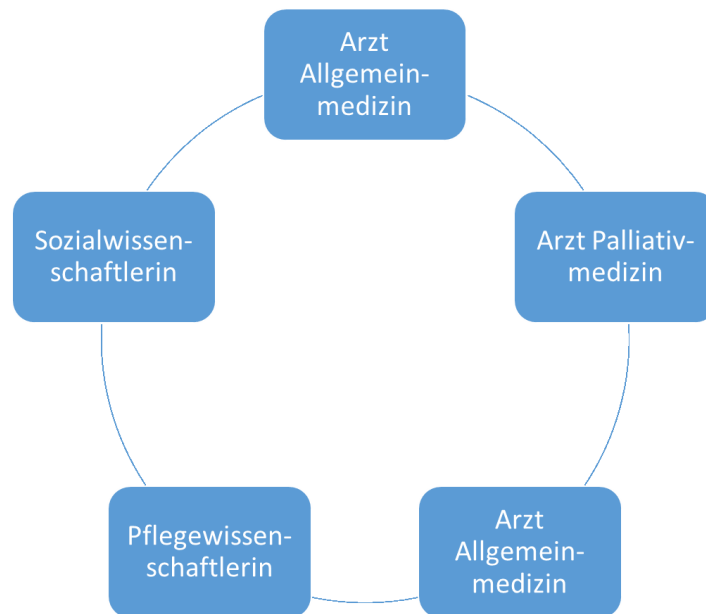


Abbildung 4: Zusammensetzung der multiprofessionellen und –disziplinären Auswertungsgruppe

2.2 Entwicklung des Fragebogens

2.2.1 Formulierung der Items

Laut Porst ist ein Fragebogen im wissenschaftlichen Umgang „eine mehr oder weniger standardisierte Zusammenstellung von Fragen, die Personen zur Beantwortung vorgelegt werden, mit dem Ziel, deren Antworten zur Überprüfung der den Fragen zugrundeliegenden theoretischen Konzepte und Zusammenhänge zu verwenden. Somit stellt ein Fragebogen das zentrale Verbindungsstück zwischen Theorie und Analyse dar.“ (Porst, 2011, S.14)

In der vorliegenden Studie wurde ein Fragebogen entwickelt, um die aus den Interviews identifizierten Triggerfaktoren auf Angemessenheit, Akzeptanz und Anwendbarkeit in einer größeren Kohorte zu überprüfen und sie damit zu festigen. Dieses Vorgehen soll durch die Befragung eines größeren Teils der Zielgruppe der Repräsentativität dienen. Das hier zugrundeliegende theoretische Konzept basiert auf von Intensiv-Fachpflegenden benannten Eigenschaften von Intensivpatient*innen, die einen möglichen Benefit durch eine spezialisierte multiprofessionelle palliativmedizinische Behandlung zeigen können. Dafür wurden Items formuliert, die die identifizierten Triggerfaktoren zum Inhalt haben. Die Formulierungen sind Aussagen, die je nach Auffassung abgestuft bestätigt oder abgelehnt werden können.

Dabei wurde beachtet, dass Befragte beim Ausfüllen eines Fragebogens mehrere Aufgaben erfüllen müssen. Sie müssen die gestellten Fragen verstehen und für die Beantwortung relevante Informationen abrufen können. Zudem müssen sie sich auf Basis dieser Informationen ein Urteil bilden können und dies auf das Antwortformat anpassen (Porst, 2011). Um die Befragten dabei zu unterstützen, wurde sich an den „10 Geboten der Frageformulierung“ orientiert (Porst, 2000), die in Box 2 aufgezeigt werden.

- 1) Du sollst einfache, unzweideutige Begriffe verwenden, die von allen Befragten in gleicher Weise verstanden werden!
- 2) Du sollst lange und komplexe Fragen vermeiden!
- 3) Du sollst hypothetische Fragen vermeiden!
- 4) Du sollst doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden!
- 5) Du sollst Unterstellungen und suggestive Fragen vermeiden!
- 6) Du sollst Fragen vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich verfügen!
- 7) Du sollst Fragen mit eindeutigem zeitlichen Bezug verwenden!
- 8) Du sollst Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend und disjunkt (überschneidungsfrei) sind!
- 9) Du sollst sicherstellen, dass der Kontext einer Frage sich nicht (unkontrolliert) auf deren Beantwortung auswirkt!
- 10) Du sollst nicht unklare Begriffe definieren!

Box 2: „10 Gebote der Frageformulierung“ (Porst, 2000)

Aufgrund des Ziels, die Akzeptanz der Triggerfaktoren und ihre Angemessenheit im stationären Alltag herauszufinden, wurden die Fragen geschlossen gestellt, damit die Teilnehmer*innen ihre Zustimmung bzw. Ablehnung geben können. Dies findet in einem abgestuften Verfahren im Sinne einer Ratingskala statt, die den Befragten die Möglichkeit von mehr als zwei abgestuften Antwortkategorien zur Beantwortung der Fragen gibt (Steiner & Benesch, 2018). In der vorliegenden Arbeit wurde eine sogenannte Likert-Skala (Likert, 1932) mit fünf Abstufungen, stimme voll zu – stimme eher zu – stimme eher nicht zu – stimme nicht zu – keine Angaben, gewählt. So müssen sich die Befragten nicht ausschließlich für oder gegen einen Triggerfaktor entscheiden, sondern können in ihren Antworten je nach Erfahrungen und abgerufener Informationen abstufen. Die Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ soll dafür sorgen, dass Items, bei denen die Befragten keine Erfahrungswerte haben oder sich nicht äußern möchten, nicht ausgelassen werden.

Als Grundlage für die Itemformulierung dienten die aus der qualitativen Auswertung identifizierten Triggerfaktoren, dabei wurde versucht, sich möglichst nah am Datenmaterial zu orientieren. Die formulierten Items wurden in einem mehrstufigen Prozess in der Gruppe Promovierende und Betreuende wiederholt auf Angemessenheit und Verständnis hin besprochen. Dabei wurde im Datenmaterial und den Ergebnissen des qualitativen Teils der Studie darauf geachtet, dass sowohl Items als auch Formulierungen auf dieses Material

zurückzuführen sind. Keine der benannten Personen der Gruppe ist im Intensiv-Bereich tätig, so dass hier vor allem die Verständlichkeit geprüft werden konnte. Dabei unterstützte auch die Tatsache, dass alle aus verschiedenen Fachbereichen bzw. Berufsgruppen kommen. In diesem Zusammenhang wurden auch versucht, Redundanzen zwischen Items herauszufiltern.

2.2.2 Kognitive Interviews

Bevor der Fragebogen einem Pretest mit einem Teil der Zielgruppe unterzogen werden konnte, in dem vor allem Bearbeitungsdauer und Verständlichkeit des Inhalts geprüft werden sollen (Steiner & Benesch, 2018), fanden kognitive Interviews statt. Diese dienen vor allem dazu, mehr zu den kognitiven Prozessen zu erfahren, die beim Beantworten der Fragen ablaufen. Dabei interessierte, wie die Befragten Fragen oder Begriffe interpretieren und verstehen, wie sie Informationen und Ereignisse aus dem Gedächtnis abrufen, wie sie Entscheidungen darüber treffen, wie sie antworten und wie sie ihre ermittelten Antworten den formalen Antwortkategorien zuordnen. Probleme bei der Befragung von Items können dadurch bemerkt werden.

Dabei können verschiedene Techniken zum Einsatz kommen (Prüfer & Rexroth, 2005):

- Nachfragetechniken
- Bewertung der Verlässlichkeit der Antwort
- Paraphrasieren
- Sortiertechniken
- Technik des lauten Denkens

Bei der vorliegenden Arbeit wurden drei Techniken genutzt: Nachfragen zum Verständnis, Paraphrasieren, Technik des lauten Denkens, die folgend näher beschrieben werden.

Nachfragen zum Verständnis

Beim Nachfragen zum Verständnis werden die Befragten, nachdem sie das Item beantwortet haben, gebeten, ihr Verständnis bestimmter Begriffe oder des ganzen Items zu beschreiben. Dabei ist es wichtig, die Befragten präzise auf die zu klärenden Inhalte oder Begriffe anzusprechen, um mit hoher Wahrscheinlichkeit spezifische Verständnisprobleme aufzudecken (Prüfer & Rexroth, 2005).

Paraphrasieren

Beim Paraphrasieren sollen die Befragten, nachdem sie ihre Antwort auf ein Item gegeben haben, das zu überprüfende Item in eigenen Worten wiederholen. An den wörtlichen Text

sollen sie sich dabei nicht erinnern. Dabei kann erfahren werden, ob das Item so verstanden und interpretiert wird, wie es beim Entwickeln vorgesehen war. In erster Linie liefert diese Technik Hinweise, welche Aspekte die Befragten mit dem Item assoziiert haben, aber nicht unbedingt Informationen über eventuelle Unsicherheiten. Daher kann nicht von einem korrekten Fragenverständnis ausgegangen werden (Prüfer & Rexroth, 2005).

In der vorliegenden Arbeit wurde das Paraphrasieren daher mit Nachfragen zum Verständnis kombiniert.

Technik des lauten Denkens

Bei der Technik des lauten Denkens geht es darum, die gedanklichen Prozesse, die beim Beantworten eines Items ablaufen, zu erfassen. Die*r Durchführende liest das zu überprüfende Item vor und bittet die Befragten, alle Überlegungen, die zur Beantwortung führen, zu formulieren. Bei Pausen können die Befragten aufgefordert werden, noch einmal laut zu denken. Diese Technik ist nicht immer einfach umzusetzen, daher kann sie vorab mit einer alltäglichen Frage geübt werden. Zum Beispiel mit der Frage, wie viele Fenster die eigene Wohnung/ das eigene Haus besitzt (Prüfer & Rexroth, 2005).

Für die kognitiven Interviews wurde bis auf wenige Ausnahmen jedes Item entweder mit der Technik des lauten Denkens oder der Kombination aus Paraphrasieren und Nachfragen überprüft.

Bei den nicht überprüften Items handelt es sich um eindeutig verstehbare, wie z.B. die Frage nach dem Alter der Patient*innen. Eine Auflistung der Fragebogen-Items und der jeweiligen Technik(en) sowie des Interviewleitfadens für die kognitiven Interviews sind in Kapitel 6.6 einzusehen. Der Leitfaden wurde anhand der Items entwickelt.

Die Teilnehmer*innen der kognitiven Interviews sollten Erfahrung in der Arbeit auf Intensivstationen, mit der Möglichkeit das spezialisierte Palliativteam hinzuzuziehen, haben. Es sollten nicht mehrere Teilnehmer*innen dieselben Items bewerten, sondern jede*r Teilnehmer*in bewertet einen Anteil der Items. Die kognitiven Interviews wurden nach Information und Einverständnis der Teilnehmer*innen auditiv aufgenommen. Nach Auswertung und Anpassung der Items wurden die Audiodateien sowie der Zuordnungsschlüssel gelöscht.

Die Auswertung bezog sich ausschließlich auf das Verständnis der Itemformulierungen, wobei bewertet wurde, ob die Items von den Befragten so verstanden wurden, wie sie von der Studiendurchführenden gemeint waren. So wurde untersucht, ob durch den

Fragebogen die Antworten erhalten werden können, die zur Beantwortung der Studienfrage benötigt werden.

2.2.3 Pilotierung des Fragebogens

Bevor der Fragebogen weitreichend eingesetzt werden kann, sollte er einer Pilotierung auf Brauchbarkeit und Qualität unterzogen werden. Hierfür ist eine kleine, wenn auch ausreichende Stichprobe notwendig. Neben erneuter Prüfung der Verständlichkeit wird auch die Bearbeitungsdauer überprüft (Steiner & Benesch, 2018).

In der vorliegenden Studie sollte der nach Anpassung nach den kognitiven Interviews entstandene Pilot-Fragebogen an einer Kohorte von 30 Teilnehmer*innen getestet werden. Diese kamen schon aus der Zielgruppe der umfassenden Erhebung und konnten damit die Einschlusskriterien der Fokusgruppe erfüllen:

- mindestens dreijährig examinierte Pflegende
- mindestens einjährige Berufserfahrung auf einer Intensivstation
- aktuell auf einer Intensivstation tätig
- Tätigkeit des spezialisierten Palliativteams sollte bekannt sein

Dabei wurden für eine fachübergreifende Pilotierung sowohl konservative als chirurgische Intensivstationen einbezogen.

Für die Pilotierung wurde hinter jedem Item ein zusätzliches Freitextfeld eingefügt, in dem die Teilnehmer*innen bei Bedarf eine Bewertung bzw. Schwierigkeiten angeben konnten. Am Ende des Fragebogens gab es folgende offene Fragen, die der Bewertung des Fragebogens dienten:

- 1) Im folgenden Freitextfeld können Sie angeben, wenn Sie Items als unverständlich und nicht eindeutig zu verstehen wahrgenommen haben. Geben Sie die Itemzahl und eine kurze Erklärung an.
- 2) Gibt es weitere Punkte, die Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens aufgefallen sind? Wenn ja, geben Sie diese bitte im folgenden Freitextfeld an.
- 3) Was möchten Sie noch zum Fragebogen mitteilen?

Diese wurden ähnlich wie die Aussagen in den kognitiven Interviews dahingehend ausgewertet, ob Items verstanden wurden und für die Teilnehmer*innen nachvollziehbar sind.

Um die Bearbeitungsdauer zu erfassen, wurde zu Beginn und am Ende des Fragebogens nach der Uhrzeit gefragt. Der vollständige Pilot-Fragebogen ist in Kapitel 6.7 einzusehen.

Nach der Pilotierung erfolgte die Auswertung der Fragen. Hierfür wurden sowohl die Anmerkungen zu den jeweiligen Items als auch die drei Fragen am Ende des Fragebogens ausgewertet. Dabei stand vor allem das Verständnis der Fragen, die Rückschlüsse auf die befragte Situation und die Anwendbarkeit im Alltag bzw. die Dauer im Vordergrund.

Je nach Auswertung wurden unverständliche oder nicht eindeutig formulierte Items geändert, angepasst oder unter Umständen entfernt, sollten Redundanzen genannt werden.

Die Anzahl von geplanten 30 Teilnehmer*innen beim Pretest erlaubt die Möglichkeit, dass eine erste Auswertung des Fragebogens, wie sie auch später bei einer umfassenderen Erhebung stattfinden soll, durchgeführt werden kann.

Der Fragebogen soll Aufschluss darüber geben, in wie weit die aus dem qualitativen Teil der Studie identifizierten Triggerfaktoren Anerkennung in einer größeren Kohorte von Intensivpflegenden finden. Um dies herauszufinden, ist die Häufigkeit der Zustimmung von Interesse, wobei Trigger, denen mindestens die Hälfte der Teilnehmer*innen zustimmt oder eher zustimmt, als anerkannt gesehen werden. Trigger, denen mindestens die Hälfte der Teilnehmer*innen nicht oder eher nicht zustimmt, werden als abgelehnt definiert.

Hierbei kann es durch die Antwortmöglichkeit „keine Angaben“ zu nicht eindeutig zuzuordnenden oder unsicheren Triggerfaktoren kommen. Diese werden ebenfalls als solche identifiziert. Eventuell lässt die Auswertung der Pilotierungsfragen Rückschlüsse auf bestehende Probleme mit dem Trigger oder dem Item zu.

2.3 Gütekriterien

Gütekriterien dienen dazu, Methode und Ablauf einer Studie qualitativ zu bewerten und Studien untereinander vergleichen zu können. Der Grad der wissenschaftlichen Aussage der Ergebnisse kann abhängig davon sein (Lamnek, 2010).

Über Gütekriterien qualitativer Forschungsarbeiten ist in der Literatur eine Diskussion entstanden, die drei Grundpositionen ausmachen lässt (Flick, Kardoff & Steinke, 2019).

- 1) Die Übertragung von Kriterien aus der quantitativen Forschung geht mit der Auffassung von Einheitskriterien einher, mit denen jede Forschungsarbeit bewertet werden kann. Die Kriterien der quantitativen Forschung sollen hierbei an die qualitative Forschung angepasst werden.

- 2) Die zweite Position hebt die Besonderheit der qualitativen Forschung hervor und bezweifelt eine Übertragungsmöglichkeit quantitativer Kriterien. Hier wird der Bedarf an eigenen qualitativen Gütekriterien vertreten.
- 3) Anhänger der dritten Position lehnen Gütekriterien für qualitative Forschung ab, weil eine sozial konstruierte Welt nicht mit Standards vereinbar ist.

Trotz der drei eher kontroversen Positionen lässt sich jedoch sagen, dass Gütekriterien auch in qualitativer Forschung für eine Anerkennung der Ergebnisse auch außerhalb der eigenen Forschungsgruppe vonnöten sind. Die Übertragung quantitativer Methoden ist dennoch eher schwierig, weil sie für andere Designs entwickelt wurden. Qualitative Arbeiten können durch eine Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses ihre Qualität zeigen. Nachvollziehbarkeit wiederum kann durch eine ausführliche Dokumentation des Ablaufs der verschiedenen Schritte im Forschungsprozess erreicht werden. Voraussetzung hierfür ist eine detaillierte Darstellung der Transkriptionsregeln und der Methode der Datenerhebung und –auswertung. Teilnehmerzitate können zur Nachvollziehbarkeit beitragen (Flick, Kardorff, & Steinke, 2019).

So genannte Peergroups, in denen die Daten, der Umgang mit ihnen und ihre Interpretation mit anderen Forschern diskutiert werden können, können ebenso zur Nachvollziehbarkeit beitragen (Flick et al., 2019). Die multiprofessionelle Auswertungsgruppe, die nach der Auswertung auf bestimmte Abschnitte der Transkripte unabhängig der zuvor identifizierten Kategorien geschaut und diese ausgewertet hat, trägt bei dieser Arbeit für den qualitativen Teil zur Güte bei.

Eine schrittweise und systematische Analyse, wie sie die im qualitativen Teil der Studie genutzte inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2018) bietet, kann die Nachvollziehbarkeit ebenfalls erhöhen (Flick et al., 2019).

Die Angemessenheit des Forschungsprozesses wird als zusätzliches Gütekriterium qualitativer Forschung beschrieben (Flick et al., 2019). Bevor Triggerfaktoren auf ihre Akzeptanz hin überprüft werden können, müssen diese festgelegt werden. Die Literatur gibt vor allem in Bezug auf eine pflegerische Perspektive in Deutschland kaum Informationen dazu. Qualitative Forschung kann genutzt werden, um Sachverhalte zu erfahren, die bisher nicht oder nicht ausreichend untersucht wurden bzw. zu denen es kaum Literatur gibt, um eine angemessene Grundlage für weitere Forschungsprozesse zu bieten.

Zudem bietet sie die Möglichkeit, dass die Zielgruppe sich selbst äußern und ihre eigenen Perspektive ohne Vorangaben mitteilen kann. Durch die Möglichkeit des gezielten Nachfragens des Interviewers kann das Gespräch detaillierte Informationen zum Verständnis des Gesagten liefern.

2.4 Ethikvotum

Für die vorliegende Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Studennummer 6114R) vor. Der Pilot-Fragebogen wurde nach Fertigstellung und vor der Pilotierung als Amendement eingereicht und ebenfalls positiv beschieden.

Das Forschungsvorhaben geht von allgemeingültigen ethischen Grundsätzen im Zusammenhang mit Forschung aus (Schnell & Heinritz, 2006).

Sowohl im qualitativen Teil der Studie als auch bei der Pilotierung des Fragebogens wurden die Teilnehmer*innen über das Projekt aufgeklärt, um eine informierte Zustimmung im Sinne eines informed consents geben zu können. Sie konnten eine Teilnahme annehmen oder ablehnen. Zudem wurde ihnen die Möglichkeit erklärt, Interview oder Fragebogen jederzeit und ohne Angaben von Gründen abbrechen zu können und ihre Teilnahme zurückzuziehen. Daraus ergaben sich keine negativen Konsequenzen für sie. Informationsschreiben und Einverständniserklärung sowohl für die Fokusgruppen als auch für die Fragebogen-Pilotierung sind im Anhang (Kapitel 6.8) zu finden. Die Teilnehmer*innen des gesamten Projektes stellen keine vulnerable Gruppe dar, dennoch wurden zu ihrem Schutz keine personenbezogenen Daten der besonderen Art erhoben. Bei Teilnehmer*innen des qualitativen Teils wurden keine personenbezogenen Daten erhoben. Sie wurden zunächst pseudonymisiert, wobei der Zuordnungsschlüssel nur für die Promovierende als Interviewführende zugänglich war. Nach der Auswertung der Daten und einer fristgerechten Information der Teilnehmer*innen wurde der Zuordnungsschlüssel zur Anonymisierung vernichtet.

Im Fragebogen werden personenbezogene Daten ausschließlich in Clustern erhoben. Die Erhebung erfolgte anonymisiert.

3. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an der genutzten Methode, wobei zunächst der qualitative Teil und folgend die Fragebogenentwicklung beschrieben wird. Für die qualitativen Ergebnisse werden zunächst Haupt- und Subkategorien und damit die in den Fokusgruppen benannten Triggerfaktoren beschrieben. Im Anschluss erfolgt die Darstellung von Zusammenhängen und am Ende eine Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse. Bei der Fragebogenentwicklung werden die gebildeten Items sowie die Ergebnisse aus den kognitiven Interviews und der Pilotierung beschrieben. Am Ende wird der finale Fragebogen gezeigt.

3.1 Ergebnisse qualitativer Teil

3.1.1 Fokusgruppen und Teilnehmer*innen

Es fanden sechs Fokusgruppen an den Universitätskliniken Düsseldorf, Aachen, Bonn und Köln statt, wobei an der Düsseldorfer Universitätsklinik drei Fokusgruppen stattfanden und an den anderen drei Unikliniken jeweils eine.

Die Teilnehmer*innenzahl pro Fokusgruppe variierte zwischen zwei und neun. Obwohl laut Methode die Fokusgruppen erst ab drei Teilnehmer*innen stattfinden sollten, wurde die Gruppe mit zwei Teilnehmer*innen nicht abgesagt. Die Ursache für den Ausfall zuvor festgelegter Teilnehmer*innen lag in spontan auftretenden Krankheitsausfällen, zudem ist der Ablauf auf einer Intensivstation nicht immer planbar, so dass spontan kein Ersatz gefunden werden konnte. Die Teilnehmer*innen kamen jedoch extra zum vereinbarten Termin und es handelte sich um zwei sehr erfahrene Pflegende. Daher wurde spontan abgesprochen, die Fokusgruppe durchzuführen und bei Bedarf eine weitere zur Ergänzung stattfinden zu lassen. Es handelte sich dabei nicht um die erste Fokusgruppe, so dass bewertet werden konnte, in wie weit die Fokusgruppe Informationen für die Datenanalyse liefern konnte. Bei der Neunergruppe bestand ebenso der Wunsch, die Gruppe nicht aufzuteilen, weil aufgrund der Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege nicht alle Teilnehmer*innen dauerhaft in der Klinik tätig sind und die Erwartungen von gegenseitigen Ergänzungen bestanden hat. Die anderen Einschlusskriterien wurden erfüllt. Trotz der höheren Teilnehmer*innenzahl war die Atmosphäre offen, ehrlich und alle Teilnehmer*innen haben ihre Perspektive äußern können.

Die Fokusgruppen, die im Zeitraum von Februar 2018 bis Juli 2019 stattfanden, dauerten 45 bis 90 Minuten. Nach vier Fokusgruppen deutete sich eine Sättigung an, die nach der fünften Fokusgruppe deutlicher wurde. Zum Festigen fand eine sechste Fokusgruppe statt, in der keine neuen Informationen benannt wurden.

Insgesamt haben 28 Intensivpflegende die die Einschlusskriterien erfüllt haben, an den Fokusgruppen teilgenommen. Davon 18 Frauen und zehn Männer, deren Berufserfahrung im Intensivbereich zwischen anderthalb und 29 Jahren lag. 17 Teilnehmer*innen haben die Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege absolviert. Alle Teilnehmer*innen haben während ihrer Tätigkeit im Intensivbereich Erfahrung mit dem Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin gemacht. Sie kamen aus den Intensiv-Fachbereichen Konservative Medizin, Chirurgie und Neurochirurgie, wobei nur eine Fokusgruppe fachübergreifend war. Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Fokusgruppen.

Fokusgruppe	Teilnehmer*innen insgesamt/ mit Weiterbildung	Fachbereich
1	neun/ fünf	Chirurgie
2	vier/ drei	Neurochirurgie und Chirurgie
3	fünf/ drei	Innere Medizin
4	zwei/ zwei	Innere Medizin
5	drei/ zwei	Neurochirurgie
6	fünf/ zwei	Innere Medizin

Tabelle 1: Zusammensetzung der Fokusgruppen (zufällige Reihenfolge, um eine Rückverfolgung zu verhindern)

3.1.2 Erfahrungen mit spezialisierten Palliativteams

Alle Teilnehmer*innen in jeder Fokusgruppe haben Erfahrungen mit dem Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin gemacht. In sämtlichen beschriebenen Fällen wurde die Konsilanforderungen an den palliativmedizinischen Dienst an sich als angemessen empfunden, kritisiert wurde eher der Zeitpunkt, der als zu spät benannt wurde.

„Wir sind wahrscheinlich eher zu spät als zu früh“ (FG 6)

Die Teilnehmer*innen haben zu verstehen gegeben, dass die spezialisierte Palliativmedizin eher selten hinzugezogen wird, sie sich das aber häufiger wünschen bzw. es häufiger als angemessen angesehen wird.

„Ich glaub auch nicht, dass es [...] so unbedingt eah sehr gewünscht ist [...] das ist eahm bei uns eher rar gesät“ (Fokusgruppe (FG) 3)

In einer Fokusgruppe wurde darauf hingewiesen, dass die spezialisierte Palliativmedizin zwar immer noch selten hinzugezogen wird, sie aber das Gefühl haben, dass es im Verlauf der letzten zwölf Monate eher zunimmt.

„grundsätzlich zunehmend“ (FG 1)

Die Notwendigkeit palliativer Begleitung sahen die Teilnehmer*innen für einen Großteil der Patient*innen, schon allein durch eine als hoch empfundene Mortalität.

„ich meine wie viele Prozent hier sterben, 40%“ (FG 3)

Sie sehen in den Mitarbeiter*innen der spezialisierten Palliativmedizin Expert*innen in Bezug auf Symptomkontrolle, die den Betroffenen die Situation so angenehm wie möglich gestalten. Sie können bei der Reflexion des eigenen Handelns und des Handelns des Intensivteams unterstützen.

„Und das sind ja nun mal die Profis, die sich darauf spezialisiert haben zu sagen und zu beurteilen, Leiden zu vermindern und [...] den letzten Weg so angenehm wie möglich zu gestalten.“ (FG 3)

Dies bezieht sich nicht ausschließlich auf die letzten Lebensstunden, sondern allgemein auf die schwere Zeit, die Patient*innen für die Dauer ihres Intensivaufenthaltes durchleben.

„einfach 'ne Stunde lang mal was Gutes demjenigen tut [...] auch mal was Schönes für denjenigen macht“ (FG 1)

Aufgrund dieser Wahrnehmung gaben die Teilnehmer*innen an, dass sie von den Kolleg*innen der spezialisierten Palliativmedizin immer wieder im Erfahrungsaustausch bzw. in der gemeinsamen Versorgung der Patient*innen etwas lernen konnten. Dies bezieht sich sowohl auf Symptomkontrolle als auch auf die Begleitung von Angehörigen und die Versorgung von sterbenden und verstorbenen Patient*innen.

„wir haben alles Mögliche ausprobiert, um sie schmerzfrei zu bekommen [...] die [Palliativmediziner] haben mal richtig gut, klare Ansage gemacht. [...] da konnte man sehr viel lernen, insofern, was die Schmerztherapie angeht“ (FG 3)

„gibt's ein paar Sachen, die wir von euch, also mal lernen könnte vom Palliativteam“ (FG 3)

„Expertise einfach nutzen, die die mitbringen“ (FG 6)

Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass sie die Erfahrung gemacht haben, nicht nur in Bezug auf Patient*innenbetreuung von der spezialisierten Palliativmedizin zu profitieren, sondern, dass sie selbst auch Unterstützung im Umgang mit belastenden Situationen erhalten haben.

„wir werden ja auch mit Emotionen eah vollgeballert und eahm kriegt man auch einfach mal Unterstützung dadurch“ (FG 1)

„wir dann am nächsten dran sind“ (FG 2)

Aufgrund ihres Vorwissens und der gemachten Erfahrungen war den Teilnehmer*innen klar, dass das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin keine endgültige Entscheidung gegen Kuration ist. Vor allem auf Intensivstationen befinden sich Patient*innen in einem kritischen Zustand bei dem nicht klar ist, wie und ob sie diesen überstehen. Die spezialisierte Palliativmedizin kann hinzukommen, sich aber auch bei einer Stabilisierung der Situation wieder zurückziehen.

„dass man da halt auch [mit dem Palliativteam] noch mal gestärkt wieder hervorgehen kann [...] also aus einer tiefen Lebenskrise, Überlebenskrise, aber auch wieder auf ein Niveau gebracht werden kann was noch mal ein adäquates Weiterleben ermöglicht.“

(FG 4)

3.1.3 Kategorien

Insgesamt konnten vier Hauptkategorien mit drei bis 15 Unterkategorien identifiziert werden, die in Tabelle 2 aufgezeigt und folgend näher beschrieben werden.

Hauptkategorie	Unterkategorien
Prognose	ethische Einschätzung der Patient*innensituation
	ethische Einschätzung der Therapie
	therapeutische Grenzen
	natürliches Versterben
	umfassende Wahrnehmung der Patient*innensituation
	Entscheidungsfindung
	Konsequenz in der Durchführung von Entscheidungen
	Fortschreiten der Erkrankung
	Beatmungspflicht
	Hirnschädigung
	infauste Prognose
	bestimmte onkologische Erkrankungen
	Komplikationen
	Notwendigkeit einer Reanimation
Liegedauer auf ITS	
Beziehungsebene	Einbezug des Pflegepersonals
	Kommunikation
	Wissen über Palliative Care
Angehörige	starke Belastung
	Einbezug in die Versorgung
	Entscheidungsfindung
	Therapiewunsch
	Palliativwunsch
Patienten	Alter
	Palliativwunsch
	Symptombelastung

Tabelle 2: Haupt- und Unterkategorien

3.1.3.1 Prognose

Prognose ist im medizinischen Bereich die Vorhersage des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs. Die meisten der von den Teilnehmer*innen benannten Eigenschaften, aufgrund derer sie den palliativmedizinischen Dienst anfordern würden, beziehen sich auf eine eher lebenslimitierende bzw. unklare Prognose.

„keine Therapie mehr möglich ist [...] und mehr möchten [...] keine Hoffnung mehr auf Genesung oder dass sie noch mal in ihr altes Leben zurückkommt“ (FG 6)

Patient*innen auf Intensivstationen befinden sich in einer gesundheitlichen Krise, wobei das vorrangige Ziel zunächst darin liegt, die Betroffenen soweit zu stabilisieren, dass sie diese Krise überleben. Nicht in allen Situationen ist dies möglich bzw. von vornherein absehbar, dass es möglich sein wird. Der Zustand der Patient*innen kann sich spontan sowohl in eine Stabilisierung, Verbesserung als auch eine Verschlechterung ändern.

Bei anderen Patient*innen lag vor der Krise eine Grunderkrankung vor, die die Situation auf der Intensivstation und die Behandlung in Richtung Überleben erschweren kann bzw. die Möglichkeit der Kuration nicht gegeben ist. Bei diesen Patient*innen handelt es sich bei der Intensivtherapie eher um eine Stabilisierung und Lebenserhaltung, Heilung wird weniger als Therapieziel gesehen.

Ethische Einschätzung der Patient*innensituation

Die Teilnehmer*innen gaben an, dass aus ihrer Perspektive bestimmte Patient*innensituationen in ihrem Verständnis ethisch nicht vertretbar sind.

„wo wir eigentlich nicht verstehen konnten, dass [...] wo's ethisch nicht mehr vertretbar war“ (FG 3)

Häufig haben sie das Gefühl, dass Patient*innen weniger als Mensch mit eigenen Wünschen und Bedarfen wahrgenommen werden, die in Therapieentscheidungen nicht einbezogen werden. Die Gesamtsituation wird außer Acht gelassen und es findet eine Fokussierung auf die Erkrankung oder auch auf die Intensivindikation statt.

„Patienten nicht als Patienten als Menschen gesehen werden, die vielleicht auch irgendwann mal gehen wollen“ (FG 3)

Angehörige, die sich aufgrund ihres Alters oder eigener Vorerkrankungen ebenfalls in schwierigen Situationen befinden, sind oft nicht bekannt bzw. erhalten kaum Unterstützung.

„einfach auch ethisch ein bisschen schwierig finde, und [...] dass man ja das ganzheitliche auch mit Palliativ [...] seine Ehefrau war 86 Jahre alt“ (FG 1)

Patient*innen liegen lange auf der Intensivstation, ohne dass es für die Pflegenden ein nachvollziehbares oder erreichbares Therapieziel gibt. Diese Wahrnehmung wird durch die lange Zeit verstärkt, die die Patient*innen auf der Intensivstation liegen, ohne dass es eine Veränderung des Zustands gibt.

„Also ein Patient war ein Jahr hier. [...] weil's einfach nicht mehr tragbar war, weil's kein Ziel gab“ (FG 6)

In diesen Situationen wünschen sie sich Unterstützung durch die spezialisierte Palliativmedizin. In den Kliniken, in denen ein klinisches Ethikkomitee etabliert ist, wurde auch dieses als eine mögliche Unterstützung benannt, allerdings mit einem noch selteneren Einbezug.

„[in den letzten 1 ½ Jahren] wars vielleicht zweimal, dreimal [...], dass das Ethikkomitee eingeschaltet oder dass es hier war“ (FG 3)

Ethische Einschätzung der Therapie

Die ethische Einschätzung von Pflegenden, bei denen sie Unterstützung durch die spezialisierte Palliativmedizin anfordern würden, bezieht sich nicht ausschließlich auf die Patient*innensituation, sondern auch auf durchgeführte Therapien. Pflegende sind in diese durch die angeordnete Durchführung einbezogen, halten sie aber nicht immer in jeder individuellen Patient*innensituation für angemessen.

„ich geh da nicht mehr rein, weil das mit meiner Welt und einer Ethik nicht mehr vertretbar ist“ (FG 3)

Therapien können auch Reanimationen sein, die trotz niedriger oder kaum vorhandener Chancen für die Betroffenen, den vorherigen Zustand wieder zu erreichen, durchgeführt oder weiter fortgesetzt werden. Hier denken die Pflegenden vor allem an eine dadurch fehlende Oxygenierung, die Folgeschäden und Beeinträchtigungen mit sich bringt.

„Ist das ethisch jemanden wieder wach werden zu lassen, der wahrscheinlich so viel Substanz verloren hatte, dass er vielleicht, wenn es gut läuft noch atmet, aber sonst nichts mehr macht.“ (FG 3)

Hier geht es weniger darum, in solchen Fällen die Reanimation definitiv frühzeitig abubrechen oder gar nicht erst durchzuführen, als mehr darum, in solchen Situationen das Handeln zu reflektieren. Für eine Vorbereitung auf solche Notfallsituationen, können nach Möglichkeit vorab Gespräche stattfinden oder Entscheidungen festgelegt werden.

„dass wir uns über ethische Zusammenhänge hier Gedanken machen müssen“ (FG 2)

Die Teilnehmer*innen sahen in solchen Fällen die Notwendigkeit eines Hinzuziehens der spezialisierten Palliativmedizin nicht unbedingt darin, dass sie dann die ethischen Entscheidungen treffen bzw. Therapien einstellen sollen. Die spezialisierte Palliativmedizin könnte ihres Erachtens nach bei der Reflexion des therapeutischen Handelns unterstützen und ihre Einschätzung über die Situation und Prognose der Patient*innen beitragen.

„das war son Punkt für [...] fürs Palliativteam“ (FG 3)

„und da glaub ich, ist die Palliativ [...] ne gute Hilfeleistung“ (FG 1)

Therapeutische Grenzen

Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass der palliativmedizinische Dienst beim Erkennen und Einhalten von therapeutischen Grenzen das Intensivteam unterstützen könnte.

„wir da keine Begrenzungen haben, machen wir halt auch alles“ (FG 5)

Daher würden sie für Patient*innen, bei denen das Therapieziel von Stabilisierung oder Lebensrettung nicht (mehr) deutlich zu erkennen ist oder nicht mehr zu erreichen scheint, eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin anfordern. Diese kann hier durch ihre Perspektive bei der Einschätzung und einer möglichen Therapiezieländerung unterstützen.

„[bei] der Akzeptanz einfach, dass wir irgendwann mal mit allem was wir machen können, wir können ja schon viel medizinisch gesehen, damit am Ende sind“ (FG 3)

Die Schwierigkeit der Einschätzung wird von den Teilnehmer*innen ebenfalls gesehen, weil Patient*innen, deren Überlebenschancen medizinisch eher als gering eingeschätzt wurden, sich durch die intensiven therapeutischen Maßnahmen stabilisiert und erholt haben.

„schwierig, das einzuschätzen bei manchen Patienten. Ich habe hier auch schon Fälle gehabt, die man fünfmal tot geglaubt hat, die hinterher eahm ein paar Wochen später oder Monate später über Station gelaufen sind“ (FG 3)

Aber auch bei solchen Fällen sahen die Teilnehmer*innen Grenzen bzw. Merkmale oder Bedingungen, die dazu führen sollten, die spezialisierte Palliativmedizin hinzuziehen, um bei Entscheidungen für oder gegen eine Therapiezieländerung zu unterstützen.

„wir sind hier schon wirklich durch Dreck gegangen und haben ‘ne junge Mutter wieder zurück ins Leben gebracht, wo keiner auch nur, also das ist jetzt immer schwierig, das zu sagen, aber das hält auch nur solange man miteinander spricht und man kann’s ja auch ‘ne bestimmte Zeit versuchen, aber irgendwann [...] wenn’s über Wochen geht. Dann wird’s halt fraglich und dann braucht man Hilfe von außen.“ (FG1)

Natürliches Versterben

Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass durch den Fortschritt der Medizin und der vielen Möglichkeiten das Leben zu verlängern, auf Intensivstationen Patient*innen kaum noch natürlich versterben, d.h. ohne dass Therapien mit bewussten Entscheidungen zunächst beendet werden müssen. Sie beschreiben das Versterben als etwas Bewusstes, weil eine Entscheidung gegen eine Beatmung und Medikation gefällt werden muss, die zudem erst durch Handlungen umgesetzt wird.

„Aber er kann noch nicht sterben, weil wir mit unseren Geräten einfach auch dazwischen eah im Weg stehen. Was machen wir weg, was tun, was unterlassen wir? (FG 4)

Durch das frühzeitige Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes und ihre Einschätzung der Erkrankungs- und Patient*innensituation, auch bei Patient*innen, bei denen eine Prognose nicht klar absehbar ist, kann ein natürliches Versterben ermöglicht werden.

„wir sind aber auch nicht so weit in der Medizin gegangen, und es hatte alles noch ein etwas natürlicheres Ende. Und jetzt muss man da andere Hilfe halt haben.“ (FG 1)

Umfassende Wahrnehmung der Patient*innensituation

Die Teilnehmer*innen beschrieben Situationen, in denen sie das Gefühl bekommen haben, dass Patient*innen nicht umfassend auf den vier Ebenen physisch, psychisch, sozial und spirituell wahrgenommen wurden. Auch weitere bestehende Erkrankungen, Alter oder Allgemeinzustand wurden nicht gesehen und damit auch nicht in Entscheidungen einbezogen. Ihrer Meinung nach könnten diese Patient*innen von Palliativteams profitieren, weil die Mitarbeiter*innen versuchen alle Gegebenheiten in die Perspektive einzubeziehen.

„weil nur der Bauch gesehen wurde [...] aber dieses ganze Drumherum, dieses Bild einfach gefehlt hat.“ (FG 1)

„nicht nur die Kopfverletzung, sondern massive kardiale Schwierigkeiten, die sie nicht überleben wird“ (FG 5)

Entscheidungsfindung

Bei Patient*innen, bei denen eine Prognose nicht klar zu benennen ist, bzw. die Möglichkeit sowohl von Verbesserung als auch Verschlechterung der Situation besteht, kann die spezialisierte Palliativmedizin als Begleiter hinzugezogen werden, um bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

„schwierig sind halt die Fälle, wo man sich nicht sicher ist und da tun sich halt unsere Ärzte [...] schwer, weil die die Entscheidungstreffer sind“ (FG 5)

Auch wenn bei Patient*innen eher eine schlechte Überlebensprognose besteht, können Entscheidungen der Therapiezieländerung schwerfallen, wobei die externe Perspektive der spezialisierten Palliativmedizin mit der Expertise in der Versorgung bei einem geänderten Therapieziel beratend hinzugezogen werden sollte.

„das Ganze sich mit MSI [Morphin] Perfusor ungefähr halbe Woche gezogen bis dann unser Oberarzt dann am Wochenende kam und dann [...] und jetzt machen wir alles aus [...]. Und das hätte man eigentlich viel schöner also viel besser machen können, für den Patienten“ (FG 6)

Dabei kann es auch um Angehörige gehen, die aufgrund einer Vorsorgevollmacht in Entscheidungen einbezogen werden oder diese sogar treffen sollen. Angehörige sind den Patient*innen allerdings sehr nah, können kaum eine distanzierte Perspektive einnehmen und haben meist kein medizinisches Wissen. Daher können solche Entscheidungen eher eine Überforderung darstellen.

„also wenn die Angehörigen zu viel Entscheidungs- oder mit Entscheidung haben eahm was nicht zu deren Aufgabe gehört“ (FG 6)

Konsequenz in der Durchführung von Entscheidungen

Die Teilnehmer*innen beschrieben Situationen, in denen trotz getroffener Entscheidungen für eine Weiterbehandlung im Sinne von Best Supportive Care mit Reduzierung oder Einstellung der intensivmedizinischen Maßnahmen zur Lebenserhaltung diese Maßnahmen erneut ergriffen wurden bzw. es zu keiner Umsetzung der Entscheidung kam. Ihrer Meinung nach würden die betroffenen Patient*innen von der Mitbetreuung durch die spezialisierte Palliativmedizin profitieren, weil sie bei der notwendigen Konsequenz unterstützen können.

„Eigentlich war schon klar, dass nichts mehr bei der Frau gemacht wird, schon seit Monaten. Und es wird trotzdem, trotzdem gemacht“ (FG 6)

„Ich würde noch früher damit [palliative Betreuung] beginnen [...] da ist ansonsten kein Gang drinne [...] da wäre es wünschenswert, wenn da ein Konzept hinter stehen würde.“ (FG 2)

„Und 'ne Woche später kommt dann irgendeiner auf die Idee wir machen wieder Maximaltherapie und fangen von vorne an.“ (FG 3)

Fortschreiten der Erkrankung

Die Teilnehmer*innen gaben an, dass sie die spezialisierte Palliativmedizin bei Patient*innen hinzuziehen würden, deren Erkrankung weit fortgeschritten ist, unabhängig davon, ob durch die Erkrankung zu Beginn schon eine lebenslimitierende Prognose bestand, ob diese im Verlauf hinzukam oder ob sie durch weitere Erkrankungen bedingt ist.

„wo man weiß, dass die Erkrankung wirklich weit fortgeschritten ist, das ist 'ne palliative Situation“ (FG 3)

„Ich könnte mir auch bei schweren fortgeschrittenen organischen Grunderkrankungen vorstellen. Einfach zu sagen, der Palliativdienst kommt hinzu.“ (FG 5)

Beatmungspflicht

Patient*innen die über einen langen Zeitraum beatmet werden müssen, könnten nach Ansicht der Teilnehmer*innen von einer Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin profitieren. In diesen Fällen könnten die Mitarbeiter*innen beratend zur Seite stehen und die Prognose und damit das mögliche weitere Vorgehen aus ihrer Perspektive betrachten.

„Als Triggerpunkt [...] wenn schon lange beatmet ist und man kriegt ihn von der Beatmung nicht weg.“ (FG 2)

Hirnschädigung

Die Teilnehmer*innen sahen bei Hirnschädigungen durch z.B. Hypoxie bedingt durch bspw. Reanimation oder z.B. durch Traumata einen Grund, eine spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung zu veranlassen. Dabei ist das Ausmaß der Schädigung nicht von Relevanz. Die Teilnehmer*innen bedenken bei der Entscheidung für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin die von den Betroffenen für sich selbst beurteilte Lebensqualität.

„also nicht ganz hirntot, aber eben Lebensqualität“ (FG 1)

„Oder halt [...] schwere Schädelhirntraumata“ (FG 2)

Bei Hirnschädigungen, die so schwer sind, dass der Hirntod festgestellt wird, geht es bei der palliativen Begleitung vor allem um die Angehörigen.

„für jemand der hier als Organspender liegt nach Hirntod, um die Familien aufzufangen, in der Zeit wo man wartet.“ (FG 5)

Infauste Prognose

Eine feststehende infauste Prognose war für die Teilnehmer*innen grundsätzlich ein Grund, die spezialisierte Palliativmedizin hinzuzuholen. Diese kann vor dem Aufenthalt auf der Intensivstation bestanden haben, sie kann durch weitere Erkrankungen im Sinne der Multimorbidität bestehen oder durch die Intensivindikation. Hier machten die Teilnehmer*innen keinen Unterschied, und bei allen Möglichkeiten sehen sie einen Auslöser für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin.

„wirklich palliativ sind [...] dass man da einfach keine Heilung mehr bewirken kann“ (FG 3)

„infaust [...] wo man halt dann wirklich weiß, das kann man nur noch palliativ behandeln, also nicht mehr wirklich sanieren oder den retten und dass der oder die irgendwann schon sterben wird und dann halt die Palliativ eingeschaltet wurde, um das halt eher angenehm zu machen.“ (FG 1)

Bestimmte onkologische Erkrankungen

Als Auslöser für das Hinzuziehen einer spezialisierten palliativmedizinischen Mitbehandlung sahen die Teilnehmer*innen bestimmte onkologische Erkrankungen an, bei denen die Heilungschancen sehr gering sind und es bei den Therapiemöglichkeiten eher um eine Lebenserhaltung geht. Hierzu wurde in den Interviews das Glioblastom, das kleinzellige Bronchialkarzinom und bestimmte Arten der Leukämie gezählt.

„also vor allem [...] die AML Patienten, ALL Patienten“ (FG 3)

„da ist das Glioblastom [...] und auch das eahm BC“ (FG 3)

„Patienten mit ‘nem Bronchialkarzinom“ (FG 6)

„das Glioblastom ist halt so der Klassiker“ (FG 2)

Dabei ist es nicht von Relevanz, ob die Tumorerkrankung oder damit einhergehende Therapien Anlass für den Intensivaufenthalt sind, oder ob diese zusätzlich zu der Intensivindikation bestehen.

Komplikationen

Nach Ansicht der Teilnehmer*innen sollte die spezialisierte Palliativmedizin bei Patient*innen hinzugezogen werden, bei denen durch die Erkrankung oder durch durchgeführte Therapien und Maßnahmen Komplikationen entstehen, die die Gesamtsituation komplizieren, Symptombelastungen verstärken und Überlebens- oder Heilungschancen mindern. Solche Komplikationen können auch durch weitere Erkrankungen der Betroffenen entstehen.

„die mit Begleiterkrankungen [...] die fünf, sechs, sieben, die wir gar nicht mehr alle in den Griff kriegen können“ (FG 3)

„offenen Bauch und viele Drainagen und eahm ‘nen akutes Nierenversagen, die Lunge hat nicht funktioniert, ‘nen Multiorganversagen und und und“ (FG 1)

„wenn die hier an der Chemo landen und von einer Sepsis in die nächste fliegen“ (FG 6)

„und dann Organsysteme Komplikationen bekommen“ (FG 2)

Notwendigkeit einer Reanimation

Wird bei Patient*innen auf der Intensivstation zusätzlich zu den bestehenden Erkrankungen noch eine Reanimation notwendig oder sind sie unter Reanimation ins Krankenhaus und auf die Intensivstation gekommen, sahen die Teilnehmer*innen dies als Grund eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin anzufordern. Hierbei geht es vor allem um Patient*innen, bei denen sich eine Reanimation als schwierig darstellt, d.h. die Reanimation dauert sehr lange und es wird eine hohe Dosierung und vermehrte bis dauerhafte Gaben von herz-kreislaufstabilisierenden Medikamenten benötigt. Die Betroffenen erreichen nach der Reanimation nicht den vorherigen Zustand, sondern sind über eine lange Zeit auf eine Beatmung angewiesen und bedürfen die kreislaufstabilisierenden Medikamente weiterhin.

„unter Rea schon reingekommen [...] nach der Laufzeit, in dem PH und [...] nicht vorhandenen Oxygenierung“ (FG 3)

„Patienten, die einen DNR/ DNI Status haben, trotzdem auf unsere Station kommen“ (FG

3)

Liegedauer auf der Intensivstation

Liegen Patient*innen länger auf der Intensivstation sahen die Teilnehmer*innen darin einen Auslöser, um die spezialisierte Palliativmedizin hinzuzuziehen. Dabei geht es um ein frühzeitiges Kennenlernen der Patient*innen, ihrer Gesamtsituation und darum, im Verlauf zunächst beratend einer Einschätzung bezüglich Therapiezielen tätig zu sein und bei Bedarf die weitere Versorgung zu übernehmen. Die Definition von „länger“ wurde eher unterschiedlich gesehen, aber mit einer beratenden Aufgabe sahen sie die spezialisierte Palliativmedizin nach einer Woche auf der Intensivstation als hilfreich und notwendig für die Patient*innen an.

„bei jedem Langlieger-Patienten [...] eine wöchentliche Fallbesprechung, am besten nach der ersten Woche“ (FG 1)

„bei denen die Liegedauer schon sehr lange war und es zu keiner nennenswerten Besserung des Zustands gekommen ist.“ (FG 5)

„viele Langlieger [...] zwei Monate [...] 6 Monate [...] dreiviertel Jahr [...] und da vorher einschreiten und Unterstützung bekommen“ (FG 6)

3.1.3.2 Beziehungsebene

In den Interviews wurde von den Teilnehmer*innen an diversen Punkten der Versorgung ein Konfliktpotenzial zwischen der pflegerischen und der ärztlichen Berufsgruppe beschrieben. Dies bezieht sich sowohl auf den Umgang miteinander als auch auf den Umgang und die Versorgung mit und von Patient*innen und Angehörigen.

Einbezug des Pflegepersonals

In den Fokusgruppen wurde der fehlende Einbezug des Pflegepersonals in Therapieentscheidungen, Entscheidungen über das weitere Vorgehen und in Gespräche mit den Betroffenen bemängelt, wodurch Therapien unnötig lang aufrechterhalten bzw. eskaliert würden.

„häufig auch von Pflegenden vorab erwähnt (...), dass wir das mal gerne hätten, ob man sowas nicht in die Wege leiten könnte“ (FG 4)

„viele Fälle, die wir als palliativ sehen, aber die Ärzte nicht. Bei denen immer weiter Therapie geführt wird, bis sie dann irgendwann mal hier so schlecht sind, dass man nichts mehr für sie machen kann und dann sterben sie.“ (FG 6)

„Als Pflegende wirst du eigentlich nicht, was du da selbst zu denkst“ (FG 2)

Durch ihre Nähe zu den Patient*innen empfanden sie ihre Perspektive für relevant und sahen sich selbst in der Position, Entscheidungen gezielter und nach Patient*innenwunsch treffen zu können.

„Der gibt mir ganz klar zu verstehen eah, dass er nicht mehr will und dann kriegt man den schönen Satz, ja der kann gar nicht reden, wie willst du das denn wissen? (.) Und das tut mir manchmal ein bisschen leid, dass dann nicht mehr drauf eingegangen wird.“ (FG 2)

Als schwierig beschrieben die Teilnehmer*innen, wenn sie sich zusätzlich zu dem mangelnden Einbezug, in ihrer Wahrnehmung der Situation nicht ernst genommen fühlen.

„Und man steht da auch du weiß überhaupt nicht, was man jetzt tun soll. Ist nur sauer, dass es überhaupt nicht (.) richtig ernst genommen wird, von den Ärzten“ (FG 3)

In den oben beschriebenen Situationen sahen die Teilnehmer*innen Auslöser dafür, die spezialisierte Palliativmedizin zur Unterstützung mit hinzuziehen.

„da müssen wir jetzt noch mal jemanden ins Team holen, der da mit auf uns schaut und mit uns ´ne Lösung sucht“ (FG 1)

Kommunikation

Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass die Kommunikation von Seiten der Ärzt*innen mit Patient*innen, Angehörigen, aber auch mit ihnen nicht offen geführt wird. Daher können vor allem Angehörige häufig die Situation nicht erfassen und einschätzen, was die Entscheidungsfindung erschwert bzw. beeinflusst.

„Es wird nicht vernünftig mit den Angehörigen gesprochen. Wenn du mit denen redest, dann ist denen gar nicht bewusst, dass das der Zustand ist, in dem die Patientin bleiben wird“ (FG 3)

Sie haben die Erfahrung gemacht, dass Angehörige bei einer offenen Kommunikation eher nicht nur Verständnis für eine Therapiezieländerung haben, sondern sich auch weniger belastet fühlen.

„Die meisten Leute bei offenen geführten Gespräch, wo ganz klar gesagt worden ist [...] wir haben hier keine Option mehr. [...] Die meisten Leute sind dann irgendwann so weit, realisieren, verstehen und können dann auch mit dir die Entscheidung treffen, Mensch eigentlich, lassen wir es doch besser.“ (FG 3)

Häufig fühlten sich die Pflegenden dadurch in eine unangenehme Situation gedrängt, weil sie entweder mehr über die schlechte Prognose wissen, dies aber nicht sagen dürfen, oder weil sie von den Angehörigen nach mehr Informationen zum Verständnis gefragt werden.

„Angehörige, die dann fragen, warum können wir denn hier nicht aufhören, warum müssen wir hier noch, warum ist das jetzt ein Medikament jetzt, das war doch gestern raus, warum läuft das weiter hier. [...] Und dann kommt man in Erklärungsnot.“ (FG 3)

„Wir können den Angehörigen ja auch nichts Anderes sagen als die Ärzte denen sagen.

(FG 6)

Die spezialisierte Palliativmedizin sollte hinzugezogen werden, um die Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen zu verbessern. Daher würden die Teilnehmer*innen bei Patient*innen, bei denen sie selbst das Gefühl haben, dass nicht offen, ehrlich und detailliert kommuniziert wird, die spezialisierte Palliativmedizin um Unterstützung bitten.

„es wird nicht vernünftig mit den Angehörigen gesprochen. Wenn du mit den redest, dann ist denen gar nicht bewusst, dass das der Zustand ist, in dem die Patientin bleiben wird.“

(FG 3)

Die Kommunikation soll dann vor allem der Patient*innensituation aber auch den Angehörigen angemessen und angepasst sein. Zudem sollte sie so offen sein, dass die Beteiligten alle notwendigen Informationen für eine Entscheidungsfindung und für ein Verständnis der Gesamtsituation haben.

„medizinische Therapie ist ausgereizt, die Angehörigen sind noch nicht auf dem Stand.“

(FG 4)

Wissen über Palliative Care

Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass die Schwierigkeiten in der gemeinsamen Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Pflegenden über das weitere Vorgehen in der Patient*innenversorgung auch daraus entstehen, dass sie nicht das gleiche Wissen über Aufgabe und Tätigkeiten von Palliative Caren haben.

„die Expertise einfach mal nutzen, die, die mit bringen“ (FG 6)

„wir wollen jetzt nicht das Palliativkonzept eah anregen, um ihn jetzt ins Grab zu schicken, sondern einfach nur quasi um zu um schon mal zu gucken oder was eah, was man vielleicht besser machen könnte“ (FG 6)

Pflegende wissen, dass die spezialisierte Palliativmedizin Unterstützung für Patient*innen und Angehörige sein kann, Zeit und eine andere Perspektive einbringt und mit kleinen Maßnahmen versucht, die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern.

„weil da sind die ja auch geschult drin [...] dass wir dann auch sensibilisierter sind“ (FG 3)

„und da geht es dann um dieses Thema, wie zum Beispiel einfach noch mal irgendwie ‘ne Massage oder andere Mundpflege [...] der einfach ‘ne Stunde lang mal was Gutes demjenigen tut“ (FG 1)

Aufgrund des mangelnden Wissens über Palliative Care und fehlender Erfahrung brauchen nach Meinung der Teilnehmer*innen, Ärzt*innen Unterstützung bei der Therapiezielanpassung betroffener Patient*innen.

„unsere Ärzte sind glaub ich, finde ich, nicht in der Lage dazu son Palliativkonzept selber zu erstellen. Weil dazu haben sie zu wenig Erfahrung“ (FG4)

3.1.3.3 Angehörige

Die Teilnehmer*innen beschreiben, dass die Ursache für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin auch bei den Angehörigen liegen kann. Sie befinden sich häufig in einer Ausnahmesituation und können von dieser Mitbehandlung profitieren.

Starke Belastung

Sicherlich sind Angehörige von Intensivpatient*innen allein durch die Situation belastet, zunächst unabhängig von möglichen weiteren Verläufen. Sind Angehörige jedoch sehr stark belastet, können sie ebenso vom Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin profitieren.

„ganz große komplexe Krankheitssituation wo die Angehörigen begleitet werden müssen[...] wo auch jemand für die Angehörigen da sein sollte“ (FG 1)

Die Betreuung der Angehörigen durch die spezialisierte Palliativmedizin wurde von den Teilnehmer*innen der Fokusgruppen als hochwertiger beschrieben.

„sehe ich den größten Vorteil eahm eines Palliativkonsils in eahm der Betreuung der Angehörigen, weil das glaub ich besser und fokussierter läuft“ (FG 4)

Dies kann auch der Auslöser einer Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin sein, wenn die Patient*innen auf der Intensivstation gut betreut sind.

„wo wir die Patienten eigentlich gut abgedeckt haben, aber die Angehörigen halt nicht“ (FG 4)

Durch die von den Teilnehmer*innen beschriebene größere Erfahrung im Umgang und Gespräche mit Angehörigen, können sie diese bei der Verarbeitung der Erkrankungssituation der Patient*innen, unterstützen.

„das schrittweise, in Begleitung, dass die Töchter da, dadurch besser akzeptieren können, dass es nicht möglich sein wird, die Mutter noch mal zu operieren.“ (FG 5)

Einbezug in die Versorgung

Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen wünschten sich, dass es durch den Einbezug der spezialisierten Palliativmedizin gelingen kann, Angehörige in die Planung und Durchführung der Versorgung einzubeziehen. Daher sahen sie hier einen Auslöser für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin, wenn dies nicht gut funktioniert, die

Situation es jedoch erfordert bzw. Angehörige und Patient*innen davon zu profitieren scheinen.

„für die Angehörigen ein Benefit drin wäre, dass sie vielleicht nicht ganz so traumatisiert aus dem ganzen rausgehen“ (FG 3)

„Auch was die Angehörigen eah machen können, wie sie sich beteiligen können und das hat für viele eine große Erleichterung gebracht.“ (FG 5)

Die Teilnehmer*innen beschreiben ihr Wissen über den Einbezug von Angehörigen auf der Palliativstation, den sie sich in einem ähnlichen Maße wünschen.

„dass auf Palliativstationen die Angehörigen viel mehr mit einbezogen werden. Dass sie zum Beispiel die Pflege komplett mitmachen, eahm oder sei es der Patient ist verstorben, dass die Angehörigen den Patienten noch mal waschen dürfen.“ (FG 3)

Beim Einbezug der Angehörigen geht es aber auch darum, sie über die Situation aufzuklären und in Gespräche über den aktuellen Zustand, das weitere Prozedere und die Gründe für oder gegen therapeutische Maßnahmen einzubeziehen.

„das wird natürlich auch relativ wenig und offen sowas mit den Angehörigen diskutiert [...] die Angehörigen find auch auch ganz schlecht abgeholt“ (FG 6)

Gesehen wurde im Einbezug nicht nur der Vorteil für die Angehörigen selbst. Auch die Patient*innen können davon profitieren, weil Menschen einbezogen werden, die sie besser kennen und eigenen Bedürfnisse und Bedarfe stellvertretend äußern können.

„Aber Angehörige, die ihn seit 30 oder 40 Jahren kennen, die wissen auch ganz viel über ihn“ (FG 2)

Entscheidungsfindung

Aufgrund der Situation von Patient*innen, die intensivmedizinisch betreut werden müssen, sind diese häufig nicht in der Lage sich zu äußern, die aktuelle Situation adäquat zu erfassen oder können erst gar nicht auf Ansprache reagieren, weil sie sediert oder somnolent sind. Daher kommen nicht selten Angehörige, die als Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer*innen agieren, in die Lage, Entscheidungen im Sinne der Patient*innen treffen zu müssen. Diese Entscheidungen fühlen sich dann für die Angehörigen jedoch häufig sehr schwerwiegend an, weil es gefühlt um das Weiterleben der Patient*innen geht, und das in einer Situation, in der sie schon belastet sind und dessen Umfang sie vielleicht gar nicht ermessen können. Hier sahen die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen einen deutlichen Bedarf für eine Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin.

„dass eah diese die Verantwortung alleine tragen eahm das (.) wie soll das gehen?“ (FG 3)

„der Patient wird vielleicht versterben oder wird sterben befindet sich grad auf dem Weg oder ich muss das entscheiden. Das ist schwierig.“ (FG 3)

„wo man mit den Angehörigen das Gespräch führen kann, an welchen Weg man weiter geht“ (FG 6)

Therapiewunsch

Die Teilnehmer*innen beschrieben Situationen, in denen Angehörige einen hohen Therapiewunsch haben, diesen deutlich äußern und auch darauf bestehen. Dieser kann auch bestehen bleiben, wenn das Intensivteam sich einig ist, dass therapeutische Maßnahmen eher im Sinne von Best Supportive Care stattfinden sollten, weil die Patient*innen die Erkrankungssituation nicht überleben werden. Wenn Gespräche mit den Angehörigen über diese Situation stattgefunden haben, sie dennoch einen weiter bestehenden Therapiewunsch haben und äußern, könnte das Palliativteam bei der Unterstützung der Angehörigen und ihrer Verarbeitung der schweren Situation eine Ressource sein.

„dass sobald mit den Angehörigen über eah Einstellung der Therapie, Palliativ, Sterbebegleitung, wie auch immer gesprochen wird, dann heißt es immer, wir wollen keine Limitierung, also fast immer“ (FG 3)

„die medizinische Therapie ist ausgereizt, aber die Angehörigen sind noch auf dem Stand [...] Situationen eah wo Angehörige, die Therapie vorgeben und sich Ärzte erpressen lassen“ (FG 4)

„unsere Ärzte sehen überhaupt keinen Therapieansatz mehr und die Angehörigen sagen, sie wollen nicht, dass irgend 'ne Therapie eingestellt wird“ (FG 2)

Wunsch nach palliativmedizinischer Mitbehandlung

Wie bei Angehörigen ein hoher Therapiewunsch bestehen kann, kann bei ihnen auch ein Wunsch nach palliativer Versorgung oder Begleitung bestehen.

„ab und zu durch Angehörige selbst initiiert“ (FG 5)

Angehörige äußern selbst, dass sie die intensivtherapeutischen Maßnahmen in der Situation der Erkrankten nicht mehr nachvollziehen können und fragen nach, vor allem, wenn zunächst Best Supportive Care besprochen wurde, dann aber wieder neue therapeutische Maßnahmen hinzukommen.

„wo Angehörige keine Therapie mehr möchten“ (FG6)

Liegt eine Patientenverfügung vor und die Angehörigen sind sich sicher, dass der aktuelle Zustand samt intensivtherapeutischer Maßnahmen nicht dem Willen der Patient*innen entspricht, sahen die Fokusgruppenteilnehmer*innen hier einen Grund die spezialisierte Palliativmedizin hinzuzuziehen.

„Oder Angehörige kommen halt, neh und begrenzen das Ganze. Also wenn die mit dem Hinweis kommen, das hat mein Mann, mein Sohn nie gewollt, so ‘ne Therapieausweitung.“ (FG 2)

Sie können die Angehörigen in ihrer Entscheidung unterstützen oder das Intensivpersonal durch ihre Perspektive in der Entscheidung gegen weitere intensivmedizinische Maßnahmen stärken.

3.1.3.4 Patient*innen

Faktoren, die rein persönlich Patient*innen betreffen, können ebenso Auslöser für das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin sein.

Alter

Teilnehmer*innen beschrieben das Alter von Patient*innen als möglichen Auslöser für das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin. Vor allem bei jüngeren Patient*innen wünschten sie sich Unterstützung in der Versorgung, sehen aber auch einen großen Benefit für die Betroffenen.

*„eigentlich vorwiegend bei ganz jungen Patient*innen“ (FG 3)*

„Patientin, die mitten im Leben stand und eigentlich fit war“ (FG 1)

„Die Patienten sind jung, auch wenn sie natürlich krank sind und dann weiß man nicht wie viele Reserven die haben“ (FG 6)

Wunsch nach palliativmedizinischer Mitbehandlung

Besteht bei Patient*innen selbst der Wunsch nach palliativer Begleitung oder nach Best Supportive Care sollte nach Ansicht der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen die spezialisierte Palliativmedizin hinzugezogen werden. Dabei ist nicht relevant, ob der Wille noch von den Patient*innen selbst geäußert werden kann und wird oder ob dies aufgrund einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung durch die Angehörigen übernommen wird.

„Entweder weil der Wille schriftlich verfügt vorliegt oder der Patient sich auch noch zum Teil direkt äußert und sagt ich will das alles nicht“ (FG 4)

„Oder es ist jetzt wirklich so, dass der Patient auch sagt, ich möchte das einfach nicht.“ (FG 3)

„wo es auch darum geht, den Wunsch des Patienten zu respektieren und auch im Rahmen von Kommunikation dann umzusetzen“ (FG1)

Auch Abwehrreaktionen von Patient*innen, die nicht mehr in der Lage sind sich verbal zu äußern wurden von den Teilnehmer*innen als Hinweis auf Ablehnung der Therapie gesehen.

„wenn sie schon allein so ‘ne Abwehrhaltung gegen alles haben [...] das nur noch so zeigen können, dass wir die in Ruhe lassen sollen und die keine Lust mehr haben“ (FG 5)

Symptombelastung

Patient*innen, die trotz oder wegen der intensivtherapeutischen Maßnahmen eine verstärkte Symptombelastung haben, können nach Äußerungen der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen von einer Mitbehandlung durch das Team der spezialisierten Palliativmedizin profitieren. Solche Symptome können auf den vier Ebenen physisch, psychisch, sozial oder spirituell auftreten.

Der palliativmedizinische Dienst kann hier durch die eigene Expertise bei der Reduzierung der Symptome und somit zur Steigerung der Lebensqualität beitragen.

*„Aber sie haben wirklich Schmerzen, werden gequält, können gar nicht mehr reden kommen auch natürlich, weil das hoher Stress für den Körper ist, in Durchgangssyndrom“
(FG 1)*

„bei allen Patienten, wo ich meine, dass die nicht eahm (..) gut versorgt sind, mit Schmerzmedikamenten“ (FG 4)

„wie nimmt man ihr die Atemnot, die Psyche [...] wenn du dann auch ein Palliativkonsil stellst, kommt auch der Psychologe“ (FG 6)

„sich überlegen, was ihr gut tun würde, was gut für sie wär“ (FG 6)

3.1.4 Verbindungen der Kategorien

Die in Kapitel 3.1.3 beschriebenen Kategorien können teilweise in Verbindung zueinanderstehen bzw. einen Einfluss aufeinander haben. Haupt- und Subkategorien sowie ihre Verbindungen sind in Abbildung 5 auf der folgenden Seite zu sehen.

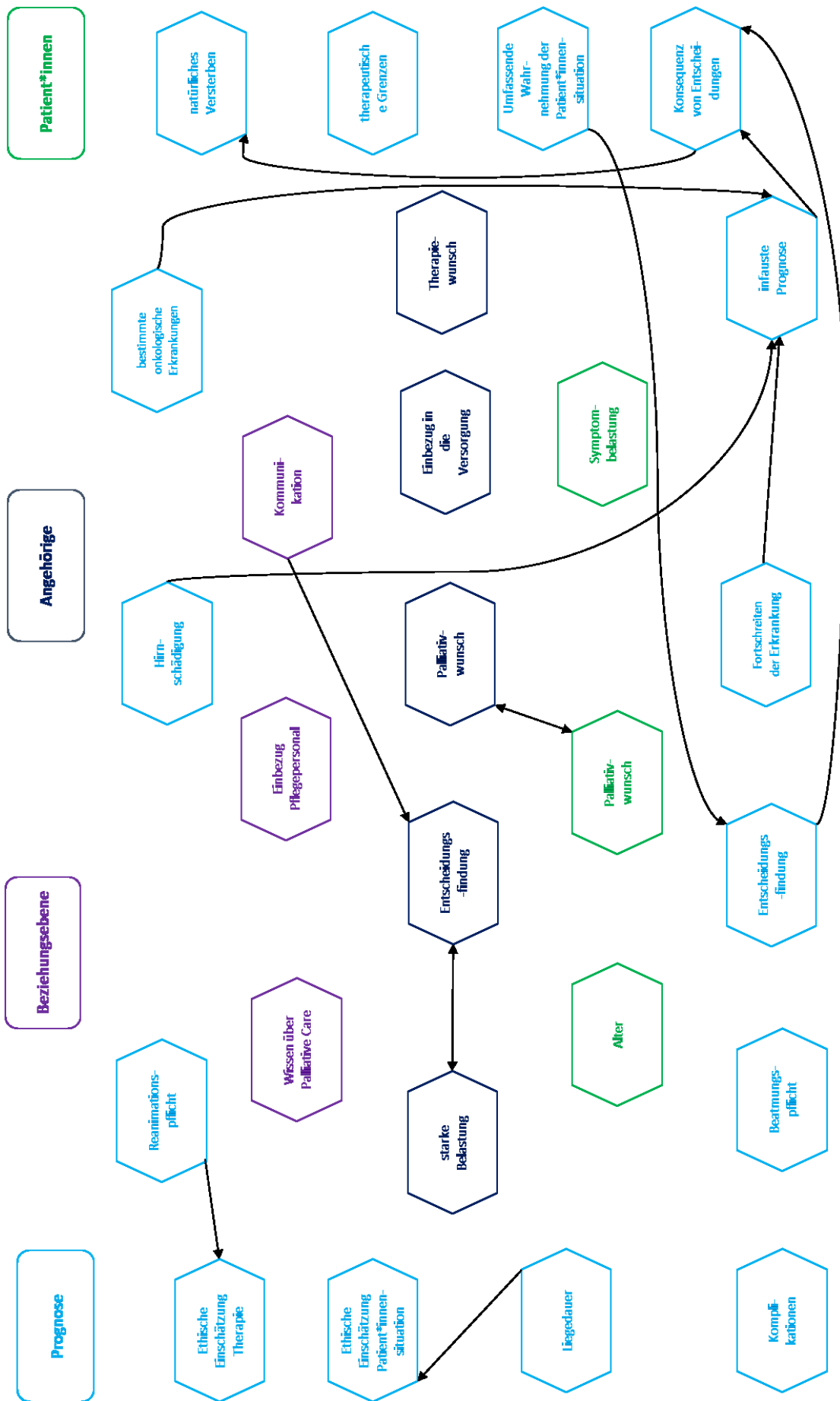


Abbildung 5: Mind Map der Ergebnisse und ihrer Zusammenhänge

Die Wahrnehmung der umfassenden Patient*innensituation und damit die Kenntnis davon kann einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung sowohl in Bezug auf ein Fortführen der Therapie als auch in Bezug auf eine Therapiezieländerung haben.

Je nachdem, ob die Kommunikation zwischen Betroffenen und dem Behandlungsteam transparent, offen und ehrlich ist, können dadurch Entscheidungsfindungen erleichtert oder erschwert werden. Bestehende Therapiewünsche von Angehörigen können darauf zurückzuführen sein, dass eine ehrliche Kommunikation über den Zustand der Patient*innen fehlt. Das Pflegepersonal lässt sich vor allem durch eine gemeinsame Kommunikation im Behandlungsteam auf interprofessioneller Ebene einbeziehen.

Müssen Angehörige Entscheidungen für die Patient*innen treffen, kann dies zu einer verstärkten Belastung führen, als die existenzielle Bedrohung einer nahestehenden Person ohnehin schon mit sich bringt. Diese grundsätzliche Belastung, die auch durch die Sorge um den Verlust dieser Person bedingt ist, kann andersrum Einfluss auf die Entscheidungen von Angehörigen haben.

Bestimmte onkologische Erkrankungen oder Hirnschädigungen werden vor allem als Trigger für das Hinzuziehen des Palliativteams gesehen, weil sie meist mit einer infausten Prognose einhergehen. Auch das Fortschreiten einer Erkrankung weist meist auf eine eher schlechte und damit lebenslimitierende Prognose hin. Entscheidungen für Best Supportive Care werden eher konsequent durchgezogen, wenn eine klare infauste Prognose zugrunde liegt.

Konsequenzen von Entscheidungen bedürfen einer vorweggehenden klaren Entscheidungsfindung. In manchen Fällen müssen weitere oder erneute Entscheidungsfindungen stattfinden, wenn vorherige Entscheidungen nicht konsequent umgesetzt werden.

Erkennen und Einhalten von therapeutischen Grenzen können die Chancen für die Betroffenen erhöhen, dass sie auf einem natürlichen Weg versterben, ohne dass bewusste Entscheidungen wie eine Beendigung der Beatmung getroffen werden müssen. Auch hier müssen Entscheidungen für Best Supportive Care konsequent umgesetzt werden.

Müssen Patient*innen reanimiert werden, sollte die Gesamtsituation bedacht werden, um eine möglichst ethisch vertretbare Therapie zu gewährleisten.

Liegen die Betroffenen länger auf der Intensivstation, sollte dies bei einer ethischen Einschätzung der Patient*innensituation einbezogen werden.

Liegt bei Patient*innen ein klarer Wunsch nach einer Mitbehandlung durch die spezialisierte multiprofessionelle Palliativmedizin vor und wurde dieser mit den Angehörigen kommuniziert, können diese bei diesem Wunsch häufig mitgehen und äußern ihn bei Bedarf stellvertretend.

3.1.5 Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse

Die Ergebnisse des qualitativen Teils zeigen, dass Intensivpflegende, die Erfahrung mit der Zusammenarbeit mit der spezialisierten Palliativmedizin gemacht haben, darin einen Benefit für Intensivpatient*innen und deren Angehörigen sehen. Sie wissen, dass die Mitbehandlung jederzeit beendet werden kann. In bestimmten Gegebenheiten, wie z.B. Symptombelastung oder belastete Angehörige, sehen sie eindeutige Auslöser für das Hinzuziehen des spezialisierten Palliativteams. Nach ihren eigenen Angaben kann zu solchen Gegebenheiten auch gehören, dass sie mehr Beteiligung ihrerseits in Entscheidungsprozessen und Gesprächen möchten.

3.2 Ergebnisse Fragebogenentwicklung

3.2.1 Fragebogenitems

Anhand der Ergebnisse des qualitativen Teils konnten Triggerfaktoren identifiziert werden, die knapp formulierte Fragebogen-Items ergeben. Diese Trigger beziehen sich auf die individuelle Patient*innensituation (z.B. Alter, Wünsche, Bedürfnisse), auf die Erkrankungssituation (z.B. Liegedauer, Co-Morbiditäten, Grunderkrankungen) oder auf die Gesamtsituation zwischen Betroffenen und dem Behandlungsteam (z.B. Kommunikation, Entscheidungsfindung). Insgesamt konnten 32 Fragebogen-Items aus den Triggerfaktoren entwickelt werden.

Um den Teilnehmer*innen der Befragung die Möglichkeit zu geben, weitere, noch nicht erwähnte Triggerfaktoren zu benennen, wurde der Fragebogen um ein Freitextfeld ergänzt. Bei den neun Fragen zu demographischen Angaben geht es vor allem um die Erhebung demographischer Daten wie Alter, Geschlecht, Konfession, sowie um die berufliche Ausbildung, Vorerfahrungen und Fort- und Weiterbildungen.

Der Fragebogen für die kognitiven Interviews besteht somit aus 42 Fragen und ist vollständig im Anhang in Kapitel 6.9 zu sehen.

Die in den kognitiven Interviews zu testenden Items belaufen sich auf eine Anzahl von 26. Fragen wie z.B. Alter der Patient*innen oder Liegedauer werden als eindeutig verständlich angesehen und müssen daher nicht getestet werden.

3.2.2 Kognitive Interviews

Sechs Pflegende, fünf Frauen und ein Mann, mit Erfahrung sowohl in Palliative Care als auch in Intensivpflege haben im Oktober 2020 an den kognitiven Interviews teilgenommen. Sie wurden jeweils zu fünf oder sechs Items befragt, wobei die Interviews 60 bis 90 Minuten Zeit in Anspruch nahmen.

Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass vier Items aufgrund von leichten Problemen im Verständnis einzelner Worte angepasst werden mussten. Die Teilnehmer*innen der kognitiven Interviews gaben bei „natürliches Versterben“ und „end-of-life care“ an, dass diese beiden Begriffe nicht eindeutig und abgrenzbar zu verstehen und definieren sind. Bei „end-of-life care“ wird zu wenig klar, um welche Phase des Lebens es sich handelt. Der Begriff ist Teil eines weiteren Items, welches in den kognitiven Interviews zwar deutlich verstanden und definiert wurde. Dennoch wurde es zur näheren Beschreibung angepasst.

Tabelle 3 zeigt die zu ändernden Items in Zusammenhang mit den Antworten und Auswertungen des kognitiven Interviews, der Methode und der neuen Formulierung. Wobei „P“ für Paraphrasieren, „N“ für Nachfragen und „th a“ für die Methode des lauten Denkens

(„think aloud“) stehen. Eine Tabelle aller 26 geprüften Items, die zeigt, dass die restlichen 22 Items verstanden wurden wie gemeint, ist im Anhang in Kapitel 6.10 einzusehen.

Item	Methode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	geändertes Item
3 Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, einem Patienten in der Finalphase ein natürliches Versterben zu ermöglichen.	P + N	„natürliches“ Versterben ist schwierig zu definieren bzw. zu differenzieren, denn weil keine aktive Sterbehilfe stattfindet ist das Versterben immer natürlich. Am ehesten lässt es sich damit beschreiben, dass der Patient ohne äußere Einflüsse versterben kann, sein Leben nicht künstlich durch Maßnahmen verlängert wird, die erst bewusst beendet werden müssen. Finalphase bedeutet, dass der Patient in den nächsten Stunden bis wenigen Tagen verstirbt, in dieser Phase sollten eine Begleitung ohne belastende Maßnahmen oder Maßnahmen, die keine Konsequenzen oder Wirkung mehr zeigen beendet oder abgesetzt werden.	Finalphase wird verstanden wie gemeint und in den Fokusgruppen beschrieben; „natürliches“ Versterben ist nicht ganz deutlich.	Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, dass bei Patienten in der Finalphase lebensverlängernden Maßnahmen weder ergriffen noch fortgesetzt werden.
9 Im Pfllegeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der End-of-life Care von Patienten	th a	End-of-life Care ist nicht gut zu verstehen -> es ist nicht ganz klar, welche Phase wirklich gemeint ist, und die Antwort würde davon abhängig ausfallen. Es geht um kollegialen Austausch, darum Verantwortung nicht allein tragen zu müssen, sich rückzuversichern;	Item kann grundsätzlich bestehen bleiben, „end-of-life Care“ muss so geändert werden, dass es deutlicher wird	Im Pfllegeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der Versorgung in der Finalphase.
14 Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung unwahrscheinlich ist.	P + N	Der Patient ist neurologisch so stark geschädigt, dass ein normales Leben wie vor der Schädigung nicht mehr möglich ist. Das Überleben ist abhängig von Geräten und Medikamenten. Nicht nur ein Bereich/ eine Fähigkeit ist geschädigt, sondern mehrere Lebensbereiche sind durch die Schädigung beeinflusst. Neurologische Erholung besagt, dass eine Besserung in Richtung normales Leben wie vor der Schädigung wieder möglich ist; die Schädigung ist reversibel Unwahrscheinlich ist eher ein schwammiges Wort und basiert mehr auf Erfahrung.	Item kann grundsätzlich bestehen bleiben; „unwahrscheinlich“ deutlicher formulieren	Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung aufgrund der Diagnostik nicht gesehen wird.

<p>20 Die end-of-life Betreuung wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, dass die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.</p>	<p>th a</p>	<p>In der letzten Lebensphase ziehen sich die Ärzte zurück, obwohl die Versorgung etwas sein sollte, was gemeinsam getragen werden sollte.</p>	<p>Das Item könnte so stehen bleiben, weil es so verstanden wurde wie gemeint und gesagt, da aber bei Item 9 „end-of-life“ nicht ganz klar war, wird es hier auch angepasst.</p>	<p>Die Versorgung in der Finalphase wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, das die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.</p>
--	-------------	--	--	--

Tabelle 3: Ergebnisse kognitive Interviews der zu ändernden Items

3.2.3 Pilot-Fragebogen

Der für die Pilotierung entwickelte Pilot-Fragebogen besteht aus insgesamt 45 Fragen, die sich wie folgt aufteilen. Einzusehen ist er im Anhang in Kapitel 6.7.

- 32 Triggerfaktoren, die auf Akzeptanz hin überprüft werden sollen
- eine offene Frage, um weitere Triggerfaktoren angeben zu können
- neun Fragen zu demographischen Angaben
- drei zusätzliche Fragen für die Pilotierung

3.2.4 Pilotierung

Von ausgeteilten 30 Pilot-Fragebögen wurden 23 (Rücklaufquote 76,7%) ausgefüllt. Im Schnitt brauchten die Teilnehmer*innen 27 Minuten für das Ausfüllen, wobei die kürzeste Dauer bei neun Minuten und die längste Dauer bei 52 Minuten lagen. Die meisten Teilnehmer*innen brauchten 15-20 Minuten. Bei einer Dauer von über 30 Minuten waren zusätzlich zum Fragebogen mehrere Pilotierungs-Freitextfelder ausgefüllt.

Insgesamt haben zwölf der 23 Teilnehmer*innen die Freitextfelder unter den einzelnen Items oder am Ende des Pilotfragebogens genutzt, um eine Bewertung abzugeben. Allerdings handelte es sich häufig weniger um Anmerkungen zum Verständnis als mehr um Begründungen für eine Zustimmung oder Ablehnung des jeweiligen Items. Eine genaue Auflistung der Kommentare ist im Anhang in Kapitel 6.11 einzusehen.

Zum Beispiel wurde Item 22 *„Angehörige werden nicht in Gespräche über das weitere Vorgehen beim Patienten einbezogen“* durch die Bewertung einer Teilnehmerin *„DAS muss unbedingt geschehen und das Palliativteam könnte vermitteln“* bestärkt.

Ablehnung wurde häufig mit *„bei mir nicht“* begründet oder deutlicher wie bei Item 6 *„Die Kommunikation mit Patient und Angehörigen wird von Ihnen als zu wenig offen und ehrlich empfunden“* zu dem ein Teilnehmer folgendes schrieb: *„Ärzte haben eine andere Sicht der Dinge, eine 0,1% Chance auf Heilung ist eine Chance, da werdet ihr nichts dran ändern“*.

Teilweise stimmten die Freitextübergaben mit den Aussagen der Fokusgruppeninterviews überein. So wird unter anderem die fehlende offene und ehrliche Kommunikation mit den Betroffenen angesprochen.

„Teilweise werden sehr gute Gespräche geführt, teilweise wird trotzdem noch Mut gemacht wo es aussichtslos ist.“

Der Wunsch nach einer neutralen Sicht durch das Palliativteam wurde ebenso benannt, wie der Wunsch nach Beratung des Intensivteams durch die Palliativkolleg*innen.

*„Beratung durch das Palliativteam, was nicht direkt an der Versorgung beteiligt ist sinnvoll
„neutrale Sicht“*

„Ich denke wir können auf der Intensivstation, in diesem Bereich, noch sehr viel vom Palliativteam lernen“

Anhand der Erklärungen, Bestätigungen oder Ablehnungen konnte erkannt werden, dass fast alle Items von den Teilnehmer*innen so verstanden wurden, wie sie gemeint waren. Item eins *„Die Aussicht, dass das Therapieziel bei einem Patienten noch erreicht werden kann, ist gering“* wurde aufgrund der Bemerkungen der Teilnehmer*innen in Bezug auf fehlende Eindeutigkeit des Wortes „Therapieziel“ angepasst.

„Therapiezieländerung?“

„Therapieziele sind viel zu hoch, müssen angepasst werden“

„Ziele gibt es viele...Pneumonie, Blutung etc. die kann man erreichen, also was ist Therapieziel bei einem als aussichtslos geltenden Patienten“

Das Item wurde wie folgt umformuliert:

„Das Therapieziel hinsichtlich Kuration schätzen Sie als zu hoch ein und Sie halten eine Anpassung für notwendig.“

3.2.5 Ergebnisse Pilot-Fragebogen

Teilgenommen haben neun Männer und 14 Frauen, von denen zwölf auf einer internistischen und elf auf einer chirurgischen Intensivstation arbeiten. Weitere demographische Daten in Bezug auf Dauer der Pfl egetätigkeit (Tabelle 4) und Dauer seit Beenden der Intensiv- und Anästhesieweiterbildung (Tabelle 5) sind in den folgenden Tabellen zu sehen.

				Alter in Gruppen			
				20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre
				Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Tätigkeit in der Pflege ohne Ausbildung	1-5 Jahre	Geschlecht	männlich	3	0	0	0
			weiblich	2	1	0	0
	> 5 Jahre	Geschlecht	männlich	0	2	4	0
			weiblich	3	6	1	1

Tabelle 4: Alter, Geschlecht und Tätigkeit in der Pflege der Pilotierungs-Teilnehmer*innen

			Tätigkeitsdauer im ITS Bereich	
			1-5 Jahre	> 5 Jahre
			Anzahl	Anzahl
Zeit seit dem Abschluss der Intensiv- und Anästhesie- Weiterbildung	< 1 Jahr		1	0
	1-5 Jahre		0	6
	> 5 Jahre		0	8
	nicht absolviert		7	1

Tabelle 5: Tätigkeitsdauer im Intensivbereich und Zeit seit Abschluss der Intensiv- und Anästhesie-Weiterbildung der Pilotierungs-Teilnehmer*innen

Bei einer Wertung von „stimme voll zu“ und „stimme eher zu“ als Zustimmung, wurden von den 32 angegebenen Triggerfaktoren zwei mit weniger als 50% nicht anerkannt. Hierzu gehören der Zustand nach Reanimation (30%) und Unterstützungsbedarf der Pflegenden nach dem Versterben (30%). Die meiste Zustimmung bekamen Palliativwunsch der Patient*innen (100%), Steigerung der Lebensqualität (100%), Therapiewunsch der Angehörigen entgegen medizinischer Indikation (100%) und palliative Begleitung vor der Aufnahme auf die Intensivstation (95,7%). Abbildung 6 zeigt eine Auflistung der abgefragten Triggerfaktoren.

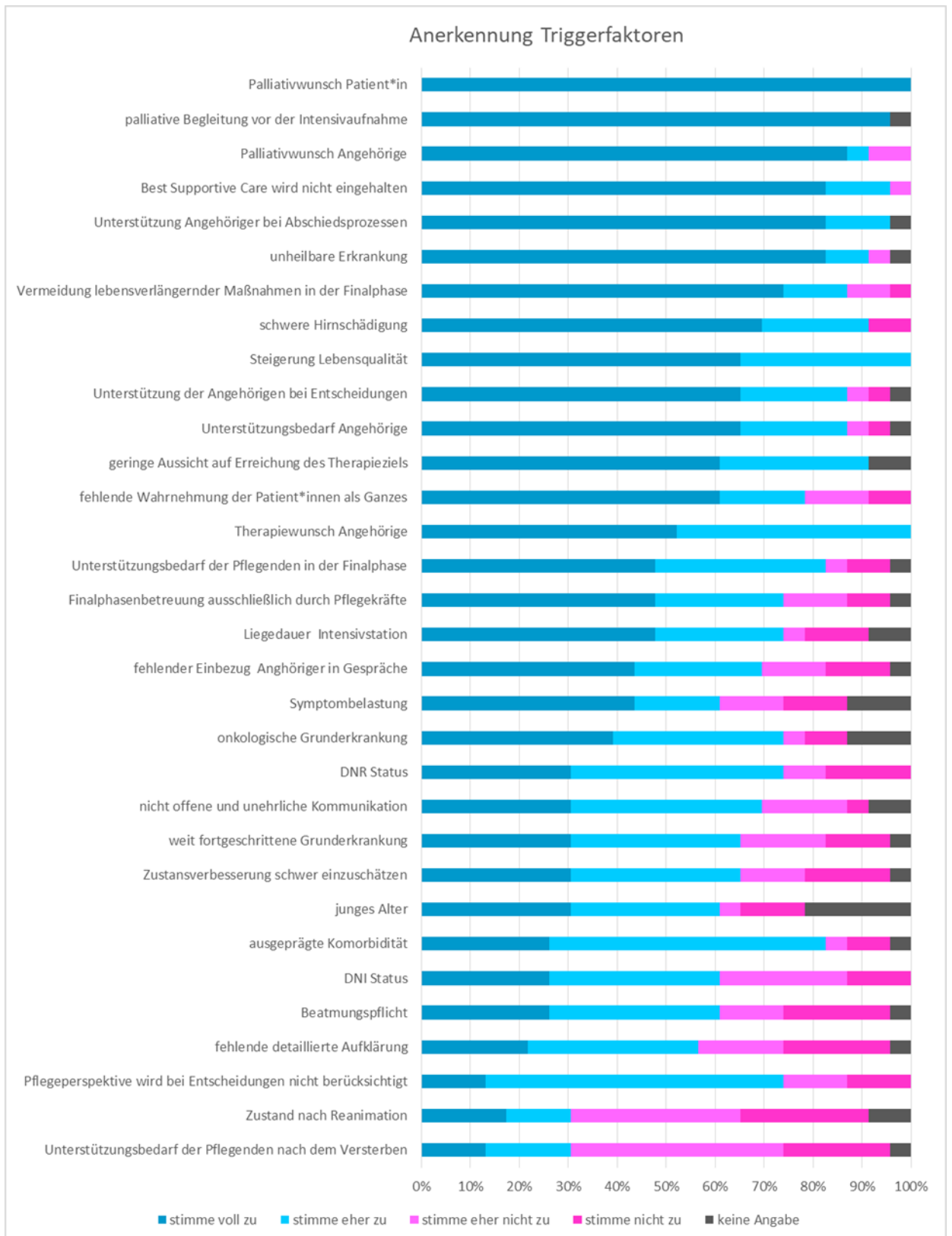


Abbildung 6: Anerkennung der Triggerfaktoren Pilotierung

Bei den Fragen nach Beatmungs- und Liegedauer auf der Intensivstation und dem Alter konnten die Teilnehmer*innen detaillierte Angaben zu Zeit und Alter machen.

Eine längerfristige Beatmung sehen 15 Teilnehmer*innen als Trigger für das Hinzuziehen des spezialisierten Palliativteams. Die Bedeutung von „längerfristig“ wird von den Teilnehmer*innen wie folgt gesehen, wobei im Mittel ca. 19 Tage und im Median 21 Tage stehen.

- ab 7 Tagen (2 Teilnehmer*innen)
- ab 14 Tagen (5 Teilnehmer*innen)
- ab 21 Tagen (3 Teilnehmer*innen)
- ab 28 Tagen (5 Teilnehmer*innen)

Die Frage nach dem Behandlungszeitraum auf der Intensivstation, der von 17 Teilnehmer*innen als Trigger anerkannt wird, wird in folgender Aufteilung näher definiert. Hier liegt der Mittelwert bei 20 und der Median bei 14 Tagen.

- 7 Tage (2 Teilnehmer*innen)
- 14 Tage (7 Teilnehmer*innen)
- 21 Tage (1 Teilnehmer*in)
- 50 Tage (3 Teilnehmer*innen)
- 100 Tage (0 Teilnehmer*in)

Bei beiden Items kreuzten die Teilnehmer*innen die frühzeitige Integration der spezialisierten Palliativmedizin an.

Item 27, welches fragt, ob bei jungen Patient*innen aufgrund ihres jungen Alters ein Palliativkonsil gestellt werden sollte, wurde von 14 Teilnehmer*innen als Trigger anerkannt. Jung definieren sie wie folgt. Die Mitte liegt bei ca. 51 Jahren und der Median bei 50 Jahren.

- < 30 Jahre (1 Teilnehmer*in)
- < 40 Jahre (3 Teilnehmer*innen)
- < 50 Jahre (5 Teilnehmer*innen)
- < 60 Jahre (3 Teilnehmer*innen)
- < 70 Jahre (2 Teilnehmer*innen)
- < 80 Jahre (0 Teilnehmer*in)

Trotz der Zustimmung von 61% schrieben fünf Teilnehmer*innen im Freitextfeld dazu, dass spezialisierte Palliativmedizin unabhängig vom Alter hinzugezogen werden sollte.

Das Freitextfeld bei Item 32 zur Abfrage bei welchen belastenden Symptomen die spezialisierte Palliativmedizin hinzugezogen werden sollte, wurde von 15 Teilnehmer*innen genutzt. Die benannten Symptome werden in Tabelle 6 dargestellt.

genannte Symptome	Anzahl Nennungen
Angst/ Existenzangst	zwölfmal/ zweimal
Schmerz	achtmal
Depression	siebenmal
Dyspnoe	dreimal
Einsamkeit	zweimal
Aggression/ Wut	einmal/ einmal
Demoralisation	einmal
Trauer	einmal
Delir	einmal
Erbrechen	einmal
Appetitlosigkeit	einmal

Tabelle 6: Angaben belastender Symptome

3.2.6 Finaler Fragebogen

Der finale Fragebogen zur Überprüfung der Akzeptanz der Triggerfaktoren besteht aus insgesamt 42 Fragen, die sich wie folgt aufteilen.

- 32 Triggerfaktoren, die auf Akzeptanz hin überprüft werden sollen
- eine offene Frage, um weitere Triggerfaktoren angeben zu können
- neun Fragen zu demographischen Angaben

Der vollständige Fragebogen ist auf den folgenden Seiten einzusehen.

Das palliativmedizinische Konsil auf der Intensivstation

Im Folgenden werden Situationen von Patienten beschrieben, die auf Ihrer Intensivstation auftreten können. Bitte geben Sie hier bei jeder Aussage an, **ob Sie das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes in dem jeweiligen Fall befürworten würden**. Hierbei ist es unerheblich, ob es um palliative Begleitung und Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen geht oder um eine beratende Rolle des Palliativteams.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
1	Das Therapieziel hinsichtlich Kuration schätzen Sie als zu hoch ein und Sie halten eine Anpassung für notwendig.					
2	Der Patient wird nicht mehr als Ganzes (Komplikationen, weitere Erkrankungen, soziales Umfeld, etc.) wahrgenommen, sondern auf die Intensivindikation reduziert.					
3	Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, dass bei einem Patienten in der Finalphase lebensverlängernde Maßnahmen weder ergriffen noch fortgesetzt werden.					
4	Es ist schwer einzuschätzen, ob sich der Zustand des Patienten verbessern kann.					
5	Ein bereits beschlossenes Konzept im Sinne Best Supportive Care wird nicht konsequent eingehalten, d.h. Therapien werden fort- bzw. wieder angesetzt.					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
6	Die Kommunikation mit Patient und Angehörigen wird von Ihnen als zu wenig offen und ehrlich empfunden.					
7	Angehörige und Patient werden Ihrer Meinung nach nicht detailliert genug über Erkrankung und Prognose aufgeklärt.					
8	Die Einschätzung der Pflegenden einer Patientensituation wird in Gesprächen über Entscheidungen und Behandlungsabläufe nicht berücksichtigt.					
9	Im Pflorgeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf bei der Versorgung in der Finalphase.					
10	Im Pflorgeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der Versorgung von Patienten nach dem Versterben.					
11	Die Grunderkrankung des Patienten wird im Team einvernehmlich als weit fortgeschritten bezeichnet.					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
12	<p>Der Patient ist längerfristig beatmungspflichtig.</p> <p>Wenn Sie hier mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte bei der folgenden Auflistung an, was für Sie „längerfristig“ bedeutet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ab 7 Tagen <input type="checkbox"/> ab 14 Tagen <input type="checkbox"/> ab 21 Tagen <input type="checkbox"/> ab 28 Tagen 					
13	<p>Der Patient liegt seit x Tagen auf der Intensivstation.</p> <p>Wenn Sie hier mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte an, ab welchem Behandlungszeitraum es für Sie ein Triggerfaktor wäre?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 7 Tage <input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> 21 Tage <input type="checkbox"/> 28 Tage <input type="checkbox"/> 50 Tage <input type="checkbox"/> 100 Tage 					
14	Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung aufgrund der Diagnostik nicht gesehen wird.					
15	Bei dem Patienten liegt eine unheilbare Erkrankung mit schlechter Prognose vor.					
16	Bei dem Patienten liegt eine onkologische Grunderkrankung vor.					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
17	Der Patient wurde schon vor der Aufnahme auf die ITS palliativ begleitet.					
18	Bei dem Patienten liegt eine ausgeprägte Komorbidität vor.					
19	Der Patient wurde reanimiert.					
20	Die Versorgung in der Finalphase wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, dass die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.					
21	Die Angehörigen des Patienten benötigen mehr Unterstützung, als im Alltag der Intensivstation gegeben werden kann.					
22	Angehörige werden nicht in Gespräche über das weitere Vorgehen beim Patienten einbezogen.					
23	Angehörige benötigen Unterstützung, um folgenreiche Entscheidungen für den Patienten treffen zu können.					
24	Die Angehörigen haben entgegen medizinischer Indikation einen hohen Therapiewunsch.					
25	Die Angehörigen äußern den Wunsch nach palliativer Mitbehandlung.					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
26	Angehörige brauchen Unterstützung bei Abschiedsprozessen, wenn der Patient absehbar versterben wird.					
27	<p>Der Patient erscheint Ihnen noch als jung.</p> <p>Falls Sie hier mit „stimme voll zu“ oder „stimme eher zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte bei den folgenden Auflistungen an, was für Sie „jung“ bezeichnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <30 Jahre <input type="checkbox"/> <40 Jahre <input type="checkbox"/> <50 Jahre <input type="checkbox"/> <60 Jahre <input type="checkbox"/> <70 Jahre <input type="checkbox"/> <80 Jahre 					
28	Der Patient äußert den Wunsch nach palliativer Mitbehandlung bzw. hat diesen Wunsch in einer Verfügung geäußert.					
29	Beim Patienten liegt ein DNR (do not resuscitate = nicht reanimieren) Status vor.					
30	Beim Patienten liegt ein DNI (do not intubate = nicht intubieren) Status vor.					
31	Die Lebensqualität eines Patienten ist besonders beeinträchtigt und soll durch kleine Maßnahmen wie Massagen, Transfer nach draußen, Dasein, Vorlesen etc. gesteigert werden.					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
32	<p>Der Patient leidet unter einer starken physischen und/oder psychischen Symptombelastung.</p> <p>Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte im folgenden Feld an, um welche Symptome es sich handeln könnte.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>					

33. Gibt es weitere Situationen, die zuvor nicht beschrieben wurden, die Sie aber als Grund für das Hinzuziehen eines Palliativteams bezeichnen würden? Bitte geben Sie diese Situationen im folgenden Freitextfeld an!

Im Folgenden bitten wir Sie bei den Fragen zu Ihrer Person zutreffendes anzukreuzen.

34. Wie alt sind Sie?

- < 20 Jahre
- 20 - 29 Jahre
- 30 – 39 Jahre
- 40 – 49 Jahre
- 50 – 59 Jahre
- ≥ 60 Jahre

35. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Divers

36. Welcher Konfession gehören Sie an?

- Römisch-katholisch
- Evangelisch
- Orthodox
- Jüdisch
- Muslimisch
- Buddhistisch
- Sonstige Konfession, bitte angeben _____
- Keine Konfession

37. Sind Sie praktizierend gläubig?

- Ja
- Nein

38. Wie lange sind Sie schon in der Pflege tätig? (ohne Ausbildungszeit)

- < 1 Jahr
- 1 – 5 Jahre
- > 5 Jahre

39. Haben Sie eine der folgenden Fort- bzw. Weiterbildungen absolviert? Wenn ja, geben Sie bitte an, wie viel Zeit seit dem Abschluss vergangen ist.

Fachpflegekraft für Anästhesie und Intensivpflege

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Pflege in der Onkologie

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Palliative Care Kurs für Pflegekräfte

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Sonstiges bitte angeben: _____

40. Wie lange sind Sie schon im Intensivbereich tätig?

- < 1 Jahr
- 1 – 5 Jahre
- > 5 Jahre

41. Zu welcher Fachabteilung gehört die Intensivstation auf der Sie aktuell tätig sind?

- Innere Medizin, genauere Angaben zum Fachbereich bei Bedarf:

- Chirurgie, genauere Angabe zum Fachbereich bei Bedarf:

- Interdisziplinär
- Anästhesiologisch

42. Zu welcher Versorgungsstufe gehört das Krankenhaus, an dem Sie tätig sind?

- Universitätsklinikum
- anderes Klinikum der Maximalversorgung
- Klinikum der Grund- und Regelversorgung

Hiermit ist die Teilnahme am Fragebogen beendet.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme!

Bei Rückfragen oder Anmerkungen können Sie uns gern unter folgender E-Mail-

Adresse kontaktieren: manuela.schallenburger@med.uni-duesseldorf.de

4. Diskussion

Die vorliegende Studie ermittelte in einem mixed methods Ansatz zunächst qualitativ mögliche Triggerfaktoren für eine Mitbehandlung von Intensivpatienten und deren Angehörigen durch die multiprofessionelle spezialisierte Palliativmedizin aus der Sicht von Intensivpflegenden. Aus den qualitativen Ergebnissen entstand im Rahmen eines quantitativen Forschungsansatzes ein Fragebogen, der nach Pretesting und Pilotierung für nutzbar befunden wurde. In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Ergebnisse zunächst zusammengefasst und im Anschluss in Zusammenhang mit bestehender Literatur gebracht. Nach einem folgenden Fazit werden Stärken und Schwächen der Studie aufgezeigt und ein Ausblick gegeben.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In den qualitativen Fokusgruppen beschreiben die Teilnehmer*innen diverse Situationen, in denen sie das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes für sinnvoll erachten. Die daraus identifizierten Triggerfaktoren befassen sich mit der individuellen Patient*innensituation und dem Unterstützungsbedarf auf Seiten der Patient*innen, Angehörigen und des betreuenden Intensivteams. Dabei konnten die vier Hauptkategorien Prognose, Beziehungsebene, Angehörige und Patient*innen mit Subkategorien gebildet werden.

Die Hauptkategorie Prognose beinhaltet Trigger, die in Bezug zur Überlebenswahrscheinlichkeit stehen. Hierzu zählen z.B. aktuell durchgeführte Therapien, mögliche Therapieoptionen und deren Einschätzung des Behandlungsteams bezüglich einer Angemessenheit in Bezug auf ethische Einschätzung und Erreichen der Therapieziele, Lebensrettung und –verlängerung sowie Fortschritt der Erkrankungen bzw. die Erkrankungsart und Behandlungsdauer. Die Hauptkategorie Beziehungsebene zeigt einen Konflikt zwischen Pflege und Ärzt*innen auf, der in erster Linie darin besteht, dass Pflegende sich nicht gehört fühlen. Beschrieben wird, wie unter allen Beteiligten, Intensivteam untereinander oder mit Angehörigen und/ oder Patient*innen, kommuniziert wird. Auch das unterschiedliche Verständnis von Palliative Care von Ärzt*innen und Pflegenden in Bezug auf Ziele und Zeitpunkt des Involvierens ist Thema dieser Kategorie. In der Hauptkategorie Angehörige werden verschiedene Aspekte beschrieben, derbezüglich Angehörige Unterstützung brauchen. Die Hauptkategorie Patient*innen beschreibt den möglicherweise bestehenden Wunsch nach einer Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin. Auch Alter oder Symptombelastung werden hier als Trigger benannt.

Anhand der qualitativen Auswertung konnte ein Fragebogen mit 32 aus den genannten Triggern formulierten Items entwickelt werden, der in einer Pilotierung genutzt wurde. Von den 32 Items werden 30 als Triggerfaktoren für das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes akzeptiert. Dabei werden Trigger als akzeptiert gesehen, wenn sie mindestens 50% Zustimmung erhalten. Abgelehnt werden „Zustand nach Reanimation“ und „Unterstützungsbedarf der Pflegenden nach dem Versterben“ der Patient*innen.

4.2 Prognose

Bei der Kategorie der Prognose geht es nicht ausschließlich darum, dass eine lebenslimitierende Erkrankung vorliegt, sondern auch, dass Therapien nicht endlos fortgesetzt werden können und Grenzen in Bezug auf das Therapieziel der Heilung haben. Diese Grenzen müssen zunächst wahrgenommen und folgend eingehalten werden. Pflegende sind der Meinung, dass hier Unterstützung durch einen palliativmedizinischen Dienst notwendig sein kann, v.a., wenn sie selbst die therapeutischen Grenzen eher sehen, aber ihre Sicht nicht einbezogen wird. Bei onkologischen Patient*innen wird die sogenannte „Surprise Question“ zur Entscheidung, ob das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin sinnvoll ist, genutzt. *„Wären Sie überrascht, wenn ihr Patient innerhalb der nächsten 6-12 (bis 24) Monate versterben würde?“* (W. Kohlhammer GmbH et al., 2019 S.40). Sie soll im Sinne einer Selbstreflexion und im kollegialen Austausch besprochen werden, um die Angemessenheit von Behandlungsstrategien zu beurteilen. Bei onkologischen Patient*innen hat sie sich als hilfreiches Instrument herausgestellt (Moss et al., 2010). Auch bei Intensivpatient*innen kann sie unter Umständen ein nutzbares Instrument sein, um palliative Bedarfe zu erkennen. Bei Patient*innen, deren Zustand so kritisch ist, dass sie einer intensivmedizinischen Versorgung bedürfen, ist nicht immer klar, ob sich der Zustand verbessern oder verschlechtern wird. Die Frage, ab welcher Prognose die spezialisierte Palliativmedizin hinzugezogen werden sollte, kann unterschiedlich beantwortet werden. Beim Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin verlangen manche Behandler*innen, dass das Therapieziel eindeutig nicht mehr kurativ sein darf. Andere Behandler*innen ziehen die spezialisierte Palliativmedizin bei Bedarf schon dann hinzu, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Kuration z.B. weniger als 50 % beträgt.

Vor allem bei unklarer Prognose besteht die Herausforderung oft darin, nicht zu spät zu erkennen, wann maximale therapeutische Maßnahmen eine belastende Übertherapie darstellen, die nicht im Ermessen zum möglichen Outcome stehen (Michalsen et al., 2021). Vor allem dies betreffend beschreiben Teilnehmer*innen der Fokusgruppen Situationen, in denen sie sich selbst fragen, ob getroffene Maßnahmen noch ethisch vertretbar sind.

Bei ethischen Fragestellungen ist es nicht immer nötig die spezialisierte Palliativmedizin hinzuziehen. Ist ein klinisches Ethikkomitee vorhanden, ist dieses z.B. im Rahmen einer ethischen Visite oder bei konkreten ethischen Fragestellungen zu einer ethischen Fallberatung hinzuzuziehen. Diese kann in der Regel jede in die multiprofessionelle Behandlung involvierte Person anfragen. Die Moderator*innen der ethischen Fallberatung verhalten sich dann ebenso neutral wie von den Interviewteilnehmer*innen erwünscht, verschaffen sich im besten Falle gemeinsam mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam ein genaues Bild der Situation und moderieren dann eine gemeinsame Empfehlung des Behandlungsteams. Ein Resultat einer ethischen Visite oder Fallberatung kann natürlich auch sein, dass zusätzliche Kompetenz aus der spezialisierten Palliativmedizin aber bei Nicht-Palliativpatient*innen auch z.B. aus der Psychosomatik oder Psychologie zur weiteren Betreuung der Patient*innen und Angehörigen hinzugezogen werden sollte.

Der Bedarf einer intensivmedizinischen Behandlung wird meist durch eine akute Krise ausgelöst, der eine oder mehrere Grunderkrankungen zugrunde liegen können. Solche können auch ohne akute Krisen als nicht heilbar und damit lebenslimitierend eingestuft sein. Sowohl in den Fokusgruppen als auch in der Fragebogen-Pilotierung wird das Vorhandensein solch lebenslimitierender Erkrankungen vor Beginn der Intensivtherapie als Trigger anerkannt. Dazu können Krankheitszustände gehören, die mit einer ungünstigen Prognose im Sinne einer voraussichtlichen Nicht-Heilbarkeit einhergehen, wie z.B. bestimmte onkologische Erkrankungen, Hirnschädigungen und weit fortgeschrittene Erkrankungen. Bei onkologischen Erkrankungen wurden als nähere Beispiele die fortgeschrittene akute myeloische Leukämie, das kleinzellige Bronchialkarzinom sowie generell metastasierte Tumorerkrankungen benannt. Diese gehen mit einer hohen Letalität und häufig auch mit hoher Symptomlast und wenn vorhanden, belasteten Angehörigen einher. Ähnlich verhält es sich bei irreversiblen hypoxischen Hirnschädigungen z.B. bei Zustand nach Herz-Lungen-Wiederbelebung. Auch wenn keine kognitiven Einschränkungen durch die Hirnschädigung vorliegen, können sie mit funktionellen Einschränkungen und einer Reduktion der Lebensqualität einhergehen (Frontera et al., 2015). Auch weitere Erkrankungen, deren Status als fortgeschritten gilt, haben in Bezug auf Überleben oder Heilung eine eher schlechte Prognose. Hierzu können beispielsweise eine fortgeschrittene chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Herzinsuffizienz gehören (Cao et al., 2021; Dai, Qin, Pan, Chen, & Bian, 2020). Diese Eindeutigkeit einer unheilbaren Erkrankung mit lebenslimitierender Prognose macht die Entscheidung für das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes einfacher.

Aus den Fokusgruppen kann herausgearbeitet werden, dass Pflegenden im Gegensatz zu manchen Ärzt*innen bewusst ist, dass das Palliativteam sich auch wieder zurückziehen kann, wenn kein Bedarf besteht oder sich die Situation der Patient*innen stabilisiert. Sie haben das Gefühl, dass dies bei Ärzt*innen nicht bekannt ist. Genauso können sie aber auch bei einer erneuten akuten Verschlechterung wieder einbezogen werden.

Die Literatur bestätigt die Sorgen von Ärzt*innen, dass durch das Hinzuziehen des Palliativteams zwangsläufig Therapieziele geändert werden (Nelson et al., 2013). Das Vorliegen einer klaren lebenslimitierenden Prognose ohne Möglichkeit der Stabilisierung schließt diese Sorge aus, so dass Einigkeit über eine Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Palliativteam im multiprofessionellen Intensivteam bestehen kann. Liegt eine solch klare Prognose nicht vor bzw. besteht nach Meinung der Ärzt*innen noch eine Chance auf Kuration, auch wenn sie nahezu nicht vorhanden oder nur sehr gering ist, wie es auf Intensivstationen häufig der Fall sein kann, nimmt die Sorge von Intensivmediziner*innen zu, dass Therapieziele durch das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin zu voreilig in ein reines Best supportive Care Konzept geändert werden (Nelson et al., 2013). Die Literatur zeigt diesbezüglich jedoch auf, dass die frühzeitige Integration der spezialisierten Palliativmedizin zwar zu vermehrten Therapiebegrenzungen in angemessenen Fällen führt, allerdings dass dies Auswirkungen auf die Mortalität hat (Ma et al., 2019).

Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen sowie der Fragebogen-Pilotierung (in Freitextfeldern) beschreiben, dass sie die spezialisierte Palliativmedizin bei den verschiedenen Triggerfaktoren v.a. hinzuziehen möchten, um eine bestmögliche Versorgung für Patient*innen und Angehörigen zu gewährleisten und ihnen somit die schwere und belastende Situation so erträglich wie möglich zu gestalten. In der Literatur (Berendt et al., 2020; Norton et al., 2007) wird dies ebenfalls aufgenommen. Auch die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Lebensqualität steht sowohl in der Datenerhebung der vorliegenden Studie als auch in der Literatur im Fokus einer palliativen (Mit-)Behandlung und (Mit-)Begleitung (Berendt et al., 2020; Norton et al., 2007).

4.3 Beziehungsebene

Auf der Beziehungsebene wird an diversen Stellen ein mögliches Konfliktpotenzial zwischen Pflegenden und Ärzt*innen des Intensivteams beschrieben, welches sich sowohl auf den Umgang miteinander als auch auf den Umgang mit Betroffenen bezieht. Der fehlende Einbezug von Pflegenden in Therapieentscheidungen, Entscheidungen über das weitere Vorgehen und in Gespräche mit den Betroffenen, kann Pflegende eher frustrieren (Clemens & Klaschik, 2009). Würden sie häufiger in die Festlegung von Therapiezielen und

Therapieentscheidungen einbezogen, könnte das ihrer Meinung nach dazu führen, dass mehr Konsilanforderungen an den palliativmedizinischen Dienst gestellt werden.

Diese fehlende Wahrnehmung wird in der Literatur ebenfalls angegeben. Pflegende fühlen sich mit ihrer Perspektive und Einschätzung von Ärzt*innen ignoriert (Nelson et al., 2011). In der Literatur geben Ärzt*innen selbst an, dass sie die konsiliarischen Anforderungen für den palliativmedizinischen Dienst selbst stellen möchten. Wobei Pflegende wiederum der Meinung sind, dass die notwendige ärztliche Zustimmung die Chancen, dass für Betroffene ein Konsil gestellt wird, reduziert (Wysham et al., 2017).

Das Intensivteam selbst kann durch die spezialisierte Palliativmedizin unterstützt werden. Hierbei kann es um rein praktische Unterstützung bei der Symptomkontrolle oder um Anleitungen bei der Versorgung gehen, sowie um Unterstützung dabei, gehört zu werden oder eigenem Stress vorzubeugen (Berendt et al., 2020; Edwards et al., 2017; Frontera et al., 2015). Pflegende der Fokusgruppen wünschen sich auch Unterstützung dabei, bei einmal getroffenen und besprochenen Entscheidungen hinsichtlich Best Supportive Care konsequenter zu bleiben. Sollte sich die Situation stabilisieren und dadurch eine Therapiezieländerung wieder hin zu mehr Therapieintensität notwendig sein, so sind sie hierfür trotzdem offen.

4.4 Angehörige

Angehörige von Intensivpatient*innen erleben eine für sie häufig noch nie dagewesene Ausnahmesituation. Auch wenn es durch eine zuvor bestehende lebenslimitierende Erkrankung schon zu Belastungen gekommen ist, können sich diese durch die notwendige Versorgung der Patient*innen auf einer Intensivstation verstärken. Hier kann es zu einem Unterstützungsbedarf der Angehörigen kommen (Clemens & Klaschik, 2009). Die Fokusgruppenteilnehmer*innen wünschen sich für Angehörige Unterstützung durch einen palliativmedizinischen Dienst, wenn bei den Angehörigen mehr Bedarf besteht, als das Pflorgeteam ihnen im Arbeitsalltag bieten können. Zudem sehen sie, dass Entscheidungen, die bezüglich der weiteren Behandlung und Versorgung getroffen werden müssen, Angehörige, nicht nur wenn sie vorsorgebevollmächtigt sind, vor Probleme und Belastungen stellen, die sie in ihrem weiteren Leben mit sich tragen werden (Frontera et al., 2015). Auch hier kann nach Ansicht der Pflegenden der palliativmedizinische Dienst mit seinen multiprofessionellen Angeboten unterstützen. Die Einbindung der spezialisierten Palliativmedizin kann zu einer Verbesserung der Kommunikation mit Familienangehörigen führen, sowie zu mehr Familiengesprächen (Braus et al., 2016). Die Trigger „Unterstützungsbedarf von Angehörigen“ und „Unterstützung der Angehörigen bei Entscheidungen“ erhalten in der Fragebogen-Pilotierung bei Zusammenrechnen von

„stimme voll zu“ und „stimme eher zu“ als Akzeptanz eine über 90%ige Zustimmung. Unterstützungsbedarfe können sich auch auf Abschiedsprozesse beziehen, bei denen der palliativmedizinische Dienst mit dem multiprofessionellen Team z.B. psychologische Unterstützung anbieten und Angehörige anleiten kann. Die Qualität der Versorgung kann durch diese Arbeit verbessert werden (Nelson et al., 2013).

Auch wenn Angehörige durch die Situation auf der Intensivstation und durch zu treffende Entscheidungen belastet sind, sollten sie in Entscheidungsprozesse einbezogen und dafür offen mit ihnen kommuniziert werden (Ganz & Sapir, 2019; Kohlen, McCarthy, Szylit Buosso, Gallagher, & Andrews, 2015). Im Idealfall sollten Therapieziele, Wünsche der Betroffenen und insbesondere gewünschtes Vorgehen bei einer Situation, die eine Reanimation notwendig macht, wenn möglich mit Patient*innen, aber auch wenn bevollmächtigt mit Angehörigen besprochen werden (Edwards et al., 2017; Schuster et al., 2017). Patient*innen auf Intensivstationen sind häufig nicht in der Lage, sich selbst zu äußern, daher ist eine offene Kommunikation mit Angehörigen vonnöten, um mehr über den mutmaßlichen oder im Rahmen von Vorsorgeinstrumenten verfügbaren Patient*innenwillen zu erfahren, zu respektieren und in der weiteren Versorgungs- und Behandlungsplanung zu beachten (Frontera et al., 2015). Damit Angehörige gemeinsam mit dem Behandlungsteam Entscheidungen im Sinne der Patient*innen treffen können, müssen sie über den aktuellen Zustand, therapeutische Möglichkeiten, deren Konsequenzen und Kurz- und Langzeitprognose informiert werden (Cox et al., 2009). Hier ist es, wie zuvor erwähnt, wichtig, dass die Angehörigen von allen Mitgliedern des Behandlungsteams dieselben Informationen erhalten und nicht durch unterschiedliche Angaben verunsichert werden (Frontera et al., 2015). Damit schließt sich der Kreis zu dem Wunsch der Pflegenden, offen in Kommunikation und Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. Dies kann sicherlich auch ohne Einbezug der spezialisierten Palliativmedizin geschehen, wenn im Intensivteam eine berufsgruppenübergreifende offene Kommunikation gepflegt wird. Dies ist vor allem notwendig, weil das Palliativteam nicht dauerhaft vor Ort ist, um diese zu unterstützen.

Teilnehmer*innen der Fokusgruppen beschreiben Situationen, in denen sich das Intensivteam (Ärzt*innen und Pflegende) aufgrund fehlender Indikation für eine Therapiefortführung, in Bezug auf ein Best Supportive Care Konzept einig ist. Angehörige können jedoch aufgrund von Ängsten einen hohen Therapiewunsch haben, den sie versuchen durchzusetzen. Die Teilnehmer*innen wünschen sich vom interprofessionellen Palliativteam, die Angehörigen zielgerichtet zu unterstützen und zu begleiten, so dass diese die fehlende Indikation für eine Weiterbehandlung besser nachvollziehen und verstehen

können. So sollen, wenn möglich, frühzeitig Konflikte zwischen Angehörigen und dem Behandlungsteam vermieden werden.

Die Literatur stützt diese Annahme. So können Palliativteams bei der Kommunikation mit Betroffenen über Therapieziele unterstützen (Ganz et al., 2019). Sie helfen, eine für Angehörige angemessene Gesprächssituation zu schaffen (Clemens & Klaschik, 2009) und es zeigt sich, dass Familiengespräche früher und häufiger stattfinden, wenn die spezialisierte Palliativmedizin involviert wurde (Braus et al., 2016).

4.5 Patient*innen

Die Patient*innen direkt betreffende und in den Fokusgruppen genannte Trigger belaufen sich auf Alter und Symptombelastung.

Beim Alter sind in den Fokusgruppen interessanterweise vor allem junge Patient*innen im Fokus, die schwer und mit geringen Chancen auf Heilung erkrankt sind. Die Beschreibungen in den Fokusgruppen weisen darauf hin, dass es dabei vor allem auch um psychische Belastung sowohl der betroffenen Patient*innen als auch deren Angehörigen geht. In der Pilotierung wird dieser Trigger durch eine Zustimmung von 61 % jedoch eher etwas abgeschwächt angenommen. Beim genaueren Nachfragen was „jung“ bedeutet geben die meisten zwar unter 50 Jahre an, allerdings sind unter 40 und unter 60 Jahre gleich verteilt. Genauere Aussagen sind eventuell nach der Befragung einer größeren Kohorte möglich.

Der Trigger eines hohen Alters, wie er in der Literatur benannt wird (Hua et al., 2014; Norton et al., 2007), ist nicht zur Sprache gekommen. Das könnte zum einem an der durch das Pflegepersonal empfundenen höheren Belastung liegen, wenn es sich um junge Patient*innen handelt. Zum anderen kommen bei älteren Patient*innen weitere Triggerfaktoren wie Komorbiditäten zum Tragen.

Die Liegedauer auf der Intensivstation wird in den Fokusgruppen als Trigger benannt. Die Aufgaben des palliativmedizinischen Dienstes sehen sie hier zunächst beratend im Sinne einer externen Perspektive, die zur Reflexion im multiprofessionellen Team beitragen kann. Auch hier geht es darum, die Patient*innen im Sinne einer Early Integration frühzeitig kennenzulernen und zeitgerecht in die Versorgungs- und Behandlungsplanung einzusteigen. Die meisten Teilnehmer*innen der Fokusgruppen schlagen vor, nach einer intensivmedizinischen Behandlung von mehr als sieben Tagen die spezialisierte Palliativmedizin hinzuzuziehen. In der Fragebogen-Pilotierung findet das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin nach einer Liegedauer auf der Intensivstation von 14 Tagen die größte Zustimmung. Insgesamt wird der Trigger mit 73% angenommen. Auch in der Literatur wird ein Aufenthalt von mehr als sieben Tagen (Nelson et al., 2013) oder mehr als

einem Monat (Bradley & Brasel, 2009) als Trigger gesehen. Im Gegensatz dazu steht, dass der Trigger „Aufenthalt auf der Intensivstation > 1 Monat“ unter deutschen Intensivmediziner*innen mit nur 20% Zustimmung der Teilnehmer*innen abgelehnt wurde (Adler et al., 2019).

4.6 Vergleich Pflegende und Ärzt*innen

Pflegende und Ärzt*innen arbeiten gemeinsam auf Intensivstationen, weswegen es wichtig ist, dass Triggerfaktoren in beiden Gruppen Akzeptanz finden. Ein direkter Vergleich lohnt sich hier aufgrund der besseren Vergleichbarkeit am ehesten mit der deutschen Studie von Adler et al.

Im Gegensatz zur vorliegenden Studie konnten in dieser Studie deutsche Intensivmediziner*innen zwar in einem Freitextfeld weitere Triggerfaktoren benennen, grundsätzlich sollten sie jedoch zu vorgegebenen Triggerfaktoren ihre persönliche Akzeptanz angeben (Adler et al., 2019). Da sich in der vorliegenden Studie Pflegende in Fokusgruppen zunächst offen ohne Vorgaben über mögliche Triggerfaktoren äußern konnten, können nicht durchweg alle Triggerfaktoren direkt miteinander verglichen werden, weil verschiedene benannt sind. Die folgenden Triggerfaktoren wurden bei beiden Berufsgruppen auf Zustimmung überprüft und können daher direkt miteinander verglichen werden:

- Patientenwunsch nach Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin
- Angehörigenwunsch nach Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin
- unheilbare Erkrankung
- (schwere) Hirnschädigung
- Liegedauer auf der Intensivstation
- onkologische Grunderkrankung
- (hohe) Symptombelastung
- mechanische Beatmung

Der Wunsch nach palliativer Begleitung von Angehörigen oder Patient*innen ist bei beiden Berufsgruppen mit einer über 90%igen Zustimmung stark anerkannt. Auch die Trigger unheilbare Erkrankung und (hohe) Symptombelastung finden in beiden Studien eine hohe Zustimmung.

Der Trigger der Hirnschädigung findet unter Intensivmediziner*innen eine Zustimmung von 40%, womit dieser abgelehnt ist. Unter Pflegenden ist dieser Triggerfaktor mit einer Zustimmung von 80% angenommen. Ähnlich verhält es sich mit dem Trigger der onkologischen Grunderkrankung, welcher von den Intensivmediziner*innen ebenfalls mit

einer Zustimmung von 40% abgelehnt wird, während er von Pflegenden mit 90% Zustimmung angenommen wird.

Die Notwendigkeit der mechanischen Beatmung wird von Pflegenden mit 60% Zustimmung als Triggerfaktor akzeptiert, während sie von den Intensivmediziner*innen mit einer Zustimmung von 20% abgelehnt wird (Adler et al, 2019). Die Literatur beschreibt, dass Patient*innen die länger als vier Tage (tracheotomiert) und länger als 21 Tage (nicht tracheotomiert) beatmet werden ein schlechtes Outcome haben. Nur neun Prozent der eingeschlossenen Patient*innen hatten ein Jahr nach der Beatmungssituation keine Einschränkungen oder weiteren Versorgungsbedarf. Die restlichen sind verstorben oder mussten stationär oder ambulant aufgrund von bestehenden Einschränkungen versorgt werden (Unroe et al., 2010). Als Triggerfaktor kann es zudem dadurch bestätigt werden, dass die Beatmungsdauer bei einer Mitbehandlung durch die spezialisierte Palliativmedizin reduziert werden kann ohne dass sich das Outcome verändert (Ma et al., 2019).

Die Liegedauer auf der Intensivstation bis zum Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin wird in der ärztlichen Studie mit mehr als einem Monat näher definiert und mit einer Zustimmung von 20% abgelehnt (Adler et al, 2019). Unter den Pflege-Teilnehmer*innen wurde am häufigsten eine Liegedauer ab 14 Tagen als Triggerfaktor angegeben. Der Trigger Liegedauer allgemein wird mit 75% Zustimmung von den Pflegenden angenommen.

Weitere Triggerfaktoren beider Studien (Intensivmediziner*innen und Intensivpflegende) sind zwar nicht identisch, ähneln sich aber soweit, dass sie in Relation gesetzt werden können. So werden Unstimmigkeiten innerhalb der Familie in der Befragung von Intensivmediziner*innen nicht anerkannt. Solche Unstimmigkeiten können auch in Entscheidungsfindungsprozessen auftreten und finden sich daher im pflegerischen Fragebogen im Trigger „Unterstützung der Angehörigen bei Entscheidungen“ wieder, welcher in der Pilotierung mit über 80%iger Zustimmung als Trigger akzeptiert wird. Auch die Finalphase findet sich in beiden Fragebögen wieder, wobei im ärztlichen Fragebogen grundsätzlich danach gefragt wird, ob die Tatsache, dass die Patient*innen sich in der Finalphase befinden, einen Trigger darstellt, was nur eine Zustimmung von ca. 40% bekommen hat (Adler et al., 2019). Die Pflegenden in den Fokusgruppen der vorliegenden Studie nennen eher genauere Aufgaben, um die es ihnen bei dem Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes in der Finalphase geht. So wünschen sie sich Unterstützung für Angehörige bei Abschiedsprozessen, für sich selbst bei der Versorgung von Patient*innen in der Finalphase im Sinne eines Anleitungsbedarfes, Unterstützung dabei, dass lebensverlängernde Maßnahmen in dieser Phase des Lebens vermieden werden und wenn sie das Gefühl haben, dass Ärzt*innen sich aus der Situation

zurückziehen, und sie gefühlt die Finalphasenbetreuung alleine übernehmen. In der Pilotierung wurden diese Trigger mit 70 bis 90% angenommen. Der Unterstützungsbedarf der Pflegenden nach dem Versterben, der in den Fokusgruppen benannt wird, ist mit einer Zustimmung von 30% in der Pilotierung nicht als Trigger anerkannt worden.

Bezüglich des Alters als Triggerfaktor unterscheiden sich die beiden Berufsgruppen der beiden Studien. Unter den befragten Intensivmediziner*innen wurde der Triggerfaktor „>80 Jahre mit Komorbiditäten“ mit weniger als 20% Zustimmung abgelehnt (Adler et al., 2019). Nach jungem Alter wurde in dieser Studie nicht gefragt.

In den Fokusgruppen der vorliegenden Studie haben Pflegendе beschrieben, dass sie eher ein junges Alter als einen Trigger für das Involvieren des palliativmedizinischen Dienstes sehen. In der Pilotierung haben 60% dem Trigger „junges Alter“ zugestimmt.

Insgesamt fanden von 24 Triggerfaktoren in der ärztlichen Studie nur sechs Akzeptanz (Adler et al., 2019) während in der Pilotierung des Pflege-Fragebogens 30 von 32 Triggern mit mindestens 50% Zustimmung anerkannt wurden. Diese hohe Akzeptanz der Pflegenden kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass Kolleg*innen aus derselben Berufsgruppe und demselben Fachbereich und damit mit ähnlichen Erfahrungen die Triggerfaktoren in den Fokusgruppen selbst benannt haben.

Die Daten können als verstärkter Wunsch von Pflegenden, den palliativmedizinischen Dienst hinzuziehen, gedeutet werden. Dieser kann aber auch auf ihre Haltung, dass dieser unterstützend hinzugezogen werden kann, ohne dass direkt Therapieziele geändert werden müssen, zurückgeführt werden. Hier ist das Wissen von Pflegenden relevant, dass die Indikation für das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin nicht ausschließlich in einer reinen Finalphasenbetreuung liegt. Hiermit lässt sich auch der Wunsch nach einer „Early Integration“, der bei Pflegenden stärker als bei Ärzt*innen ausgeprägt zu sein scheint erklären (McAndrew et al., 2021). Auch der Wunsch, dass ihre Perspektive gehört und anerkannt wird, kann Grund für die hohe Akzeptanz der Trigger sein.

4.7 Diskussion des herausgestellten Konflikts

In den Fokusgruppen wird auf der Beziehungsebene ein Konflikt zwischen Ärzt*innen und Pflegenden des Intensivteams deutlich, der sich vor allem auf die Einschätzung der aktuellen Patient*innensituation, therapeutische Möglichkeiten und auf das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes bezieht. Dieser stellt im engen Sinne keinen Triggerfaktor dar und ist daher kein Teil der Untersuchung. Dennoch ist er für die Anwendung der von Pflegenden bestätigten Triggerfaktoren in der Praxis ausschlaggebend und wird daher in dieser Arbeit diskutiert.

Für die Pflegenden, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben, ist es nicht prioritär wichtig, dass sie selbst eine Konsultation tätigen dürfen. Ihnen ist es wichtiger, dass sie und ihre Perspektive einbezogen werden. Pflegende haben den engsten und zeitlich intensivsten Kontakt sowohl zu Patient*innen als auch zu ihren Angehörigen. Dadurch erleben Sie die Patient*innen nicht nur näher, erkennen Belastungen und Symptome eher, sondern können auch Informationen erhalten, die Ärzt*innen vorenthalten bleiben (Kohlen et al., 2015; Westphal & McKee, 2009). Pflegende empfinden ihre Perspektive als relevant und sehen sich in der Lage, auf Entscheidungsprozesse im Sinne der Patient*innen wichtigen Einfluss zu nehmen. Im multiprofessionellen Behandlungsteam sollten alle Mitglieder respektiert und untereinander offen kommuniziert werden. Dabei fühlen Pflegende sich schon einbezogen, wenn ihr häufig aktuellster Eindruck in interprofessionellen Besprechungen gehört und in die weitere Planung einbezogen wird. Dies kann die Qualität der Versorgung verbessern (Nelson et al., 2011). Therapiezielfindung und Entscheidungsprozesse können durch solche regelmäßigen Besprechungen besser gelingen und das multiprofessionelle Team zusammenführen (Kerckhoffs et al., 2020).

Angehörige geben ebenfalls an, dass sie es als sehr sinnvoll erachten, wenn Ärzt*innen und Pflegende sich regelmäßig austauschen, damit sie dieselben Informationen haben. So können Nachfragen direkt kompetent und kongruent von beiden Seiten beantwortet werden (Nelson et al., 2013).

Relevant für die vorliegende Untersuchung ist der Punkt, dass laut Fokusgruppen-Teilnehmer*innen die Einschätzung von Pflegenden in ethisch belastenden oder prognostisch schwer einzuschätzenden Situationen von den behandelnden Ärzt*innen nicht gehört und in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Daher wünschen sie sich hier Unterstützung durch den als neutral und vermittelnd empfundenen palliativmedizinischen Dienst, der mit einem externen Blick die Angemessenheit der Maßnahmen beurteilen soll. Die Intensivpflegenden sehen hier die Möglichkeit einer Beratung für das intensivmedizinische Behandlungsteam, die den Anstoß für eine gemeinsame Reflexion darstellen kann.

4.8 Stärken und Schwächen

Die durchgeführte Studie wurde im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit im Sinne einer Dissertation durchgeführt. Dieser Rahmen führte zu einer zeitlichen Befristung und eingeschränkten personellen Ressourcen, so dass eine komplette Auswertung durch mehrere Personen nicht möglich war.

Die primäre Studiendurchführende, die Doktorandin, ist selbst als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Lehre im Palliativbereich tätig. Zudem ist sie ausgebildete Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin, fortgebildete Palliative Care Pflegekraft und Pflegewissenschaftlerin. Die vorliegende Studie ist nicht im Rahmen der beruflichen Tätigkeit entstanden, dennoch ist ihre Perspektive von der Arbeit in der Palliative Care geprägt. Die qualitative Auswertung der Fokusgruppen hat sie selbstständig vorgenommen. Auch wenn dabei durch das nahe Arbeiten am Material und Selbstreflexion auf Neutralität und Offenheit geachtet wurde, ist nicht auszuschließen, dass diese Perspektive Einfluss auf die Interpretation genommen hat. Um einer einseitigen Auswertung entgegenzuwirken, hat sich die im Methodenteil beschriebene Auswertungsgruppe gefunden, die über Textpassagen geschaut und diese möglichst neutral analysiert hat. Mit den daraus entstandenen Informationen hat sich die Doktorandin erneut ins Material begeben und mögliche Subjektivität identifiziert. Die endgültige Kodierung mit der das gesamte Material ausgewertet wurde und die Grundlage für die weitere Auswertung war, hat erst im Anschluss stattgefunden und wurde erneut mit den Betreuenden der Doktorarbeit neutral diskutiert.

In den kognitiven Interviews, die zur Überprüfung der Items auf Verständlichkeit und Inhalt durchgeführt wurden, wurden Teilnehmer*innen befragt, die weder Teil der vorherigen Fokusgruppen waren noch irgendwelche Informationen zu den Inhalten oder zur Auswertung bekommen haben. Sie konnten daher als neutral und offen in ihrer Perspektive angesehen werden. Da sie in beiden Bereichen, Intensiv- und Palliativmedizin, Erfahrung haben, kann nicht gesagt werden, welche Perspektive mehr Einfluss auf ihre Antworten gehabt hat. Es konnte aber gezeigt werden, dass die Items so verstanden wurden wie sie gemeint waren. Die Beschreibungen der Teilnehmer*innen der kognitiven Interviews deckten sich zum größten Teil mit den Ausführungen in den Fokusgruppen.

Limitierend ist hier, dass aufgrund der zeitlichen, personellen und nicht vorhandenen finanziellen Ressourcen die kognitiven Interviews in einer eher knappen Ausführung stattgefunden haben. So wurde jedes Item nur von einem*r Teilnehmer*in bewertet, zudem fanden ausschließlich Audioaufnahmen statt. Empfohlen werden dafür allerdings Videoaufnahmen, um auch mimische Reaktionen zu sehen.

Die Pilotierung des Fragebogens, die durch eine erste Erhebung stattgefunden hat, war mit 30 Teilnehmer*innen geplant. Trotz der Situation auf den Intensivstationen durch die SARS-CoV-2 Pandemie, die mit enormen Belastungen für das Pflegepersonal einherging, kam es zu einer Rücklaufquote von 76,67% (23 Fragebögen). Statistisch lässt dies jedoch kaum Aussagen zu, zudem ist die Repräsentativität eingeschränkt. So sind auch die Mittelwerte

der Items zur Beatmungs-, Liegedauer und zum Alter eher gering aussagekräftig. Allerdings bestand das Ziel der Pilotierung, herauszufinden, ob der Fragebogen für eine Erhebung in einer größeren Kohorte nutzbar ist. Dies konnte auch mit diesem Rücklauf bestätigend herausgefunden werden. Zudem war eine erste deskriptive Auswertung der Items möglich. Die Freitextantworten, die im Rahmen der Pilotierung gegeben wurden, decken sich ebenso mit Aussagen in den Fokusgruppen wie die Beschreibungen der kognitiven Interviews. Dies kann dafür sprechen, dass die qualitative Auswertung möglichst neutral stattgefunden hat. Anzumerken ist allerdings, dass unter Umständen die Pflegenden an der Pilotierung teilgenommen haben, die ein Interesse an der Zusammenarbeit mit dem palliativmedizinischen Dienst haben. Dagegen spricht jedoch, dass es auch zu Ablehnung von Triggern kam.

4.9 Fazit

Mit der vorliegenden Studie sollten Eigenschaften von Intensivpatient*innen identifiziert werden, die Intensivpflegende als Triggerfaktoren für das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes ansehen. Im weiteren Verlauf sollte anhand der benannten Triggerfaktoren ein Fragebogen entstehen, mit dem in folgenden Studien die Akzeptanz der identifizierten Triggerfaktoren in einer größeren Kohorte ermittelt werden kann.

Zunächst konnte herausgefunden werden, dass die befragten Pflegenden einer Mitbetreuung durch den palliativmedizinischen Dienst offen gegenüberstehen und dieses Angebot gern häufiger nutzen würden, weil sie einen deutlichen Benefit für die Betroffenen sehen. Dabei sehen sie die Aufgaben des Palliativteams sowohl in einer beratenden als auch (mit-)behandelnden Tätigkeit.

Die teilnehmenden Pflegenden haben diverse Situationen beschrieben, in denen sie den palliativmedizinischen Dienst hinzuziehen würden. Dazu gehören vor allem Situationen, in denen eine lebenslimitierende Prognose unbestritten ist, wie z.B. bei weit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, schweren Hirnschäden oder ausgeprägten Komorbiditäten. Aber auch Unterstützungsbedarf für belastete Angehörige oder für das Intensivteam selbst werden als mögliche Auslöser angegeben. Deutlich wurde, dass das Intensivpflegeteam sich vor allem auch dahingehend Unterstützung wünscht, dass ihre Nähe zu den Patient*innen und damit ihre Einschätzung als relevant angesehen, gehört und in Entscheidungsprozesse einbezogen wird.

In der Pilotierung des entstandenen Fragebogens stellte sich dieser als nutzbar heraus, um die Triggerfaktoren in einer größeren Kohorte auf Akzeptanz hin zu überprüfen. Die erste Auswertung bestätigt die in den Fokusgruppen benannten Triggerfaktoren.

Auch wenn es zunächst nicht Inhalt der Fragestellung war, hat sich ein in der Pflege wahrgenommener Konflikt zwischen Pflegenden und Ärzt*innen im Intensivteam herausgestellt. Hierbei wird versucht, diesen über das Palliativteam auszutragen, indem die Pflegenden in diesem Unterstützung suchen.

Eine Möglichkeit der Unterstützung könnte in Schulungen über interprofessionelles shared-decision-making bestehen. Die identifizierten Triggerfaktoren können bei der interprofessionellen Kommunikation und gemeinsamer Entscheidungsfindung als Gesprächs- und Einschätzungsgrundlage unterstützen.

4.10 Ausblick

Für eine Aussagekraft zur Repräsentativität bezüglich der Akzeptanz der Triggerfaktoren, sollte der entwickelte Fragebogen in einer größeren Kohorte zur Anwendung kommen. Die Teilnehmer*innen sollten möglichst in verschiedenen Kliniken und auf Intensivstationen verschiedener Fachbereiche arbeiten. Nachdem in dieser breiteren Kohorte die Trigger auf Akzeptanz hin überprüft würden, wäre ein direkter Vergleich mit der Akzeptanz von Triggern unter Intensivmediziner*innen aussagekräftiger.

Im weiteren Verlauf könnten die medizinisch und pflegerisch anerkannten Trigger zu einem Screening-Tool zusammengeführt werden, welches validiert werden könnte. Hierfür könnten Patient*innen auf Intensivstationen gescreent und der weitere Verlauf beobachtet und ausgewertet werden. Dies ist auch retrospektiv sowohl bei Patient*innen, die durch die spezialisierte Palliativmedizin mitbetreut wurden, als auch bei denen dies nicht der Fall war, möglich.

Zusätzlich kann das Screening-Tool Pflegenden und Ärzt*innen, die auf Intensivstationen arbeiten, vorgelegt und in Interviews nach ihren Eindrücken gefragt werden.

Mit der vorliegenden Studie sollten zunächst ausschließlich Triggerfaktoren aus der Pflegeperspektive identifiziert werden. Der Konflikt, der in den Fokusgruppen auf der Beziehungsebene in der Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegenden deutlich wurde, könnte mit weiteren Studien nachgegangen werden, um Möglichkeiten für Konfliktlösungen im direkten Arbeitsalltag zu finden. Pflegende und Ärzt*innen könnten unabhängig voneinander bezüglich ihrer Wünsche oder Unterstützungsbedarf befragt werden. Daraus könnten Lösungsvorschläge oder Interventionen entstehen, die in weiteren

Schritten auf Nutzbarkeit überprüft werden können. Möglich wäre auch, retrospektiv zu untersuchen, in wie weit das Hinzuziehen der spezialisierten Palliativmedizin in solchen Fällen Unterstützung geben könnte.

Die besondere Bedeutung liegt darin begründet, dass eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe nicht nur die Qualität der Versorgung für die Betroffenen steigern, sondern auch Belastungen von Teammitgliedern entgegenwirken kann.

5. Literatur

- Adler, K. [K.], Schlieper, D. [D.], Kindgen-Milles, D. [D.], Meier, S. [S.], Schwartz, J. [J.], van Caster, P., . . . Neukirchen, M. [M.] (2017). Integration der Palliativmedizin in die Intensivmedizin : Systematische Übersichtsarbeit [Integration of palliative care into intensive care : Systematic review]. *Der Anaesthetist*, *66*(9), 660–666.
<https://doi.org/10.1007/s00101-017-0326-0>
- Adler, K. [Kathrin], Schlieper, D. [Daniel], Kindgen-Milles, D. [Detlef], Meier, S. [Stefan], Schallenburger, M. [Manuela], Sellmann, T., . . . Neukirchen, M. [Martin] (2019). Will your patient benefit from palliative care? A multicenter exploratory survey about the acceptance of trigger factors for palliative care consultations among ICU physicians. *Intensive Care Medicine*, *45*(1), 125–127. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5461-9>
- Angus, D. C., Barnato, A. E., Linde-Zwirble, W. T., Weissfeld, L. A., Watson, R. S., Rickert, T., & Rubenfeld, G. D. (2004). Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine*, *32*(3), 638–643.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000114816.62331.08>
- Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T. J., & Pronovost, P. J. (2014). Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *Journal of Palliative Medicine*, *17*(2), 219–235.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>
- Berendt, J., Ostgathe, C., Simon, S. T., Tewes, M., Schlieper, D. [D.], Schallenburger, M. [M.], . . . Neukirchen, M. [M.] (2020). Zusammenarbeit von Intensivmedizin und Palliativmedizin : Eine Bestandsaufnahme an den deutschen onkologischen Spitzenzentren [Cooperation between intensive care and palliative care : The status quo in German Comprehensive Cancer Centers]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00712-0>
- Bradley, C. T., & Brasel, K. J. (2009). Developing guidelines that identify patients who would benefit from palliative care services in the surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*, *37*(3), 946–950. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181968f68>
- Braus, N., Campbell, T. C., Kwekkeboom, K. L., Ferguson, S., Harvey, C., Krupp, A. E., . . . Ehlenbach, W. J. (2016). Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. *Intensive Care Medicine*, *42*(1), 54–62.
<https://doi.org/10.1007/s00134-015-4098-1>

- Byock, I. (2006). Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. *Critical Care Medicine*, 34(11 Suppl), S302-5.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000237347.94229.23>
- Cao, Y., Xing, Z., Long, H., Huang, Y., Zeng, P., Janssens, J.-P., & Guo, Y. (2021). Predictors of mortality in COPD exacerbation cases presenting to the respiratory intensive care unit. *Respiratory Research*, 22(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01657-4>
- Clemens, K. E., & Klaschik, E. (2009). Integration palliativmedizinischer Prinzipien in die Behandlung von Intensivpatienten: Vom "shared decision making" und der Begleitung von Angehörigen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* (2), 88–94.
- Cox, C. E., Martinu, T., Sathy, S. J., Clay, A. S., Chia, J., Gray, A. L., . . . Tulskey, J. A. (2009). Expectations and outcomes of prolonged mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 37(11), 2888-94; quiz 2904.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181ab86ed>
- Dai, Y., Qin, S., Pan, H., Chen, T., & Bian, D. (2020). Impacts of Comorbid Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Congestive Heart Failure on Prognosis of Critically Ill Patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 2707–2714. <https://doi.org/10.2147/COPD.S275573>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Definition zur Hospiz- und Palliativversorgung. Retrieved from
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf
- Dresing, T., & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription: Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (2. Auflage, Sept. 2011). Marburg: Eigenverlag.
- Edwards, J. D., Voigt, L. P., & Nelson, J. E. (2017). Ten key points about ICU palliative care. *Intensive Care Medicine*, 43(1), 83–85. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4481-6>
- FAQ Palliativmedizin (2019). *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 20(04), 172.
<https://doi.org/10.1055/a-0945-0855>
- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (Eds.) (2019). *Rororo: Rowohlt's Enzyklopädie. Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (13. Auflage, Originalausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fragemann, K. (2017). Duale Leitung einer Intensivstation –Interprofessionell Führen und Gestalten. In P. Bechtel, I. Smerdka-Arheger, & K. Lipp (Eds.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe* (pp. 115–124). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54166-1_12

- Frontera, J. A., Curtis, J. R., Nelson, J. E., Campbell, M., Gabriel, M., Mosenthal, A. C., . . . Weissman, D. E. (2015). Integrating Palliative Care Into the Care of Neurocritically Ill Patients. *Critical Care Medicine*, *43*(9), 1964–1977. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001131>
- Gade, G., Venohr, I., Conner, D., McGrady, K., Beane, J., Richardson, R. H., . . . Della Penna, R. (2008). Impact of an inpatient palliative care team: A randomized control trial. *Journal of Palliative Medicine*, *11*(2), 180–190. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0055>
- Ganz, F. D., & Sapir, B. (2019). Nurses' perceptions of intensive care unit palliative care at end of life. *Nursing in Critical Care*, *24*(3), 141–148. <https://doi.org/10.1111/nicc.12395>
- Gerrish, K., & Lathlean, J. (Eds.) (2015). *The research process in nursing* (Seventh edition). Chichester, West Sussex, UK, Malden, MA: John Wiley & Sons Inc.
- Hua, M. S., Li, G., Blinderman, C. D., & Wunsch, H. (2014). Estimates of the need for palliative care consultation across united states intensive care units using a trigger-based model. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *189*(4), 428–436. <https://doi.org/10.1164/rccm.201307-1229OC>
- Jorch, G., Kluge, S., König, F., Markewitz, A., Notz, K., Parvu, V., Quintel, M., . . . Waydhas, C. (2010). Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen (Kurzversion). Retrieved from <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/95/empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-kurzversion>
- Karg, O., & Geiseler, J. (2012). Palliativmedizin auf der Intensivstation [Palliative care in the intensive care unit]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *137*(49), 2558–2560. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327266>
- Kerckhoffs, M. C., Senekal, J., van Dijk, D., Artigas, A., Butler, J., Michalsen, A., . . . van Delden, J. J. M. (2020). Framework to Support the Process of Decision-Making on Life-Sustaining Treatments in the ICU: Results of a Delphi Study. *Critical Care Medicine*, *48*(5), 645–653. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004221>
- Kohlen, H., McCarthy, J., Szylit Buosso, R., Gallagher, A., & Andrews, T. (2015). Dialogisches Realisieren und Reorientieren--Pflegerische Entscheidungsfindungsprozesse und Aktivitäten am Lebensende auf der Intensivstation im internationalen Vergleich [Decision-making processes in nursing and activities at the end of life in intensive care--An international comparative study]. *Pflege*, *28*(6), 329–338. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000458>
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.

- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. [überarbeitete] Auflage). *Grundlagentexte Methoden*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lenz, K., Hofmann-Bichler, B., Pihringer, J., Firlinger, F., Pickl, A., & Clodi, M. (2017). Palliative Care auf der Intensivstation. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 112(8), 724–730. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0261-5>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. (22 (140)), 5–55.
- Ma, J., Chi, S., Buettner, B., Pollard, K., Muir, M., Kolekar, C., . . . Dans, M. (2019). Early Palliative Care Consultation in the Medical ICU: A Cluster Randomized Crossover Trial. *Critical Care Medicine*, 47(12), 1707–1715. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004016>
- McAndrew, N. S., Guttormson, J., Marks, S., Rhodes, M., Patel, J., & McCracken, C. (2021). Intensive Care Unit Nurse: Could We Call a Palliative Care Consult? Intensive Care Unit Provider: It's Too Early. Palliative Care Integration in the Intensive Care Unit: The Struggle to Translate Evidence Into Practice. *Dimensions of Critical Care Nursing : DCCN*, 40(1), 51–58. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000451>
- Michalsen, A., Neitzke, G., Dutzmann, J., Rogge, A., Seidlein, A.-H., Jöbges, S., . . . Janssens, U. (2021). Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden : Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN [Overtreatment in intensive care medicine-recognition, designation, and avoidance : Position paper of the Ethics Section of the DIVI and the Ethics section of the DGIIN]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>
- Moss, A. H., Lunney, J. R., Culp, S., Auber, M., Kurian, S., Rogers, J., . . . Abraham, J. (2010). Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients. *Journal of Palliative Medicine*, 13(7), 837–840. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0018>
- Müller-Busch, H. C. (2013). Palliativmedizin und Sterben auf der Intensivstation - kein Widerspruch. *DIVI*. (4), 22–27. <https://doi.org/10.3238/DIVI.2013.0022-0027>
- Nelson, J. E., Cortez, T. B., Curtis, J. R., Lustbader, D. R., Mosenthal, A. C., Mulkerin, C., . . . Puntillo, K. A. (2011). Integrating Palliative Care in the ICU. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13(2), 89–94. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318203d9ff>

- Nelson, J. E., Curtis, J. R., Mulkerin, C., Campbell, M., Lustbader, D. R., Mosenthal, A. C., . . . Weissman, D. E. (2013). Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: A report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Critical Care Medicine*, 41(10), 2318–2327. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31828cf12c>
- Norton, S. A., Hogan, L. A., Holloway, R. G., Temkin-Greener, H., Buckley, M. J., & Quill, T. E. (2007). Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. *Critical Care Medicine*, 35(6), 1530–1535. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000266533.06543.0C>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Ninth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Porst, R. (2000). *Praxis der Umfrageforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-11135-1>
- Porst, R. (2011). *Fragebogen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Prüfer, P., & Rexroth, M. (2005). *Kognitive Interviews. GESIS-How-to: Bd. 15*. Mannheim.
- Schnell, M. W., & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft* (1. Aufl.). *Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Schuster, M., Ferner, M., Bodenstern, M., & Laufenberg-Feldmann, R. (2017). Palliative Therapiekonzepte in der Intensivmedizin. *Der Anaesthesist*, 66(4), 233–239. <https://doi.org/10.1007/s00101-017-0294-4>
- Steiner, E., & Benesch, M. (2018). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (5. aktual. u. überarb. Auflage). Stuttgart: UTB.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Unroe, M., Kahn, J. M., Carson, S. S., Govert, J. A., Martinu, T., Sathy, S. J., . . . Cox, C. E. (2010). One-year trajectories of care and resource utilization for recipients of prolonged mechanical ventilation: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 153(3), 167–175. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-3-201008030-00007>
- Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 - August 2019, AWMF-Registernummer: 128/001-OL = Leitlinie ((Langversion))* (2019). Stuttgart: Kohlhammer.

Westphal, D. M., & McKee, S. A. (2009). End-of-life decision making in the intensive care unit: Physician and nurse perspectives. *American Journal of Medical Quality : The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 24(3), 222–228. <https://doi.org/10.1177/1062860608330825>

Wysham, N. G., Hua, M., Hough, C. L., Gundel, S., Docherty, S. L., Jones, D. M., . . . Cox, C. E. (2017). Improving ICU-Based Palliative Care Delivery: A Multicenter, Multidisciplinary Survey of Critical Care Clinician Attitudes and Beliefs. *Critical Care Medicine*, 45(4), e372–e378. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002099>

6. Anhang

6.1 Interviewleitfaden

1. Gibt es auf Ihrer Station Palliativ-Konsile? ja/nein

Wenn ja, wie häufig kommen die etwa vor? ___mal pro Monat / oder pro Jahr

Was schätzen Sie, wie viele Palliativ-Konsile haben Sie in den letzten 6 Monaten mitbekommen?

2. Wenn Sie an die Palliativ-Konsile der letzten 12 Monate denken, die Sie mitbekommen haben: Was waren das für Patienten, und was waren die Gründe oder Auslöser, für diese Patienten ein Palliativ-Konsil zu stellen? Bitte erzählen Sie!
3. Dankeschön. Ich habe verstanden, dass Sie folgende Auslöser für Palliativ-Konsile beobachtet haben: ... (X-Y-Z). Gibt es noch andere Auslöser für Palliativ-Konsile...?
4. Wenn Sie sich die Patienten vor Augen führen, die Sie eben beschrieben haben: Wie finden Sie es, dass für diese Patienten Palliativ-Konsile angefordert wurden? Sollten die von Ihnen beschriebenen Gründe oder Auslöser auch künftig dazu führen, dass ein Palliativkonsil angefordert wird? Warum?
5. Können Sie Situationen beschreiben, in denen Ihrer Meinung nach Patienten von einem Palliativkonsil profitiert hätten, es aber nicht gestellt wurde?
6. Warum meinen Sie, dass diese Patienten von einem Palliativkonsil profitiert hätten?
7. Wenn Sie es alleine entscheiden dürften: Wann oder für welche Patientenwürden Sie ein Palliativkonsil stellen?
8. Gibt es darüber hinaus noch weitere Eigenschaften, von denen Sie sich wünschen, dass sie zu der Anforderung eines Palliativkonsils führen würden?
9. Möchten Sie mir noch etwas in Bezug auf die Auslöser mitteilen, die bei Intensivpatienten ein Palliativkonsil auslösen könnten oder sollten?

6.2 einfache Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2011)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
3. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
4. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
5. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung, wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
6. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
7. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
8. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
9. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden
Zeitmarken eingefügt. Beispielsweise:
B: Ich habe es dort #00:02:05-3#
I: Wo genau? #00:02:05-9#
B: gekauft. Im Kaufhaus um die Ecke. ...
10. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
11. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handstörgeräusch) oder (unv., Mikrophon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?) Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
12. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).

6.3 Fallzusammenfassungen Fokusgruppen

6.3.1 Fokusgruppe 1

Individuelle Lebensqualität und der Patientenwille sollten ausschlaggebend für ein Palliativkonsil sein

Palliativkonsile sollten vor allem für Patienten gestellt werden, die an einem komplexen Krankheitsverlauf leiden. Häufig kommen zu der Grunderkrankung weitere Komplikationen bzw. Sekundärerkrankungen hinzu. Eine Problematik wäre vielleicht noch in den Griff zu bekommen, aber bei der Komplexität ist Unterstützung notwendig. Ist die Grunderkrankung klar lebenslimitierend und die Prognose infaust, sollte das Palliativteam hinzugezogen werden.

Das Palliativteam kann bei Entscheidungsprozessen über weitere Verläufe bzw. bei der Planung des weiteren Konzepts/ Vorgehen dabei sein und seine Perspektive benennen und somit bei der „Lösungsfindung“ unterstützen.

Bei Symptombelastungen, wie z.B. Schmerzen, Dyspnoe, Geruchsbildung, Unruhe, kann die Expertise des Palliativteams das ITS Team unterstützen. Auch bei sogenannte „Langlieger“ sollten ein Palliativkonsil gestellt werden.

Der Wille des Patienten, sei es ob er/ sie sich noch selbst äußern kann oder eine Patientenverfügung verfasst hat, sollte dabei ausschlaggebend sein.

Das Palliativteam kann bei der Erhaltung/ Steigerung der Lebensqualität helfen, dieser Punkt wird während des Gesprächs immer wieder benannt. Das Palliativteam kann dem/ der Patienten/in einfach etwas Gutes tun, was individuell angepasst sein sollte. Das Pflgeteam der ITS möchte dem Patienten mit dem Stellen eines Palliativkonsils etwas Gutes tun. Das Palliativteam bringt Zeit mit, und versucht etwas Angenehmes zu machen, wie z.B. Massagen, Mundpflege. Die größeren Ressourcen des Palliativteams (z.B. Mundpflegesprays) können genutzt werden, zudem bringen sie Zeit mit.

Angehörige, können in ihrer Belastung und in Ihrer Überforderung mit der Situation vom Palliativteam aufgefangen und unterstützt werden.

Die verschiedenen Professionen und Fachdisziplinen haben eine unterschiedliche Perspektive auf die Patienten und ihre Krankheitsverläufe. Bei der Kommunikation untereinander, dem Zusammenbringen der verschiedenen Perspektiven und der Zusammenarbeit kann das Palliativteam unterstützen.

Das Pflegepersonal, welches nah mit dem Patienten arbeitet, Veränderungen und komplexe Zusammenhänge dadurch rasch erkennt, kann das Palliativteam als Unterstützung und Möglichkeit für einen Austausch ansehen.

Die Medizin ist sehr weit fortgeschritten, daher kann bei schweren Erkrankungen der natürliche Tod weit hinausgezögert werden. Für ein ethisch vertretbares und würdevolles Vorgehen wird daher oft die Expertise des Palliativteams benötigt.

6.3.2. Fokusgruppe 2

Infauste Prognose, ethische Fragestellungen und fehlende offene Kommunikation als Triggerfaktoren.

Bei klaren infausten Prognosen sollte das Palliativteam hinzugezogen werden. Aber auch wenn v.a. das Pflorgeteam das Gefühl einer eher unethischen Behandlung der Patient*innen hat, aber nicht erhört wird, wünschen sie sich Unterstützung vom Palliativteam.

Die Patient*innensituation soll im Ganzen erfasst und in Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen werden.

Patient*innen mit Komorbiditäten können direkt palliativ mitbehandelt werden.

Therapeutische Grenzen und notwendige Therapiezieländerungen sollen klar, offen und ehrlich kommuniziert werden. Betroffene sollen aber das Gefühl bekommen, damit nicht alleine gelassen zu werden, sondern dass sie weiter je nach Bedarf angemessene Unterstützung erhalten.

6.3.3 Fokusgruppe 3

Gewisse Erkrankungen, keine AZ Verbesserung können Triggerfaktoren sein

Die Pflegeprofession ist dem Patienten näher, weil sie mehr Zeit mit ihm und der Versorgung verbringt. Verschlechterung des Allgemeinzustandes erkennen sie daher eher. Zudem trauen sie sich eher zu sagen, dass der Patient von einer weiteren Maximaltherapie nicht mehr profitiert. Allerdings haben sie nicht die Entscheidungsbefugnis diese zu beenden. Situationen von immer dauernder Maximaltherapie, Wechsel von Medikamenten, dennoch keine Verbesserung des Zustandes des Patienten zu erkennen, eher Verschlechterung, führt zu Belastungen beim Pflorgeteam und den Angehörigen.

Ärzte ziehen nicht an einem Strang, an einem Tag wird die Therapie beendet, am nächsten Tag findet sie wieder statt. Angehörige können dies nicht nachvollziehen und fragen das Pflegepersonal, dieses ist selbst dadurch belastet, weil sie auch nicht verstehen, warum die Ärzte diese Entscheidung treffen. Beim Erstellen eines Konzepts (damit ein roter Faden

reinkommt) und bei der Überlegung in welche Richtung es sich entwickelt, kann das Palliativteam unterstützen. Das Betreuungsteam der ITS sollte dann über das Konzept informiert sein, damit alle von den gleichen Zielen ausgehen und danach handeln. Anzeichen für ein fehlendes Konzept können vermehrte Diskussionen im Team sein.

Patienten, die sehr lange schon auf der ITS liegen, beatmet werden oder schon zuvor einen DNR/DNI Status bekommen haben, sollten grundsätzlich vom Palliativteam mitbetreut werden. Hier geht um eine weitere Einschätzung der Situation von außen. Patienten, die an einer Leukämie leiden, viele Chemotherapien samt Stammzelltransplantationen durchgestanden haben, ohne, dass eine Verbesserung der Erkrankung eingetreten ist und dann aufgrund von AZ Verschlechterung und Sepsis auf die ITS kommen und schon eine zerebrale Beteiligung vorliegt, sollten auch grundsätzlich vom Palliativteam mitbetreut werden. Zu Erkrankungen bei denen grundsätzlich ein Palliativkonsil gestellt werden sollte, gehören das Glioblastom und ein weit fortgeschrittenes BC. Vor allem die Symptombelastung wie Atemnot, Schmerzen sollten mit Unterstützung des Palliativteams reduziert werden. Auch Patienten, die lange (1 ½ bis 2 h) reanimiert wurden und die mit einem nachgewiesenen hypoxischen Hirnschaden sollten vom Palliativteam mitbetreut werden.

Allgemein lässt sich sagen, alle Patienten, bei denen weitere Therapien keine Möglichkeit auf Erfolg haben, eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist und die Situation palliativ ist bzw. die Prognose als infaust gesehen wird.

Das Palliativteam kann junge, unerfahrene Ärzte in Entscheidungsfindungen unterstützen. Das Pflegeteam bekommt in ihren Ansichten Verstärkung und Unterstützung gegenüber den ITS Ärzten, vor allem, wenn der Patientenwille besagt, dass er keine Lebenserhaltung wollte. Sei es durch PV vorher festgelegt oder geäußert. Auch bei Angehörigen, die trotz PV Maximaltherapie wünschen, kann das Palliativteam durch Gespräche und das Aufzeigen ihrer Sicht auf die Situation unterstützen. Auch bei der Entscheidungsfindung über das weitere Vorgehen, kann das Palliativteam unterstützen.

Angehörige, die ein Palliativteam zur Begleitung für den Erkrankten wünschen oder diese, die durch die Situation stark belastet sind (Stichwort Traumatisierung) können Auslöser für ein Palliativkonsil sein. Das erste wegen dem Wunsch, das zweite zur Unterstützung/ zum Auffangen.

Und ganz klar, sollte das Palliativteam dazu geholt werden, wenn die Sterbephase eingesetzt hat, um die Symptome möglichst weit zu reduzieren und eine soweit angenehme Atmosphäre für den Patienten zu schaffen. Hier können sie das ITS Betreuungsteam anleiten.

6.3.4 Fokusgruppe 4

Palliativkonsile bei end-of-life Entscheidungen, wenn das weitere Konzept nicht klar ist und zur Unterstützung bei der Symptomkontrolle.

Palliativkonsile werden eher selten nach Bedarf gestellt, die Anzahl ist jedoch zunehmend. Häufig für Patienten, bei denen die Therapie „beendet“ ist, noch beatmet werden und weitere Versorgungsmöglichkeiten bzw. der weitere Verlauf unklar sind.

Palliativkonsile sollten für Patienten angefordert werden, bei denen aufgrund von deutlicher AZ Verschlechterung, schwieriger Prognose oder fehlender Therapieoptionen, end-of-life-Entscheidungen besprochen werden müssen. Hierzu gehören auch Gespräche mit Angehörigen. Sie können bei der Verarbeitung und beim Verstehen der Situation unterstützt werden. Sie können auch ausschlaggebend für ein Palliativkonsil sein, wenn es ihr Wunsch ist.

Der Fortschritt der Medizin kann das Sterben hinaus zögern, womit auch dem Willen des Patienten zuwidergehandelt werden kann. Für Absprachen im Team und das Finden eines gemeinsamen Konzeptes für den weiteren Verlauf kann das Palliativteam mit ihrer Perspektive unterstützend sein.

Patienten, die durch Symptome belastet sind, können von einem Palliativkonsil profitieren und auch die Pflegende können in ihrer Arbeit durch das Palliativteam und ihre Maßnahmen unterstützt werden. Hier geht es vor allem um Patienten, die noch einen gewissen Grad an Wachheit haben, damit sie durch die Therapie nicht zu stark vigilanzgemindert werden. Es ist allerdings so, dass Pflegende sich erst durchsetzen müssen, bevor z.B. zur Unterstützung bei der Schmerztherapie ein Palliativkonsil gestellt wird.

Gemeint sind vor allem komplexe Krankheitssituationen oder –verläufe, bei denen das Palliativteam unterstützen kann.

6.3.5 Fokusgruppe 5

Unterstützung bei Entscheidungsfindungen und Therapiezieländerungen, sowie Komorbiditäten können Triggerfaktoren sein.

Das Palliativteam kann bei Entscheidungsfindungen in Richtung Therapiezieländerung unterstützen, wenn Therapien weiter durchgezogen werden, obwohl sie nicht mehr sinnvoll zu sein scheinen. Grad bei jüngeren Patient*innen fällt dem Team die Entscheidung für eine Best Supportive Care Versorgung schwer.

Auch bei Konflikten zwischen Ärzt*innen, Pflegenden und Angehörigen in Bezug auf weitere Therapien kann der palliativmedizinische Dienst hinzugezogen werden. Dabei geht es auch

darum, den Patient*innenwillen zu erfahren und diesen in Entscheidungsprozesse einzubeziehen.

Leiden Patient*innen neben der Intensivindikation unter weiteren schweren Erkrankungen, die die Möglichkeit für eine Kuration mindern, sollte der palliativmedizinische Dienst hinzugezogen werden.

Das Palliativteam kann dabei unterstützen, dass auch in der Akutmedizin würdevolles Sterben möglich ist.

6.3.6 Fokusgruppe 6

Symptomkontrolle, belastete Angehörige und fehlende offene Kommunikation als Triggerfaktoren

Das Palliativteam kann bei sogenannten Langliegern hinzugezogen werden, nicht nur um sie zu begleiten, sondern generell zunächst eine mögliche Therapiezieländerung mit zu initiieren, weil ansonsten weiter maximal therapiert wird.

Angehörige, die durch solche Situationen stark belastet sind, können durch das Palliativteam Unterstützung erfahren. Sie können abgeholt und durch offene Kommunikation aufgefangen werden, um Entscheidungen treffen bzw. diese unterstützen zu können. Kommunikation wird als großes Problem empfunden, weil sie oft lückenhaft und unehrlich ist.

Durch das Palliativteam kann eine mögliche Steigerung der Lebensqualität errungen werden, einfach, weil sie den Patient*innen mit Zeit etwas Gutes tun können.

Bei bestimmten fortgeschrittenen Erkrankungen wie metastasierte Tumore soll das Palliativteam grundsätzlich hinzugezogen werden.

Patient*innenwünsche, auch im Sinne von, dass sie nicht mehr therapiert werden möchten, können vom Palliativteam unterstützt werden.

Ein wichtiger Punkt ist eine angemessene Symptomkontrolle.

6.4 Definition Hauptkategorien

Name der Kategorie	Prognose
Inhaltliche Beschreibung	Alle Aussagen, die das Hinzuziehen des palliativmedizinischen Dienstes aufgrund eines voraussichtlich schlechten weiteren Krankheitsverlaufs bzw. alle Angaben über Sachverhalte, die den weiteren Verlauf beeinflussen können
Anwendung der Kategorie	jegliche Angaben über Erkrankungen, mögliches weiteres Vorgehen, möglicher Verlauf, Behandlungen
Beispiele für die Anwendung	„schwere Hirntrauma“, „bei jedem Langlieger-Patienten“

Name der Kategorie	Beziehungsebene
Inhaltliche Beschreibung	Alle Angaben zu einem Konfliktpotenzial zwischen der pflegerischen und ärztlichen Berufsgruppe.
Anwendung der Kategorie	Angaben über fehlende Einigkeit im Team, fehlender Einbezug des Pflegepersonals in Entscheidungen, Kommunikation
Beispiele für die Anwendung	„Man steht da und weiß nicht was man tun soll und ist einfach nur sauer“, „es wird nicht vernünftig mit den Angehörigen gesprochen“

Name der Kategorie	Patienten
Inhaltliche Beschreibung	Alle Angaben über Eigenschaften, die sich direkt persönlich auf den Patienten beziehen in Bezug zu einem Palliativkonsil stehen
Anwendung der Kategorie	Zum Beispiel Angaben über Alter, Patientenwille, Symptombelastung
Beispiele für die Anwendung	„der war so gestresst dieser Patient“, „dass der Patient auch sagt, ich möchte das einfach nicht“

Name der Kategorie	Angehörige
Inhaltliche Beschreibung	Alle Angaben, die die Angehörigen betreffen, die sich in einer Ausnahmesituation befinden und Unterstützung brauchen.
Anwendung der Kategorie	Zum Beispiel bei Angaben über Umgang mit Angehörigen, ihre Perspektive, Belastungen, Wünsche etc.
Beispiele für die Anwendung	„für die Angehörigen ein Benefit drin wäre“, „wo mit den Angehörigen gesprochen werden kann, an welchen Weg man weiter geht“

6.5 Definition Subkategorien

Hauptkategorie	Subkategorie	Definition Subkategorien
Angehörige	starke Belastung	Zur Unterstützung Angehöriger, die durch die Situation eines schwer erkrankten, intensivpflichtigen Familienmitglieds psychisch belastet sind.
	Einbezug in die Versorgung	Unterstützung/ Anleitung des Intensiv-Pflegeteams dabei, Angehörige in die Begleitung/ Betreuung des Betroffenen, in Gespräche, Abschiedsprozesse, Pflege einzubeziehen
	Entscheidungsfindung	Unterstützung der Angehörigen bei Entscheidungsprozessen bezüglich der weiteren Versorgung/ weiterer Therapien.
	Palliativwunsch	Einschalten des Palliativteams auf Wunsch der Angehörigen
	Therapiewunsch	Einschalten des Palliativteams, wenn die Angehörigen einen hohen Therapiewunsch haben, obwohl das Intensivteam darin keine Möglichkeit sieht und der Patient es auch nicht wünscht.
Beziehungsebene	Einbezug des Pflegepersonals	Das Intensivpflegeteam wünscht sich Unterstützung durch das Palliativteam, wenn sie in Entscheidungsprozesse nicht miteinbezogen werden und ihre Perspektive nicht gehört wird.
	Wissen über Palliative Care	Pflegende und Ärzte verstehen unterschiedliche Sachverhalte unter einer palliativen Begleitung und würden daher unterschiedlich agieren.
	Kommunikation	Notwendigkeit einer offenen und ehrlichen Kommunikation mit allen Beteiligten.
Prognose	Konsequenz in der Durchführung von Entscheidungen	Wenn eine Therapierichtung festgelegt wird und dann ein weiterer/ anderer Arzt hinzugezogen wird und doch wieder Maximaltherapie oder weitere Antibiosen gefahren werden, obwohl die Absprache zuvor eine andere war. Dieses kann in einem Fall mehrmals passieren.
	Entscheidungsfindung	Bei Patienten, bei denen keine Entscheidung getroffen wird, und erst mal für einige Zeit alles

		weiter läuft, mit den Angehörigen aber auch nicht gesprochen wird bzw. wie Entscheidungen getroffen werden.
	umfassende Wahrnehmung der Patientensituation	Wenn Patienten, inmitten der High-Tech Medizin nicht mehr gesehen und wahrgenommen werden, ihre Mimik, Gestik, Verhalten, Wünsche etc.
	therapeutischen Grenzen	Das Intensivpflegepersonal wünscht sich Unterstützung beim Erkennen von therapeutischen Grenzen, wenn sie das Gefühl bekommen, die Intensivärzte therapieren ohne Erfolg weiter und der Patienten leidet darunter.
	natürliches Versterben	Aufgrund der High-Tech Medizin verstirbt kaum ein Patient auf der Intensivstation natürlich, sondern Beatmungsgeräte müssen bewusst abgeschaltet und Medikamente bewusst abgesetzt werden. Für ein wieder natürlicheres Versterben sollte ein objektives Team hinzugezogen werden.
	ethische Einschätzung der Therapie.	Sobald einer im Betreuungsteam sich die Frage stellt, ob die durchgeführte Behandlung des Patienten noch ethisch vertretbar ist.
	ethische Einschätzung der Patientensituation	Sobald einer im Betreuungsteam sich die Frage stellt, ob die Situation des Patienten noch ethisch vertretbar ist.
	ethische Einschätzung der Patientensituation	Sobald einer im Betreuungsteam sich die Frage stellt, ob die Situation des Patienten noch ethisch vertretbar ist.
	ethische Einschätzung der Patientensituation	Sobald einer im Betreuungsteam sich die Frage stellt, ob die Situation des Patienten noch ethisch vertretbar ist.
	Notwendigkeit einer Reanimation	Patienten, die reanimiert werden mussten, aber nur in einen sehr instabilen Zustand geholt werden konnten. Und bei Patienten, bei denen ein DNR/ DNI festgelegt wurde, und dennoch auf die Intensivstation verlegt werden, sollte das Palliativteam hinzugezogen werden.

	bestimmte onkologische Erkrankungen	Es betrifft häufig eher onkologische Patienten, die von einer zusätzlichen palliativen Betreuung profitieren würden, hier v.a. Leukämie Patienten mit durchlaufener Therapie, Patienten mit einem Glioblastom oder einem BC, Patienten bei denen der Tumor metastasiert hat.
	Infauste Prognose	Bei klarer infauster, palliativer Prognose sollte das Palliativteam hinzugezogen werden, d.h. wenn klar ist, dass die Erkrankung nicht heilbar ist, aber zu lebensverlängernden Zwecken noch Operationen/Therapien durchgeführt werden.
	Hirnschädigung	Bei Patienten mit starker, durch Diagnostik bestätigter Hirnschädigung durch z.B. Hypoxie sollte das Palliativteam hinzugezogen werden.
	Fortschreiten der Erkrankung	als Trigger: weit fortgeschrittenen Erkrankung, v.a. bei Tumorleiden mit Metastasierung
	Beatmungspflicht	Patienten, die sich länger am Beatmungsgerät befinden, die Diagnostik nur geringe Möglichkeiten der Besserung zeigt, sollten von einem Palliativkonsil profitieren.
	Komplikationen	Treten durch die Erkrankung oder die Therapien Komplikationen auf, die die Prognose bzw. die Situation des Patienten eher verschlechtern, sollte das Palliativteam hinzugezogen werden.
	Liegedauer	Grundsätzlich bei Langliegern bzw. bei Patienten, die länger als 1 Woche auf der ITS liegen, sollte das Palliativteam beratend hinzugezogen werden.
Patienten	Alter	Angaben zum Alter der Patienten
	Palliativwunsch	Auf Wunsch des Patienten, bzw. wenn klar in einer PV geregelt ist, dass der Patient nicht auf der ITS liegen und nicht alle möglichen Therapien bekommen möchte.
	Symptombelastung	Patienten, die unter starker Symptombelastung leiden, wie z.B. Schmerzen oder Atemnot, Desorientierung bis hin zur Unruhe.

6.6 Leitfaden und angewandte Techniken der kognitiven Interviews

N = Nachfragen zum Verständnis

Der Befragte soll nachdem ihm die Itemfrage gestellt wurde, beschreiben, wie er bestimmte Aspekte oder Begriffe versteht.

P = Paraphrasieren

Der Befragte soll nachdem ihm die Itemfrage gestellt wurde, diese in eigenen Worten wiedergeben, ohne wortwörtlich den Text wiederzugeben.

th a = think aloud

Der Befragte wird gebeten, nachdem ihm die Itemfrage gestellt wurde, alle Überlegungen, die ihn zur Beantwortung der Frage führen, laut zu formulieren. Der Fragende sollte bei längeren Pausen auf das laute Denken hinweisen.

Diese Technik sollte vorab mit den Befragten anhand eines Beispiels geübt werden.

Beispiele Übungsfrage:

„Stellen Sie sich bitte Ihre Wohnung/ Ihr Haus vor. Wie viele Fenster gibt es dort? Bitte sagen Sie mir, was Sie sehen und denken, während Sie die Fenster zählen.“

„Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt?“

„Denken Sie bitte an die Tage an denen sie fernsehen. Wie lange in Stunden und Minuten schauen Sie da an einem Tag fern?“

Im Folgenden werden ich Ihnen Items vorlesen, die mögliche Situationen von Patienten*innen auf Intensivstationen beschreiben. Die Situationen sollen von stimme voll zu bis stimme nicht zu dahingehend beurteilt werden, ob das Hinzuziehen eines Palliativteams befürwortet wird. Im Anschluss an das Vorlesen des Items werde ich Ihnen Fragen stellen, die die Beantwortung des Items betreffen.

Teilnehmer*in 1:

1) Item 1 P + N

Die Aussicht, dass das Therapieziel bei einem Patienten noch erreicht werden kann, ist zu gering.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Wie verstehen Sie das Wort „Therapieziel“?
- Was verstehen Sie darunter, dass ein Therapieziel nicht mehr erreicht werden kann?

2) Item 2 th a

Der Patient wird nicht mehr als Ganzes (Komplikationen, weitere Erkrankungen, soziales Umfeld, etc.) wahrgenommen, sondern auf die Intensivindikation.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

3) Item 3 P + N

Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, einem Patienten in der Finalphase ein natürliches Versterben zu ermöglichen.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was bedeutet für Sie „Finalphase“?
- Was bedeutet für Sie „natürliches Versterben“?

4) Item 4 P + N

Es ist schwer einzuschätzen, ob sich der Zustand des Patienten verbessern kann.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter „verbessern“ bei Patienten, die auf der Intensivstation liegen?

5) Item 5 th a

Ein bereits beschlossenes Konzept im Sinne Best Supportive Care wird nicht konsequent eingehalten, d.h. Therapien werden fort- bzw. wieder angesetzt.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

Teilnehmer*in 2

6) Item 6 th a

Die Kommunikation mit Patient und Angehörigen wird von Ihnen als zu wenig offen und ehrlich empfunden.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

7) Item 7 th a

Angehörige und Patient werden Ihrer Meinung nach nicht detailliert genug über Erkrankung und Prognose aufgeklärt.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

8) Item 8 P + N

Die Einschätzung der Pflegenden einer Patientensituation wird in Gesprächen über Entscheidungen und Behandlungsabläufe nicht berücksichtigt.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Wie verstehen Sie, dass die Einschätzung der Pflegenden nicht berücksichtigt wird?
- Was könnte für Sie Gespräche über Entscheidungen beinhalten?
- Was könnte für Sie Gespräche über Behandlungsabläufe beinhalten?

9) Item 9 th a

Im Pflorgeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der End-of-Life Care von Patienten.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

10) Item 10 P + N

Im Pflorgeteam besteht eigene Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der Versorgung von Patienten nach dem Versterben.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter Unterstützungsbedarf?
- Was verstehen Sie unter Anleitungsbedarf?
- Was verstehen Sie unter einer Versorgung nach dem Versterben?

Teilnehmer*in 3

11) Item 11 th a

Die Grunderkrankung des Patienten wird im Team einvernehmlich als weit fortgeschritten bezeichnet.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

12) Item 14 P + N

Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung unwahrscheinlich ist.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter einer schweren Hirnschädigung?
- Was genau bedeutet für Sie in diesem Zusammenhang „schwer“?
- Was verstehen Sie unter einer „neurologischen Erholung“?
- Wie würden Sie in diesem Zusammenhang „unwahrscheinlich“ einordnen?

13) Item 15 P + N

Bei dem Patienten liegt eine unheilbare Erkrankung mit schlechter Prognose bekannt vor.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter „unheilbarer Erkrankung“?
- Was verstehen Sie unter „schlechter Prognose“?

14) Item 16 P + N

Bei dem Patienten liegt eine onkologische Grunderkrankung vor.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was ist für Sie eine onkologische Grunderkrankung?
- Haben Sie mit dem Wort „Grunderkrankung“ weitere Assoziationen?

15) Item 17 P + N

Der Patient wurde schon vor der Aufnahme auf die ITS palliativ begleitet.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Wie verstehen Sie die vorherige palliative Begleitung?

Teilnehmer*in 4

16) Item 18 P + N

Bei dem Patienten liegt eine ausgeprägte Komorbidität vor.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Wie verstehen Sie „ausgeprägte Komorbidität“?

17) Item 20 th a

Die end-of-life Betreuung wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, dass die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

18) Item 21 P + N

Die Angehörigen des Patienten benötigen mehr Unterstützung, als im Alltag der Intensivstation gegeben werden kann.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter „mehr Unterstützung, als im Alltag der Intensivstation gegeben werden kann“?
- Was verbinden Sie mit „Unterstützung“ in Bezug auf Angehörige von Patienten*innen auf der ITS?

19) Item 22 th a

Angehörige werden nicht in Gespräche über das weitere Vorgehen beim Patienten einbezogen.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

20) Item 23 P + N

Angehörige benötigen Unterstützung, um folgenreiche Entscheidungen für den Patienten treffen zu können.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter „folgenreiche Entscheidungen für den Patienten“?
- Was verbinden Sie mit Unterstützung für Angehörige in diesem Zusammenhang?

Teilnehmer*in 5

21) Item 24 P + N

Die Angehörigen haben entgegen medizinischer Indikation einen hohen Therapiewunsch.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Wie verstehen Sie „entgegen medizinischer Indikation“?
- Was verstehen Sie unter einem hohen Therapiewunsch?

22) Item 26 P + N

Angehörige brauchen Unterstützung bei Abschiedsprozessen, wenn der Patient absehbar versterben wird.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter „absehbar versterben“?
- Was bedeuten für Sie „Abschiedsprozesse“?
- Wie ist für Sie „Unterstützung“ in diesem Zusammenhang gemeint?

23) Item 29 P + N

Beim Patienten liegt ein DNR (do not resuscitate = nicht reanimieren) Status vor.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter dem DNR Status?

24) Item 30 P + N

Beim Patienten liegt ein DNI (do not intubate = nicht intubieren) Status vor.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter dem DNI Status?

25) Item 31 th a

Die Lebensqualität eines Patienten ist besonders beeinträchtigt und soll durch kleine Maßnahmen wie Massagen, Transfer nach draußen, Dasein, Vorlesen etc. gesteigert werden.

Aufforderung:

- Bitte geben Sie nun alle Überlegungen laut wieder, die Sie zur Beurteilung der Situation haben.

26) Item 32 P + N

Der Patient leidet unter einer starken physischen und/oder psychischen Symptombelastung.

Fragen:

- Bitte geben Sie die beschriebene Situation in eigenen Worten wieder.
- Was verstehen Sie unter „starker Symptombelastung“?
- Was verstehen Sie unter einer physischen Symptombelastung?
- Was verstehen Sie unter einer psychischen Symptombelastung?

6.7 Fragebogen zur Pilotierung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an der Pilotierung des entwickelten Fragebogens teilnehmen. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und geben am Ende an, ob etwas auffällig oder unverständlich war. Unter jedem Item ist ein kleines Kästchen, welches Sie für direkte Rückmeldungen oder für Notizen nutzen können.


Bitte achten Sie bei Beginn des Ausfüllens auf die Zeit, um am Ende des Fragebogens angeben zu können, wie lange das Ausfüllen gedauert hat.


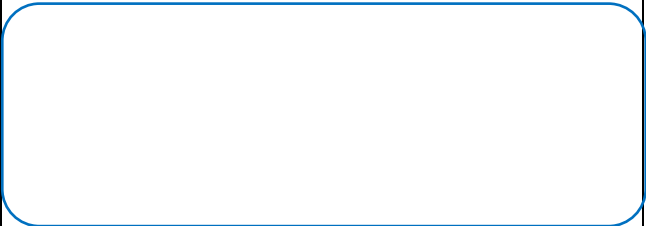

Beginn Zeit: _____

Das palliativmedizinische Konsil auf der Intensivstation

Im Folgenden werden Situationen von Patienten beschrieben, die auf Ihrer Intensivstation auftreten können. Bitte geben Sie hier bei jeder Aussage an, **ob Sie das Hinzuziehen des Palliativteams in dem jeweiligen Fall befürworten würden**. Hierbei ist es unerheblich, ob es um palliative Begleitung und Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen geht oder um eine beratende Rolle des Palliativteams.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
1	Die Aussicht, dass das Therapieziel bei einem Patienten noch erreicht werden kann, ist gering. 					
2	Der Patient wird nicht mehr als Ganzes (Komplikationen, weitere Erkrankungen,					

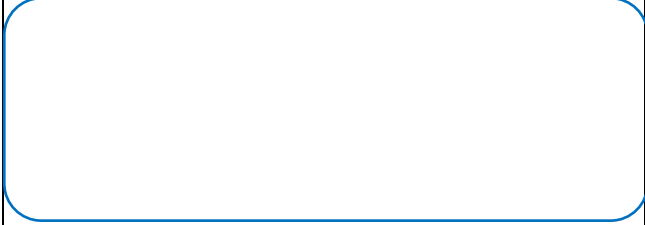

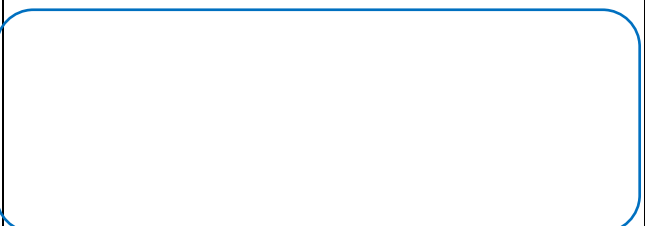
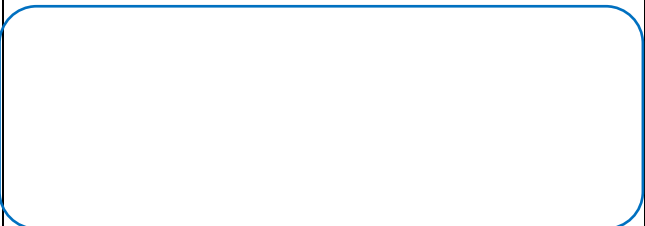
	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
	soziales Umfeld, etc.) wahrgenommen, sondern auf die Intensivindikation reduziert. 					
3	Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, dass bei einem Patienten in der Finalphase lebensverlängernde Maßnahmen weder ergriffen noch fortgesetzt werden. 					
4	Es ist schwer einzuschätzen, ob sich der Zustand des Patienten verbessern kann. 					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
5	<p>Ein bereits beschlossenes Konzept im Sinne Best Supportive Care wird nicht konsequent eingehalten, d.h. Therapien werden fort- bzw. wieder angesetzt.</p> <div data-bbox="288 546 935 770" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
6	<p>Die Kommunikation mit Patient und Angehörigen wird von Ihnen als zu wenig offen und ehrlich empfunden.</p> <div data-bbox="288 1012 935 1236" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
7	<p>Angehörige und Patient werden Ihrer Meinung nach nicht detailliert genug über Erkrankung und Prognose aufgeklärt.</p> <div data-bbox="288 1482 935 1706" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
8	<p>Die Einschätzung der Pflegenden einer Patientensituation wird in Gesprächen über Entscheidungen und Behandlungsabläufe nicht berücksichtigt.</p> <div data-bbox="288 562 935 786" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; width: 100%;"></div>					
9	<p>Im Pflorgeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf bei der Versorgung in der Finalphase.</p> <div data-bbox="288 1070 935 1294" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; width: 100%;"></div>					
10	<p>Im Pflorgeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der Versorgung von Patienten nach dem Versterben.</p> <div data-bbox="288 1496 935 1720" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; width: 100%;"></div>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
11	<p>Die Grunderkrankung des Patienten wird im Team einvernehmlich als weit fortgeschritten bezeichnet.</p> <div data-bbox="288 510 935 734" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
12	<p>Der Patient ist längerfristig beatmungspflichtig.</p> <p>Wenn Sie hier mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte bei der folgenden Auflistung an, was für Sie „längerfristig“ bedeutet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ab 7 Tagen <input type="checkbox"/> ab 14 Tagen <input type="checkbox"/> ab 21 Tagen <input type="checkbox"/> ab 28 Tagen <div data-bbox="288 1312 935 1536" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
13	<p>Der Patient liegt seit x Tagen auf der Intensivstation.</p> <p>Wenn Sie hier mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte an, ab welchem Behandlungszeitraum es für Sie ein Triggerfaktor wäre?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 7 Tage <input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> 21 Tage <input type="checkbox"/> 28 Tage <input type="checkbox"/> 50 Tage <input type="checkbox"/> 100 Tage <div data-bbox="293 954 940 1178" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
14	<p>Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung aufgrund der Diagnostik nicht gesehen wird.</p> <div data-bbox="293 1451 940 1675" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
15	<p>Bei dem Patienten liegt eine unheilbare Erkrankung mit schlechter Prognose vor.</p> <div data-bbox="293 1845 940 2029" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 82px; margin-top: 10px;"></div>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
16	Bei dem Patienten liegt eine onkologische Grunderkrankung vor. 					
17	Der Patient wurde schon vor der Aufnahme auf die ITS palliativ begleitet. 					
18	Bei dem Patienten liegt eine ausgeprägte Komorbidität vor. 					
19	Der Patient wurde reanimiert. 					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
20	<p>Die Versorgung in der Finalphase wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, dass die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.</p> <div data-bbox="288 546 935 770" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
21	<p>Die Angehörigen des Patienten benötigen mehr Unterstützung, als im Alltag der Intensivstation gegeben werden kann.</p> <div data-bbox="288 999 935 1223" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
22	<p>Angehörige werden nicht in Gespräche über das weitere Vorgehen beim Patienten einbezogen.</p> <div data-bbox="288 1456 935 1680" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
23	<p>Angehörige benötigen Unterstützung, um folgenreiche Entscheidungen für den Patienten treffen zu können.</p>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div>					
24	Die Angehörigen haben entgegen medizinischer Indikation einen hohen Therapiewunsch. <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; width: 100%;"></div>					
25	Die Angehörigen äußern den Wunsch nach palliativer Mitbehandlung. <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; width: 100%;"></div>					
26	Angehörige brauchen Unterstützung bei Abschiedsprozessen, wenn der Patient absehbar versterben wird. <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; width: 100%;"></div>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
27	<p>Der Patient erscheint Ihnen noch als jung.</p> <p>Falls Sie hier mit „stimme voll zu“ oder „stimme eher zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte bei den folgenden Auflistungen an, was für Sie „jung“ bezeichnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <30 Jahre <input type="checkbox"/> <40 Jahre <input type="checkbox"/> <50 Jahre <input type="checkbox"/> <60 Jahre <input type="checkbox"/> <70 Jahre <input type="checkbox"/> <80 Jahre <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>					
28	<p>Der Patient äußert den Wunsch nach palliativer Mitbehandlung bzw. hat diesen Wunsch in einer Verfügung geäußert.</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>					
29	<p>Beim Patienten liegt ein DNR (do not resuscitate = nicht reanimieren) Status vor.</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
30	<p>Beim Patienten liegt ein DNI (do not intubate = nicht intubieren) Status vor.</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>					
31	<p>Die Lebensqualität eines Patienten ist besonders beeinträchtigt und soll durch kleine Maßnahmen wie Massagen, Transfer nach draußen, Dasein, Vorlesen etc. gesteigert werden.</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>					

	In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
32	<p>Der Patient leidet unter einer starken physischen und/oder psychischen Symptombelastung.</p> <p>Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte im folgenden Feld an, um welche Symptome es sich handeln könnte.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>					

33. Gibt es weitere Situationen, die zuvor nicht beschrieben wurden, die Sie aber als Grund für das Hinzuziehen eines Palliativteams bezeichnen würden? Bitte geben Sie diese Situationen im folgenden Freitextfeld an!

Im Folgenden bitten wir Sie bei den Fragen zu Ihrer Person zutreffendes anzukreuzen.

34. Wie alt sind Sie?

- < 20 Jahre
- 20 - 29 Jahre
- 30 – 39 Jahre
- 40 – 49 Jahre
- 50 – 59 Jahre
- \geq 60 Jahre

35. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Divers

36. Welcher Konfession gehören Sie an?

- Römisch-katholisch
- Evangelisch
- Orthodox
- Jüdisch
- Muslimisch
- Buddhistisch
- Sonstige Konfession, bitte angeben _____
- Keine Konfession

37. Sind Sie praktizierend gläubig?

- Ja
- Nein

38. Wie lange sind Sie schon in der Pflege tätig? (ohne Ausbildungszeit)

- < 1 Jahr
- 1 – 5 Jahre
- > 5 Jahre

39. Haben Sie eine der folgenden Fort- bzw. Weiterbildungen absolviert? Wenn ja, geben Sie bitte an, wie viel Zeit seit dem Abschluss vergangen ist.

Fachpflegekraft für Anästhesie und Intensivpflege

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Pflege in der Onkologie

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Palliative Care Kurs für Pflegekräfte

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Sonstiges bitte angeben: _____

40. Wie lange sind Sie schon im Intensivbereich tätig?

- < 1 Jahr
- 1 – 5 Jahre
- > 5 Jahre

41. Zu welcher Fachabteilung gehört die Intensivstation auf der Sie aktuell tätig sind?

- Innere Medizin, genauere Angaben zum Fachbereich bei Bedarf:

- Chirurgie, genauere Angabe zum Fachbereich bei Bedarf:

- Interdisziplinär
- Anästhesiologisch

42. Zu welcher Versorgungsstufe gehört das Krankenhaus, an dem Sie tätig sind?

- Universitätsklinikum
- anderes Klinikum der Maximalversorgung
- Klinikum der Grund- und Regelversorgung

Zeit Ende: _____

Im folgenden Freitextfeld können Sie angeben, wenn Sie Items als unverständlich und nicht eindeutig zu verstehen wahrgenommen haben. Geben Sie die Itemzahl und eine kurze Erklärung an.

Gibt es weitere Punkte, die Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens aufgefallen sind? Wenn ja, geben Sie diese bitte im folgenden Freitextfeld an.

Was möchten Sie noch zum Fragebogen mitteilen?

Hiermit ist die Teilnahme am Fragebogen beendet.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme!

Bei Rückfragen oder Anmerkungen können Sie uns gern unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: manuela.schallenburger@med.uni-duesseldorf.de

6.8 Informationsschreiben und Einverständniserklärungen

6.8.1 Informationsschreiben Fokusgruppe

„Welche Eigenschaften von Patienten auf der Intensivstation können zu einer Palliativkonsilanfrage durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als Triggerfaktoren anerkannt? Eine Mixed-Methods Studie mit Interviews und Fragebögen.“

Informationsschreiben für Interview-Teilnehmer/innen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Das Interview beschäftigt sich mit dem palliativmedizinischen Konsiliardienst auf der Intensivstation. Das Palliativkonsil ist eine Bitte um Mitbeurteilung und Mitbehandlung, die vom professionellen Team der Intensivstation an die Kollegen und Kolleginnen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes gerichtet wird.

Wir möchten in dieser Studie herausfinden, welche Haltung die pflegenden Mitglieder des multiprofessionellen Teams auf den Intensivstationen haben. Es sollen Faktoren identifiziert werden, die aus der Sicht von professionell Pflegenden eine Indikation für ein Palliativkonsil darstellen.

Das Interview dient dazu Eigenschaften von Intensivpatienten, die von auf einer Intensivstation tätigen Pflegekräften als Auslöser für ein Palliativkonsil angesehen werden, zu erfahren. Die Ergebnisse aus den Interviews sollen Grundlage für einen Fragebogen sein, mit dem möglichst viele Pflegekräfte auf universitären Intensivstationen in Deutschland befragt werden sollen.

Das Interview, welches während Ihrer Arbeitszeit geführt werden soll, wird zunächst pseudonymisiert ausgewertet und später anonymisiert. Demographische Daten werden aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nicht erhoben, um einer Rückverfolgung entgegenzuwirken. Sollten während des Interviews persönliche Daten genannt werden, werden diese zum Zwecke der Auswertung anonymisiert. Die Forschungsdatenrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität sieht eine Datenspeicherung nach Studienabschluss für 10 Jahre vor.

Das Forschungsvorhaben wurde durch die Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Mit der Abgabe der unterschriebenen Einverständniserklärung willigen Sie in die Studienteilnahme ein. Sie haben jederzeit das Recht die Befragung ohne Angabe von Gründen abzubrechen oder Ihre Einwilligung in die Studienteilnahme bis zur Anonymisierung der Daten zu widerrufen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Manuela Schallenburger, MSc, wird die Studie als Promotionsarbeit durchführen

Dr. Martin Neukirchen, ärztlicher Leiter des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf und Leiter des Projektes, in dem die Studie durchgeführt wird

Professor Dr. in der Schmittgen, Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, betreut als Erstbetreuer die Promotion

Professor Dr. Dr. Andrea Icks, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät Universitätsklinik Düsseldorf, ist Co-Betreuerin der Promotion

Dr. Daniel Schlieper, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf, wird bei der Entwicklung eines Fragebogens aus den Interviewergebnissen unterstützen

6.8.2 Einverständniserklärung Fokusgruppen

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview zur Studie

„Welche Eigenschaften von Patienten auf der Intensivstation können zu einer Palliativkonsultation durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als Triggerfaktoren anerkannt? Eine Mixed-Methods Studie mit Interviews und Fragebögen.“

Ich _____

Vorname, Name

habe die Information für Studienteilnehmer vor Beginn des Interviews gelesen. Ich fühle mich ausreichend informiert und habe verstanden, worum es geht.

Mein Ansprechpartner _____

Vorname, Name

hat mir ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen, die alle für mich ausreichend beantwortet wurden. Ich hatte genügend Zeit mich zu entscheiden.

Ich willige zur Teilnahme an der Studie ein. Ich habe verstanden, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit abbrechen kann. Ich brauche einen Abbruch nicht begründen.

Datenschutzerklärung

Ich willige der Datenverarbeitung meiner Antworten ein. Ich weiß, dass meine Daten zunächst pseudonymisiert und nach Abschluss der ersten Studienphase anonymisiert werden. Hierbei ist mir klar, dass meine Daten nach der Anonymisierung nicht mehr gelöscht werden können. Personenbezogene Daten werden zum Zwecke der Auswertung anonymisiert, so dass kein Personenbezug mehr existiert.

Mir wurde erklärt und ich habe verstanden, dass die Forschungsrichtlinie der Heinrich Heine Universität vorsieht, dass die erhobenen Daten 10 Jahre aufbewahrt werden.

Das Studienteam wird die gegebenen Antworten vertraulich behandeln.

Ich habe eine Kopie der Teilnehmerinformation und dieser unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten.

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift

6.8.3 Informationsschreiben kognitive Interviews

„Welche Eigenschaften von Patienten auf der Intensivstation können zu einer Palliativkonsilanfrage durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als Triggerfaktoren anerkannt? Eine Mixed-Methods Studie mit Interviews und Fragebögen.“

Informationsschreiben für Teilnehmer/innen der Fragebogenerhebung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieser Fragebogen beschäftigt sich mit dem palliativmedizinischen Konsiliardienst auf der Intensivstation. Das Palliativkonsil ist eine Bitte um Mitbeurteilung und Mitbehandlung, die vom professionellen Team der Intensivstation an die Kollegen und Kolleginnen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes gerichtet wird.

Wir möchten in dieser Studie herausfinden, welche Haltung die pflegenden Mitglieder des multiprofessionellen Teams auf den Intensivstationen haben. Es sollen Faktoren identifiziert werden, die aus der Sicht von professionell Pflegenden eine Indikation für ein Palliativkonsil darstellen. Dazu möchten wir möglichst viele Pflegekräfte auf universitären Intensivstationen befragen.

Der Fragebogen ist aus den Ergebnissen des ersten qualitativen Teils der Studie entstanden. Die Items sollen nun in kognitiven Interviews auf Verständlichkeit hin überprüft werden. Dafür wird Ihnen ein Item vorgelesen und Sie sollen Fragen zur Verständlichkeit beantworten bzw. werden Sie aufgefordert laut Ihre Gedankengänge, die Sie zur Beantwortung des Items haben, vorzutragen. Frau Schallenburger, als durchführende der Interviews wird währenddessen Notizen machen, um die Items im Nachhinein entsprechend anpassen zu können. Die Notizen werden anonymisiert festgehalten, es wird keinen Rückerkennungschlüssel geben.

Die Forschungsdatenrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität sieht eine Datenspeicherung nach Studienabschluss für 10 Jahre vor.

Das Forschungsvorhaben wurde durch die Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Mit der Abgabe der unterschriebenen Einverständniserklärung willigen Sie in die Studienteilnahme ein. Sie haben jederzeit das Recht, die Befragung ohne Angabe von Gründen abzubrechen oder Ihre Einwilligung in die Studienteilnahme bis zur Einarbeitung der Ergebnisse in die Items zu widerrufen. Danach ist eine Löschung Ihrer Daten aufgrund der anonymen Erhebung nicht mehr möglich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Manuela Schallenburger, MSc, wird die Studie als Promotionsarbeit durchführen

Dr. Martin Neukirchen, ärztlicher Leiter des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf und Leiter des Projektes, in dem die Studie durchgeführt wird

Professor Dr. in der Schmittgen, Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, betreut als Erstbetreuer die Promotion

Professor Dr. Dr. Andrea Icks, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät Universitätsklinik Düsseldorf, ist Co-Betreuerin der Promotion

Dr. Daniel Schlieper, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf, unterstützte bei der Entwicklung des Fragebogens

Kontakt: Manuela Schallenburger M. Sc.
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin Gebäude 13.52
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
E-Mail: Manuela.Schallenburger@med.uni-duesseldorf.de
Telefon: 0211/ 81-08598

6.8.4 Einverständniserklärung kognitive Interviews

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Fragebogen zur Studie

„Welche Eigenschaften von Patienten auf der Intensivstation können zu einer Palliativkonsultation durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als Triggerfaktoren anerkannt? Eine Mixed-Methods Studie mit Interviews und Fragebögen.“

Ich _____

Vorname, Name

habe die Information für Studienteilnehmer zu Beginn des kognitiven Interviews gelesen. Ich fühle mich ausreichend informiert und habe verstanden, worum es geht.

Mein Ansprechpartner _____

Vorname, Name

hat mir ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen, die alle für mich ausreichend beantwortet wurden. Ich hatte genügend Zeit mich zu entscheiden.

Ich willige zur Teilnahme an der Studie ein. Ich habe verstanden, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass ich auch noch während der Beantwortung die Teilnahme abbrechen kann. Ich brauche einen Abbruch nicht begründen.

Datenschutzerklärung

Ich willige der Datenverarbeitung meiner Antworten ein. Hierbei ist mir klar, dass nach Einarbeitung der Ergebnisse in den Fragebogen meine Daten nicht mehr gelöscht werden können. Ich habe verstanden, dass meine Angaben anonym verarbeitet werden, so dass kein Personenbezug existiert.

Mir wurde erklärt und ich habe verstanden, dass die Forschungsrichtlinie der Heinrich Heine Universität vorsieht, dass die erhobenen Daten 10 Jahren aufbewahrt werden. Das Studienteam wird die gegebenen Antworten vertraulich behandeln.

Ich habe eine Kopie der Probandeninformation und dieser unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten.

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift

6.8.5 Informationsschreiben Fragebogen- Pilotierung

„Welche Eigenschaften von Patienten auf der Intensivstation können zu einer Palliativkonsilfrage durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als Triggerfaktoren anerkannt? Eine Mixed-Methods Studie mit Interviews und Fragebögen.“

Informationsschreiben für Teilnehmer*innen der Fragebogenerhebung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit dem palliativmedizinischen Konsiliardienst auf der Intensivstation. Das Palliativkonsil ist eine Bitte um Mitbeurteilung und Mitbehandlung, die vom professionellen Team der Intensivstation an die Kollegen und Kolleginnen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes gerichtet wird.

Wir möchten in dieser Studie herausfinden, welche Haltung die pflegenden Mitglieder des multiprofessionellen Teams auf den Intensivstationen haben. Es sollen Faktoren identifiziert werden, die aus der Sicht von professionell Pflegenden eine Indikation für ein Palliativkonsil darstellen. Dazu möchten wir im Verlauf möglichst viele Pflegekräfte auf universitären Intensivstationen befragen.

Diese erste Erhebung mit ca. 30 Teilnehmer*innen dient dazu, den Fragebogen auf die Verwendbarkeit für eine umfassendere Erhebung zu überprüfen. Daher haben Sie die Möglichkeit sowohl bei jedem Item als auch am Ende Anmerkungen z.B. zu Verständlichkeit oder Problemen zu machen. Zudem bitten wir Sie zu Beginn und am Ende die Uhrzeit einzutragen, damit wir den Zeitaufwand des Fragebogens messen können.

Der Fragebogen wird anonym ausgewertet. Persönlichen Daten, wie z.B. Alter oder Jahre der Berufserfahrung, werden in Kategorien erhoben. Diese können wie folgt aussehen: 20 – 29 Jahre, 30 – 39 Jahre etc. oder 1 - 5 Jahre etc.

Die Studiendurchführenden werden Ihnen den Fragebogen und die Studie vorstellen und nehmen sich Zeit für Rückfragen. Beim Ausfüllen des Fragebogens sind sie nicht dabei. Ausgefüllte Fragebögen werden in einem gemeinsamen Umschlag gesammelt, in den Sie den Fragebogen hineinlegen. Gatekeeper Mitarbeiter*innen auf den jeweiligen Stationen, die die Durchführung unterstützen, schauen sich diese Fragebögen nicht an, sondern händigen den Umschlag nach Ablauf einer bestimmten, zuvor genannten Frist an die Studiendurchführenden aus. Die Einverständniserklärungen mit Ihrem Namen werden in

einem separaten Umschlag gesammelt, so dass eine Zuordnung von Fragebogen und Namen nicht möglich ist.

Die Forschungsdatenrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität sieht eine Datenspeicherung nach Studienabschluss für 10 Jahre vor. Die während der Studie erhobenen Daten werden demnach nach Studienabschluss 10 Jahre aufbewahrt und danach vernichtet. Die Daten werden ausschließlich zu Zwecken der beschriebenen Studie verwendet.

Das Forschungsvorhaben wurde durch die Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Mit der Abgabe der unterschriebenen Einverständniserklärung und des ausgefüllten Fragebogens willigen Sie in die Studienteilnahme ein. Sie haben jederzeit das Recht die Befragung ohne Angabe von Gründen abzubrechen oder Ihre Einwilligung in die Studienteilnahme bis zur Abgabe des Fragebogens zu widerrufen. Sie können bei Widerruf den ausgefüllten Fragebogen vernichten, womit Ihre Daten nicht erhoben werden können. Nach Abgabe des Fragebogens, ist eine Löschung Ihrer Daten aufgrund der anonymen Erhebung nicht mehr möglich.

Bitte nehmen Sie sich für die Bearbeitung des Fragebogens Zeit. Das Ausfüllen gehört zur Arbeitszeit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Manuela Schallenburger, MSc, wird die Studie als Promotionsarbeit durchführen und ist bei Rückfragen Ihre Hauptansprechpartnerin

Dr. Martin Neukirchen, ärztlicher Leiter des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf und Leiter des Projektes, in dem die Studie durchgeführt wird

Professor Dr. in der Schmitten, Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Essen, betreut als Erstbetreuer die Promotion

Professor Dr. Dr. Andrea Icks, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät Universitätsklinik Düsseldorf, ist Co-Betreuerin der Promotion

Kontakt: Manuela Schallenburger, MSc
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin Gebäude 13.52
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

E-Mail: Manuela.Schallenburger@med.uni-duesseldorf.de
Telefon: 0211/ 81-08598

6.8.6 Einverständniserklärung Fragebogen-Pilotierung

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung zur Studie

„Welche Eigenschaften von Patienten auf der Intensivstation können zu einer Palliativkonsilanzfrage durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als Triggerfaktoren anerkannt? Eine Mixed-Methods Studie mit Interviews und Fragebögen.“

Ich habe die Information für Studienteilnehmer vor Ausfüllen des Fragebogens gelesen. Ich fühle mich ausreichend informiert und habe verstanden, worum es geht.

Mein*e Ansprechpartner*in hat mir ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen, die alle für mich ausreichend beantwortet wurden. Ich hatte genügend Zeit mich zu entscheiden.

Ich willige zur Teilnahme an der Studie ein. Ich habe verstanden, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich die Teilnahme bis zur Abgabe des Fragebogens jederzeit abbrechen kann. Ich brauche einen Abbruch nicht begründen.

Datenschutzerklärung

Ich willige der Datenverarbeitung meiner Antworten am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf ein. Ich weiß, dass meine Daten, auch personenbezogene Daten, anonymisiert erhoben werden. Hierbei ist mir klar, dass nach Abgabe des Fragebogens meine Daten nicht mehr gelöscht werden können, weil durch die anonyme Erhebung kein Personenbezug mehr möglich ist.

Die Erhebung der personenbezogenen Daten basiert auf meiner Einwilligung als betroffene Person gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A. EU-DSGVO.

Der papierbasierte anonyme Fragebogen wird in einem geschlossenen Schrank des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin für 10 Jahre aufbewahrt. Die zur Auswertung übertragenen Daten werden auf einem USB Stick gespeichert, der ebenfalls 10 Jahre verschlossen aufbewahrt wird.

Mir wurde erklärt und ich habe verstanden, dass die Forschungsrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität diese Aufbewahrung der erhobenen Daten von 10 Jahren vorsieht. Danach werden sie vernichtet.

Das Studienteam wird die gegebenen Antworten vertraulich behandeln und nicht an Dritte weitergeben. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung bis zur Abgabe des ausgefüllten Fragebogens jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. Nach Abgabe des ausgefüllten Fragebogens kann kein Personenbezug mehr hergestellt werden, so dass eine Löschung der Daten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich ist.

Ich habe ein Exemplar der Teilnehmerinformation und der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten.

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift (Teilnehmer/in)

Aufklärende Person

Der*ie Teilnehmer*in wurde von mir über den*ie Gatekeeper*in über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken aufgeklärt. Sie können sich jederzeit bei Fragen an mich wenden. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung werden dem*r Teilnehmer*in ausgehändigt.

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift (Auklärer/in)

6.9 Fragebogen für die kognitiven Interviews

Im Folgenden werden Situationen von Patienten beschrieben, die auf Ihrer Intensivstation auftreten können. Bitte geben Sie hier bei jeder Aussage an, **ob Sie das Hinzuziehen des Palliativteams in dem jeweiligen Fall befürworten würden**. Hierbei ist es unerheblich, ob es um palliative Begleitung und Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen geht oder um eine beratende Rolle des Palliativteams.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter

		In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
N + P	1	Die Aussicht, dass das Therapieziel bei einem Patienten noch erreicht werden kann, ist zu gering.					
th a	2	Der Patient wird nicht mehr als Ganzes (Komplikationen, weitere Erkrankungen, soziales Umfeld, etc.) wahrgenommen, sondern auf die Intensivindikation.					
P + N	3	Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, einem Patienten in der Finalphase ein natürliches Versterben zu ermöglichen.					
P + N	4	Es ist schwer einzuschätzen, ob sich der Zustand des Patienten verbessern kann.					
th a	5	Ein bereits beschlossenes Konzept im Sinne Best Supportive Care wird nicht konsequent eingehalten, d.h. Therapien werden fort- bzw. wieder angesetzt.					

		In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
th a	6	Die Kommunikation mit Patient und Angehörigen wird von Ihnen als zu wenig offen und ehrlich empfunden.					
th a	7	Angehörige und Patient werden Ihrer Meinung nach nicht detailliert genug über Erkrankung und Prognose aufgeklärt.					
P + N	8	Die Einschätzung der Pflegenden einer Patientensituation wird in Gesprächen über Entscheidungen und Behandlungsabläufe nicht berücksichtigt.					
th a	9	Im Pflorgeteam besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der End-of-Life Care von Patienten.					
P + N	1 0	Im Pflorgeteam besteht eigene Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der Versorgung von Patienten nach dem Versterben.					
th a	1 1	Die Grunderkrankung des Patienten wird im Team einvernehmlich als weit fortgeschritten bezeichnet.					

		In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
----	1 2	<p>Der Patient ist längerfristig beatmungspflichtig.</p> <p>Wenn Sie hier mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte bei der folgenden Auflistung an, was für Sie „längerfristig“ bedeutet.</p> <p><input type="checkbox"/> ab 7 Tagen <input type="checkbox"/> ab 14 Tagen <input type="checkbox"/> ab 21 Tagen <input type="checkbox"/> ab 28 Tagen</p>					
----	1 3	<p>Der Patient liegt seit x Tagen auf der Intensivstation.</p> <p>Wenn Sie hier mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte an, ab welchem Behandlungszeitraum es für Sie ein Triggerfaktor wäre?</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Tage <input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> 21 Tage <input type="checkbox"/> 28 Tage <input type="checkbox"/> 50 Tage <input type="checkbox"/> 100 Tage</p>					
P + N	1 4	<p>Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung unwahrscheinlich ist.</p>					

		In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
P + N	1 5	Bei dem Patienten liegt eine unheilbare Erkrankung mit schlechter Prognose bekannt vor.					
P + N	1 6	Bei dem Patienten liegt eine onkologische Grunderkrankung vor.					
P + N	1 7	Der Patient wurde schon vor der Aufnahme auf die ITS palliativ begleitet.					
P + N	1 8	Bei dem Patienten liegt eine ausgeprägte Komorbidität vor.					
---	1 9	Der Patient wurde reanimiert.					
th a	2 0	Die end-of-life Betreuung wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, dass die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.					
P + N	2 1	Die Angehörigen des Patienten benötigen mehr Unterstützung, als im Alltag der Intensivstation gegeben werden kann.					
th a	2 2	Angehörige werden nicht in Gespräche über das weitere Vorgehen beim Patienten einbezogen.					
P + N	2 3	Angehörige benötigen Unterstützung, um folgenreiche Entscheidungen für den Patienten treffen zu können.					

		In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
P + N	2 4	Die Angehörigen haben entgegen medizinischer Indikation einen hohen Therapiewunsch.					
--- ---	2 5	Die Angehörigen äußern den Wunsch nach palliativer Mitbehandlung.					
P + N	2 6	Angehörige brauchen Unterstützung bei Abschiedsprozessen, wenn der Patient absehbar versterben wird.					
--- ---	2 7	Der Patient erscheint Ihnen noch als jung. Falls Sie hier mit „stimme voll zu“ oder „stimme eher zu“ geantwortet haben, geben Sie bitte bei den folgenden Auflistungen an, was für Sie „jung“ bezeichnet. <input type="checkbox"/> <30 Jahre <input type="checkbox"/> <40 Jahre <input type="checkbox"/> <50 Jahre <input type="checkbox"/> <60 Jahre <input type="checkbox"/> <70 Jahre <input type="checkbox"/> <80 Jahre					
--- ---	2 8	Der Patient äußert den Wunsch nach palliativer Mitbehandlung bzw. hat diesen Wunsch in einer Verfügung geäußert.					

		In der nachfolgend genannten Situation befürworte ich das Hinzuziehen eines Palliativteams.	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	keine Angabe
P + N	2 9	Beim Patienten liegt ein DNR (do not resuscitate = nicht reanimieren) Status vor.					
P + N	3 0	Beim Patienten liegt ein DNI (do not intubate = nicht intubieren) Status vor.					
th a	3 1	Die Lebensqualität eines Patienten ist besonders beeinträchtigt und soll durch kleine Maßnahmen wie Massagen, Transfer nach draußen, Dasein, Vorlesen etc. gesteigert werden.					
P + N (th a)	3 2	Der Patient leidet unter einer starken physischen und/oder psychischen Symptombelastung. Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte im folgenden Feld an, um welche Symptome es sich handeln könnte. <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>					

In der ganz linken Spalte stehen in pink die Techniken mit denen in kognitiven Interviews die Items überprüft werden können.

N = Nachfragen zum Verständnis

Der Befragte soll nachdem ihm die Itemfrage gestellt wurde, beschreiben, wie er bestimmte Aspekte oder Begriffe versteht.

P = Paraphrasieren

Der Befragte soll nachdem ihm die Itemfrage gestellt wurde, diese in eigenen Worte wiedergeben, ohne wortwörtlich den Text wiederzugeben.

th a = think aloud

Der Befragte wird gebeten, nachdem ihm die Itemfrage gestellt wurde, alle Überlegungen, die ihn zur Beantwortung der Frage führen, laut zu formulieren. Der Fragende sollte bei längeren Pausen auf das laute Denken hinweisen.

33. Gibt es weitere Situationen, die zuvor nicht beschrieben wurden, die Sie aber als Grund für das Hinzuziehen eines Palliativteams bezeichnen würden? Bitte geben Sie diese Situationen im folgenden Freitextfeld an!

Im Folgenden bitten wir Sie bei den Fragen zu Ihrer Person zutreffendes anzukreuzen.

34. Wie alt sind Sie?

- < 20 Jahre
- 20 - 29 Jahre
- 30 – 39 Jahre
- 40 – 49 Jahre
- 50 – 59 Jahre
- \geq 60 Jahre

35. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Divers

36. Welcher Konfession gehören Sie an?

- Römisch-katholisch
- Evangelisch
- Orthodox

- Jüdisch
- Muslimisch
- Buddhistisch
- Sonstige Konfession, bitte angeben _____
- Keine Konfession

37. Sind Sie praktizierend gläubig?

- Ja
- Nein

38. Wie lange sind Sie schon in der Pflege tätig? (ohne Ausbildungszeit)

- < 1 Jahr
- 1 – 5 Jahre
- > 5 Jahre

39. Haben Sie eine der folgenden Fort- bzw. Weiterbildungen absolviert? Wenn ja, geben Sie bitte an, wie viel Zeit seit dem Abschluss vergangen ist.

Fachpflegekraft für Anästhesie und Intensivpflege

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Pflege in der Onkologie

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Palliative Care Kurs für Pflegekräfte

- Ja
 - < 1 Jahr
 - 1- 5 Jahre
 - > 5 Jahre
- Nein

Sonstiges bitte angeben: _____

40. Wie lange sind Sie schon im Intensivbereich tätig?

- < 1 Jahr
- 1 – 5 Jahre
- > 5 Jahre

41. Zu welcher Fachabteilung gehört die Intensivstation auf der Sie aktuell tätig sind?

- Innere Medizin, genauere Angaben zum Fachbereich bei Bedarf:

- Chirurgie, genauere Angabe zum Fachbereich bei Bedarf:

- Interdisziplinär
- Anästhesiologisch

42. Zu welcher Versorgungsstufe gehört das Krankenhaus, an dem Sie tätig sind?

- Universitätsklinikum
- anderes Klinikum der Maximalversorgung
- Klinikum der Grund- und Regelversorgung

Hiermit ist die Teilnahme am Fragebogen beendet.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme!

Bei Rückfragen oder Anmerkungen können Sie uns gern unter folgender E-Mail-

Adresse kontaktieren: manuela.schallenburger@med.uni-duesseldorf.de

6.10 Ergebnistabelle kognitive Interviews

Item	Me- thode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	ge- ändertes Item
1 Die Aussicht, dass das Therapieziel bei einem Patienten noch erreicht werden kann, ist gering.	P + N	<p>medizinisch gesetztes, primäres Therapieziel der Lebenserhaltung/ -rettung ist aufgrund der Erkrankung bzw. des Fortschreitens nicht zu erfüllen</p> <p>Therapieziel ist individuell und wird durch den Zustand beeinflusst in dem der Patient ins Krankenhaus gekommen ist. Es geht häufig darum, den Patienten zu heilen, aber auch darum die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern.</p> <p>Wenn eine Kuration nicht zu erreichen ist, gibt es dennoch ein Therapieziel, das darin besteht die Gesundheit zu verbessern oder soweit wie möglich wiederherzustellen.</p> <p>Ausbleiben der Verbesserung, keine Wiederherstellung des vorherigen Zustands, Lebensrettung oder Heilung kaum möglich</p>	Das Item wurde verstanden wie gemeint; die Erklärung ist vergleichbar mit dem in den Fokusgruppen gesagten Inhalten.	nicht nötig
2 Der Patient wird nicht mehr als Ganzes (Komplikationen, weitere Erkrankungen, soziales Umfeld etc.) wahrgenommen, sondern auf die Intensivindikation reduziert.	th a	<p>Der Patient wird kaum als ganzer Mensch mit Bedürfnissen, Bedarfen, weiteren Symptomen, weiteren Erkrankungen die Einfluss auf den aktuellen Zustand/ Therapien/ weiteren Verlauf haben können wahrgenommen, sondern ausschließlich auf die Erkrankung bzw. den Vorfall der zum kritischen Zustand geführt hat, reduziert. Vorlieben und Familienkonstellationen sind auch bei Patienten, die schon länger stationär liegen nicht bekannt.</p> <p>Für die weitere individuelle und angepasste Behandlungs- und Versorgungsplanung sollten diese Sachverhalte jedoch einbezogen werden.</p>	s.o.	nicht nötig
3 Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, einem	P + N	„natürliches“ Versterben ist schwierig zu definieren bzw. zu differenzieren, denn weil keine aktive Sterbehilfe stattfindet ist das Versterben immer natürlich. Am ehesten lässt es sich damit beschreiben, dass der Patient ohne äußere Einflüsse versterben kann, sein Leben nicht	Finalphase wird verstanden wie gemeint und in den Fokusgruppen beschrieben;	Das Palliativteam kann dahingehend unterstützen, dass bei

Item	Methode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	geändertes Item
Patienten in der Finalphase ein natürliches Versterben zu ermöglichen.		künstlich durch Maßnahmen verlängert wird, die erst bewusst beendet werden müssen. Finalphase bedeutet, dass der Patient in den nächsten Stunden bis wenigen Tagen verstirbt, in dieser Phase sollten eine Begleitung ohne belastende Maßnahmen oder Maßnahmen, die keine Konsequenzen oder Wirkung mehr zeigen beendet oder abgesetzt werden.	„natürliches“ Versterben ist nicht ganz deutlich.	Patienten in der Finalphase lebensverlängernden Maßnahmen weder ergriffen noch fortgesetzt werden.
4 Es ist schwer einzuschätzen, ob sich der Zustand des Patienten verbessern kann.	P + N	Beim Patienten stehen die Chancen 50:50, dass die Situation gleichbleibt, sich verbessert oder verschlechtert. Verbessern meint hier Stabilisierung des Allgemeinzustands in Richtung einer nicht-lebenslimitierenden Prognose.	Das Item wurde verstanden wie gemeint; die Erklärung ist vergleichbar mit dem in den Fokusgruppen gesagten Inhalten.	
5 Ein bereits beschlossenes Konzept im Sinne Best Supportive Care wird nicht konsequent eingehalten, d.h. Therapien werden fort- bzw. wieder angesetzt.	th a	Ziele sind besprochen, werden aber nicht eingehalten; Therapie und Beatmung sollten nicht gesteigert und Beatmung nicht erhöht werden; das ist im Team und mit den Angehörigen abgesprochen und plötzlich wird z.B. Arterienol angesetzt/ erhöht, Patienten werden auftransfundiert, oder intubiert und beatmet; Pflege empfindet Hilflosigkeit und Unverständnis dafür;	s.o.	nicht nötig

Item	Methode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	geändertes Item
<p>6 Die Kommunikation mit Patient und Angehörigen wird von Ihnen als zu wenig offen und ehrlich empfunden.</p>	th a	<p>Patienten, Angehörige und Behandlungsteam haben nicht den gleichen Wissenstand; Familien gehen noch von Heilung oder Lebenserhaltung aus, während dem Behandlungsteam schon klar ist, dass dies nicht realistisch ist, was aber nicht offen besprochen wird.</p>	s.o.	nicht nötig
<p>7 Angehörige und Patient werden Ihrer Meinung nach nicht detailliert genug über Erkrankung und Prognose aufgeklärt.</p>	th a	<p>Ähnliche Gedanken wie 6 , aber zusätzlich fehlen Informationen über mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen und Konsequenzen von Maßnahmen.</p>	<p>s.o. wenn auch ähnlich zu 6 wurde die Differenzierung deutlich, daher bleibt das Item bestehen</p>	nicht nötig
<p>8 Die Einschätzung der Pflegenden einer Patientensituation wird in Gesprächen über Entscheidungen und Behandlungsabläufen nicht berücksichtigt</p>	P + N	<p>Pflegekraft sieht die Patientensituation evtl. etwas anders als der Arzt, ihre Perspektive hat aber keine Aussagekraft und wird nicht als relevant für weitere Therapien oder weiteres Vorgehen gesehen. z.B. Medikamente, die von der PK als nicht mehr nötig angesehen werden, werden nicht abgesetzt oder vorgeschlagenen Maßnahmen nicht ergriffen verschiedene Professionen und evtl. Disziplinen sollten in Entscheidungsprozesse einbezogen werden, wobei jeder seine Einschätzung benennen darf. Bei Behandlungsabläufen werden Erfolgchancen, Nebenwirkungen, mögliche Komplikationen, zeitl. Prognose einbezogen</p>	<p>Das Item wurde verstanden wie gemeint; die Erklärung ist vergleichbar mit dem in den Fokusgruppen gesagten Inhalten.</p>	nicht nötig

Item	Methode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	geändertes Item
<p>9 Im Pflege-team besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der End-of-life Care von Patienten</p>	th a	<p>End-of-life Care ist nicht gut zu verstehen -> es ist nicht ganz klar, welche Phase wirklich gemeint ist, und die Antwort würde davon abhängig ausfallen. Es geht um kollegialen Austausch, darum Verantwortung nicht allein tragen zu müssen, sich rückzuversichern;</p>	<p>Item kann grundsätzlich bestehen bleiben, „end-of-life Care“ muss so geändert werden, dass es deutlicher wird</p>	<p>Im Pflege-team besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der Versorgung in der Finalphase.</p>
<p>10 Im Pflege-team besteht eigener Unterstützungs- oder Anleitungsbedarf in der Versorgung von Patienten nach dem Versterben.</p>	P + N	<p>Bei Pflegekräften besteht Schulungsbedarf im Umgang mit Verstorbenen, sowohl rein formal (Leichenschau, Kripo) als auch in der direkten Versorgung (Waschung, Umgang mit Angehörigen). Unterstützung im Sinne von Tipps, Beratung, kollegialem Austausch Anleitung heißt es zu zweit zu machen oder mal gemacht zu haben Versorgung nach dem Versterben schließt die körperliche Versorgung (Drainagen und Zugänge ziehen, Wunden verschließen), Waschungen, Ankleiden, Zimmer herrichten, aber auch den Umgang mit den Angehörigen ein; Bereitschaft zeigen zuzuhören und dazusein</p>	<p>Das Item wurde verstanden wie gemeint; die Erklärung ist vergleichbar mit dem in den Fokusgruppen gesagten Inhalten.</p>	<p>nicht nötig</p>
<p>11 Die Grunderkrankung des Patienten wird im Team einvernehmlich als weit fortgeschritten bezeichnet.</p>	th a	<p>Die Mitarbeiter, die an der Versorgung beteiligt sind, interprofessionell, sind sich über den Zustand des Patienten und den Status der Erkrankung einig. Die Erkrankung ist im Progress, Heilung ist eher nicht mehr möglich, die Prognose lebenslimitiert.</p>	s.o.	<p>nicht nötig</p>

Item	Me- thode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	ge- ändertes Item
14 Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung unwahrscheinlich ist.	P + N	Der Patient ist neurologisch so stark geschädigt, dass ein normales Leben wie vor der Schädigung nicht mehr möglich ist. Das Überleben ist abhängig von Geräten und Medikamenten. Nicht nur ein Bereich/ eine Fähigkeit ist geschädigt, sondern mehrere Lebensbereiche sind durch die Schädigung beeinflusst. Neurologische Erholung besagt, dass eine Besserung in Richtung normales Leben wie vor der Schädigung wieder möglich ist; die Schädigung ist reversibel Unwahrscheinlich ist eher ein schwammiges Wort und basiert mehr auf Erfahrung.	Item kann grundsätzlich bestehen bleiben; „unwahrscheinlich“ deutlicher formulieren	Bei dem Patienten besteht eine schwere Hirnschädigung, so dass eine neurologische Erholung aufgrund der Diagnostik nicht gesehen wird.
15 Bei dem Patienten liegt eine unheilbare Erkrankung mit schlechter Prognose vor.	P + N	Der Patient leidet an einer Grunderkrankung, die weiter fortschreitet und kognitive und körperliche Funktionen beeinträchtigen kann und wird. Eine Möglichkeit auf Besserung ist kaum möglich, sondern die Situation wird sich eher verschlechtern. Es gibt keine therapeutischen Maßnahmen, um das Fortschreiten der Erkrankung dauerhaft zu stoppen. Die Erkrankung sorgt für eine Lebenslimitierung, was heißt, dass der Patient im Verlauf an der Erkrankung versterben wird.	Das Item wurde verstanden wie gemeint; die Erklärung ist vergleichbar mit dem in den Fokusgruppen gesagten Inhalten.	nicht nötig
16 Bei dem Patienten liegt eine onkologische Grunderkrankung vor.	P + N	Der Patient hat eine Form von Krebs, z.B. Glioblastom, Leukämie, Pankreas-Ca, BC etc. Grunderkrankung liegt Problemen, Symptomen, Belastungen etc. zu Grunde.	s.o.	nicht nötig

Item	Me- thode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	ge- ändertes Item
17 Der Patient wurde schon vor der Aufnahme auf die ITS palliativ begleitet.	P + N	Der Patient hatte vor dem Vorfall, der ITS Indikation und Aufnahme Kontakt zu einem Palliativteam. Dies kann z.B. in Form von Beratung, Unterstützung, Versorgung gewesen sein. Vor der Akutsituation bestand schon eine Situation, die die Begleitung durch ein Palliativteam erforderte.	s.o.	nicht nötig
18 Bei dem Patienten liegt eine ausgeprägte Komorbidität vor.	P + N	Mehrere Erkrankungen, die für sich oder gemeinsam zum Tode führen können und schon weiter fortgeschritten sind, dass sie nicht mehr heilbar sind. Alleine stehend für sich kann es sein, dass die Erkrankungen keine Probleme machen oder verbessert werden können, aber die Komplexität kann zum Problem werden.	s.o.	nicht nötig
20 Die end-of-life Betreuung wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, dass die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.	th a	In der letzten Lebensphase ziehen sich die Ärzte zurück, obwohl die Versorgung etwas sein sollte, was gemeinsam getragen werden sollte.	Das Item könnte so stehen bleiben, weil es so verstanden wurde wie gemeint und gesagt, da aber bei Item 9 „end-of-life“ nicht ganz klar war, wird es hier auch angepasst.	Die Versorgung in der Finalphase wird ausschließlich von Ihnen als Pflegekraft übernommen, während Sie das Gefühl haben, dass die ärztlichen Kollegen sich zurückziehen.

Item	Methode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	geändertes Item
<p>21 Die Angehörigen des Patienten benötigen mehr Unterstützung, als im Alltag der Intensivstation gegeben werden.</p>	P+ N	<p>Angehörige spannen Pflegepersonal und Ärzte sehr für sich ein, entweder, weil sie immer mit Gesprächsbedarf auf sie zukommen oder weil sie sich kaum auf Gespräche einlassen können, wie gelähmt am Bett stehen und keinen Kontakt zum Patienten aufnehmen können. Das professionelle Team hat häufig nicht die Zeit diesen Bedürfnissen nachzukommen.</p> <p>Es geht um Rückzug, Dasein, Zuhören, Fragen beantworten, wenn möglich, Stille aushalten</p>	<p>Das Item wurde verstanden wie gemeint; die Erklärung ist vergleichbar mit dem in den Fokusgruppen gesagten Inhalten.</p>	nicht nötig
<p>22 Angehörige werden nicht in Gespräche über das weitere Vorgehen beim Patienten einbezogen.</p>	th a	<p>Angehörige müssen für anstehende Entscheidungsfindungen, aber auch um den Verlauf nachvollziehen zu können laufend in den Prozess einbezogen werden. Dies kann ebenso Belastungen reduzieren und die spätere Trauer unterstützen.</p>	<p>Es gab Überlegungen, ob es Item 6 oder 7 zu ähnlich ist. Aber die unterschiedliche Bedeutung wird hier verstanden.</p>	nicht nötig
<p>23 Angehörige benötigen Unterstützung, um folgenreiche Entscheidungen für den Patienten treffen zu können.</p>	P+ N	<p>Angehörigen brauchen Beratung und Austausch für Entscheidungen.</p> <p>Konsequenzen und mögliche Komplikationen sowie Einfluss auf die Prognose müssen offen kommuniziert werden, so kann eine informierte Entscheidung getroffen werden.</p> <p>Dabei sollten sie nicht alleine sein, sie müssen ihre Ängste, Sorgen und Gedanken äußern dürfen.</p>	<p>Das Item wurde verstanden wie gemeint; die Erklärung ist vergleichbar mit dem in den Fokusgruppen gesagten Inhalten.</p>	nicht nötig

Item	Me- thode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	ge- ändertes Item
24 Die Angehörigen haben entgegen medizinischer Indikation einen hohen Therapiewunsch.	P+ N	Die Angehörigen sagen, dass der Patient auf jeden Fall weiter therapiert werden soll, obwohl es ärztlich bzw. aufgrund des Status der Erkrankung nicht vorgesehen ist bzw. die Chancen, dass dadurch eine Besserung folgt eher gering ist. Es besteht keine Notwendigkeit, keine Begründung für die Therapie und keine Aussicht darauf, dass sie helfen würde.	s.o.	nicht nötig
26 Angehörige brauchen Unterstützung bei Abschiedsprozessen, wenn der Patient absehbar versterben wird.	P + N	Der Tod ist nah, die Angehörigen brauchen viel Unterstützung bei dem was passiert/ im weiteren Prozess. Absehbar wird verstanden als Zeitraum von Stunden, Tagen, evtl. wenigen Wochen. Abschiedsprozess kann Gespräche über bestimmte Themen, letzte Angelegenheiten, Begräbnis, Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen und „tschüss sagen“ beinhalten.	s.o.	nicht nötig
29 Beim Patienten liegt ein DNR (do not resuscitate = nicht reanimieren) vor.	P + N	Patient soll nicht reanimiert werden, es sollen keine Wiederbelegungsmaßnahmen und keine Medikation hinsichtlich dessen erfolgen bei Aussetzen von Atmung und/ oder Herzstillstand.	s.o.	nicht nötig
30 Beim Patienten liegt ein DNI (do not intubate) Status vor.	P + N	Der Patient soll bei einem Atemstillstand nicht intubiert und damit nicht künstlich beatmet werden.	s.o.	nicht nötig

Item	Methode	Antworten Teilnehmer*innen	Bemerkung	geändertes Item
<p>31 Die Lebensqualität eines Patienten ist besonders beeinträchtigt und soll durch kleine Maßnahmen wie Massagen, Transfer nach draußen, Dasein, Vorlesen etc. gesteigert werden.</p>	<p>th a</p>	<p>Wohlbefinden soll gefördert werden, kleine Dinge zählen, Ziele kleinschrittig setzen, was tut dem Patienten gut, was tut der Familie gut, was ist möglich, wie kann dies erreicht werden und wer kann dabei unterstützen, z.B. das Palliativteam</p>	<p>s.o.</p>	<p>nicht nötig</p>
<p>32 Der Patient leidet unter einer starken physischen und/ oder psychischen Symptombelastung.</p>	<p>P + N</p>	<p>Der Patient ist durch diverse Probleme belastet. Körperlich z.B. Schmerzen, Übelkeit, Luftnot Psychisch z.B. Traurigkeit, Ängste, depressive Verstimmung Lebensqualität ist deutlich beeinträchtigt, die Symptomlast nimmt Einfluss auf weitere Funktionen, der Patient leidet</p>	<p>s.o.</p>	<p>nicht nötig</p>

6.11 Freitextkommentare Pilotierung

Itemzahl	Anmerkungen	zusätzliche Angabe
1	<p>Therapieziel hinsichtlich überleben oder auch hin zu Behinderung oä (20)</p> <p>Ich persönlich finde das sehr wichtig, weil oftmals die Zeit fehlt mit Patienten in Ruhe zu sprechen & die meisten Pat. psychisch überlagert sind (18)</p> <p>Beratend! Therapiezieländerung? (14)</p> <p>Vor allem bei Uneinigkeiten zwischen Pflegenden/ Ärzten/ Angehörigen (13)</p> <p>Therapieziele sind vielleicht zu hoch, müssen angepasst werden (2)</p>	
2	<p>soziale Komponenten weiter berücksichtigen. Wie sind die Angehörigen versorgt? (14)</p> <p>Vor allem wenn der zu erreichende Zustand des Patienten nur aus medizinischer Sicht, nicht aber aus der Sicht des Patienten sinnvoll und lebenswert erscheint. (13)</p> <p>Wäre dann schön, wenn palliativ und ethikkommission zusammen kommen könnten (3)</p>	
3	<p>Wenn das Palliativteam früh genug hinzugezogen wurde. (13)</p> <p>Gespräche Intensivteam + Palliativteam + Angehörige + Patient (14)</p> <p>Und das Palliativteam kann für einen würdevollen Sterbeprozess sorgen & unethische Fälle verhindern! (18)</p>	
4	<p>nur sinnvoll, wenn der Pat. Bereits über einen längeren Zeitraum durch Palliativteam mitbetreut wurde oder Verweildauer auf Station entsprechend lang ist/ war (13)</p> <p>Patientenwille? Mutmaßlicher Patientenwille, geäußert durch Angehörige (14)</p> <p>Für die psychische Begleitung finde ich das sehr sinnvoll Da Gespräche ohne zeitlichen Druck geführt werden können (18)</p>	
5	<p>um die Parteien des interdisziplinären Teams zu unterstützen, welche pro "Best supportive Care", zu stärken (13)</p> <p>Hinterfragen des Konzepts Beratung durch Palliativteam, was nicht direkt an der Versorgung beteiligt ist sinnhaft "neutralerer Sicht" (14)</p>	

	Wir hatten gerade zu Corona Zeiten sehr viele, teils sehr unethische Fälle betreut Meines Erachtens fehlen auch einfach die Aufklärungsgespräche +DNR/ DNI Abklärungen, welche ja immer sinnvoll sind (eigener Wille) (18)	
6	je nach Offenheit des Pat./ der Angehörigen ist eine weitere "neutrale" Partei auch als Vermittler sinnvoll (13) Gemeinsame Gespräche: Behandlungsteam + Palliativteam + Angehörige + Patient. Unklarheiten könnten erneut besprochen werden (14) Teilweise werden sehr gute Gespräche geführt, teilweise wird trotzdem noch Mut gemacht wo es aussichtslos ist. (18)	
7	Zuerst wende ich mich an den für mich zuständigen OA und spreche meine Meinung aus (2) vollkommen unterschiedlich je nach ärztlich/ pflegerischer Betreuung, aber generell fehlt es oftmals an Aufklärung, auf Niveau von Pat und Angehörigen (13) Sollte vom Behandlungsteam (auch Pflege) drauf geachtet werden. Palliativteam kann unterstützen (14) Kann ich nicht beurteilen, da ja vor den Eingriffen die Aufklärungen laufen (18)	
8	Zuerst wende ich mich an den für mich zuständigen OA und spreche meine Meinung aus (2) Hier kommt es häufig darauf an, mit welchem Arzt gesprochen wird und wie die jeweilige Gesprächssituation gestaltet ist (Zeitfaktor, Öffentlichkeit...) Auch ist deutlich zu beobachten, dass die persönliche Haltung der beiden Gesprächspartner zueinander den Verlauf des Gesprächs beeinflusst("persönliche Haltung vor Professionalität") (8) oftmals nur im Rahmen einer Ethikvisite, welche selten zum Tragen kommt. (13) Die Einschätzung sind sehr wichtig und sollten berücksichtigt werden. Ich denke es sollte vermittelt werden, jedoch nicht Aufgabe des Palliativteams (14) Kommt auf die behandelnden Ärzte drauf an. Manchmal besteht eine sehr schlechte Kommunikation oder auch keine Kommunikation mit der Pflege (18)	

9	Jede Finalphase ist bei jedem Pat. Und seinen Angehörigen individuell und die Erfahrung langjährig erfahrener Kollegen nimmt stetig ab (13) Ich denke wir können auf der Intensivstation, in diesem Bereich, noch sehr viel vom Palliativteam lernen (14)	
10	ähnlich Nummer 9; hier können oft Wünsche der Angehörigen helfen (13) siehe Punkt 9 (14) Da die meisten Verstorbenen der Kripo vorgestellt werden stellt sich diese Frage (leider) meist nicht (20)	
11	Abhängig von Diagnose und Art der Erkrankung (1) Bei Einvernehmen aller Beteiligten nur geringe supportive Unterstützung nötig (13) Therapieziel? (14)	
12	Je nach Ursache der beatmungspflicht und bereits erfolgten Weaming Versuchen (8) wenn keine Veränderungen zu einer signifikanten Besserung, innerhalb des Zeitraums eintritt. Angehörigenpflege (14) Auf Covid Intensiv manchmal bis 60 d. Auf Chirurgie ist es natürlich nicht so extrem. Ich beziehe mich auf CovidIntensiv (18)	ab 7 d (15,20) ab 14 d (1,5,13,14,18) ab 21 d (4,10,17) ab 28 d (3,6,7)
13	abhängig von Erkrankung, Verlauf und Therapieziel (1) Mit dem Hintergrund der Unterstützung in der Gesprächsführung mit den Angehörigen und zur Findung eines klaren Therapiekonzeptes und Therapieziels und dessen Evaluation (8) ähnlich Nr. 12 plus der Tatsache, dass sich der Patientenzustand stetig verschlechtert (13) kommt auf Erkrankung an; Therapieziel? Angehörigenpflege (14) individuell, aber ich fände es gut, wenn frühzeitiger stattfinden & die Patienten müssen es natürlich auch wollen/ zustimmen (18)	7 d (15,18) 14 d (5,8,13,14,20) 21 d (9) 28 d (4,17) 50 d (2,3,6,7,10,16)
14	in Bezug auf Schmerzen und Begleitung der Angehörigen finde ich die Begleitung gut. (2) Begleitung der Angehörigen (14)	

	Auch für die Mitbetreuung der Angehörigen & auch für uns als Team fände ich es gut (18)	
15	Unterstützung des Teams sowie Pflicht für Pat. Und Angehörige (13) Therapie mit Patient und Angehörigen besprechen (14)	
16	Abhängig vom Krankheitsstadium (1) es kommt darauf an, wie schwer und fortgeschritten die Erkrankung ist (2) Abhängig von der Prognose & den Wünschen des Patienten ("palliativ" macht oft noch Angst aus Unwissenheit) + Psychoonkologe mit involvieren (8) Abhängig von der Art, Ausmaß der Erkrankung und der Prognose (13) Nicht nur aktuelle Erkrankung beachten. Patient evtl. schon beim Palliativteam bekannt (14) Finde ich sehr sinnvoll (18) Onkologische Erkrankung stellen per se keine infauste Prognose dar (20)	
17	Der Patient benötigt palliative Kontinuität und die weitere Betreuung kann hilfreich für das Team der IST sein (13) Pat. Ist bekannt, große Hilfe in der weiteren Versorgung (14) Eine Begleitung durch das Palliativteam sollte auf jeden Fall weitergeführt werden (18)	
18	Auch hier entsprechend der Wünsche der Patienten (8) Das palliative erweitert oft die Sichtweise des Teams (13) Erfahrung des Palliativteams in diesem Bereich nutzen! (14) siehe 16 (20)	
19	abhängig vom Umfang und Outcome der Rea (1) zunächst das Outcome des Patienten beurteilen (8) abhängig der Reanimationsdauer und dem zu erwartenden Outcome -> eher im Verlauf sinnvoll (13) Was macht das psychisch mit dem Patienten und Angehörigen (14) Für die psychische Verarbeitung finde das sehr wichtig (18) siehe 16 (20)	

20	<p>Definitiv! Wobei es einzelne Ärzte gibt, die unterstützend tätig werden, leider allerdings sehr selten -> Angst? (8)</p> <p>ärztliche Kollege ohne palliative Vorerfahrung fühlen sich oft nur mit ihrem kurativen Ansatz verpflichtet. (13)</p> <p>Das Palliativteam kann beratend eingreifen. Jedoch gibt es Situationen wo der Patient nur die Pflege z.B. dabei haben möchte oder nur die Angehörigen (14)</p> <p>Teilweise ja und die Patienten (18)</p>	
21	<p>Dies ist nahezu immer der Fall! Die Ausnahmesituation "Intensivstation" stellt nicht nur für die Patienten eine akute Krise dar! -> PTBS auch bei Angehörigen -> Prophylaxe (8)</p> <p>Teilweise -> Angehörige ziehen sich oft bei "gefühltem" Stress oft zurück oder suchen Schuldzuweisungen bei betreuenden Team (13)</p> <p>sehr wichtig und eine große Unterstützung (14)</p> <p>Für "Langlieger" Patienten definitiv (18)</p>	
22	<p>bzw. nicht richtig aufgeklärt (5)</p> <p>Gespräche finden statt, allerdings ist mein persönlicher Eindruck, dass diese nicht ausreichend verständlich formuliert sind und in einem falschen Setting stattfinden. (im Patientenzimmer unter Zeitdruck -> Telefone nicht abgegeben, keine Ruhe und Angehörige psychisch nicht aufnahmefähig (8)</p> <p>oft werden Angehörige nicht gehört oder Pflegende müssen ihr Sprachrohr sein (13)</p> <p>DAs muss unbedingt geschehen und das Palliativteam könnte vermitteln (14)</p>	
23	<p>und eine andere Sichtweise durch das Palliativteam. Wie das Leben danach für den Pat. Aussehen würde (5)</p> <p>Ja! Fast alle Angehörige sind nicht unmittelbar entscheidungsfähig und benötigen Gespräche, um das für und wider abzuwägen. Dafür haben wir leider oft keine Zeit/ nicht ausreichend Zeit, um den Gesprächsbedarf gerecht zu werden. (8)</p> <p>eine beratende/ erklärende Rolle neben betreuenden Pflegenden und Ärzten ist sicherlich hilfreich (13)</p>	

24	<p>Aufklärung von verschiedenen Bereichen</p> <p>Wenn eine angepasste Aufklärung fehlt bzw. nicht deutlich genug aufgeklärt wurde (13)</p> <p>Vermitteln "neutrale Meinung" (14)</p> <p>Teilweise ja (18)</p> <p>immer? Dann nein; infaust ja (20)</p>	
25	<p>Wunsch der Angehörigen egal zu welchem Zweck z.B. Gespräche sollten stets berücksichtigt werden (13)</p> <p>Ich glaube viele Angehörige wissen nicht, dass es so etwas gibt/ das wird viel zu selten angeboten (habe ich den Eindruck) (18)</p>	
26	<p>Aus Zeitgründen können wir hier im benötigtem Umfang oft nicht ausreichend Unterstützung bieten. Zudem sind viele darin nicht geschult, oder selbst aus den unterschiedlichsten Gründen persönlich nicht in der Lage. (8)</p> <p>Aufzeigen von Möglichkeiten z.B. Seelsorge, Gespräche, Angebote zur Mitbetreuung etc. (13)</p>	
27	<p>Ja zum Palliativteams, sollte jedoch unabhängig des Lebensalters erwägt werden (1)</p> <p>Kommt auf die Lebensumstände an. Auch unter 70 kann noch jung sein (5)</p> <p>unabhängig von Alter sollte der Bedarf einer palliativen Mitbetreuung in Erwägung gezogen werden (13)</p> <p>Nicht nur aufgrund des Alters. Dies sollte keine Rolle spielen (14)</p> <p>unter welchen Voraussetzung (20)</p>	<p><30 Jahre (15)</p> <p>< 40 Jahre (3,7,17)</p> <p>< 50 Jahre (6,11,18,20)</p> <p>< 60 Jahre (1,4)</p> <p><70 Jahre (5,9)</p>
28	<p>ähnlich Nr. 25 -> Patientenwünsche wenn erfüllbar sollten berücksichtigt werden (13)</p>	
29	<p>Bedingt. Manche Patienten erhalten aufgrund einer Patientenverfügung einen DNR ohne, dass diese akut vital bedroht sind. (z.B. Pat. N. TAVI zur Überwachung auf IST) (8)</p> <p>Allein der Status macht palliative Mitbetreuung nicht notwendig -> ggf. für Angehörige (13)</p> <p>Therapieziel ? (14)</p> <p>Der Patient hat trotz dessen den Bedarf zu reden, oder das etwas optimiert wird (18)</p>	

30	<p>Zustandsabhängig (1) wie 29 (8) ähnlich wie Nr. 29; Status allein nicht, ggf. für Angehörige (13) Pat. Soll nicht die Angst haben zu ersticken oder Schmerzen zu haben; Therapieziel! (14) Es sollte ein gutes Konzept ausgearbeitet falls die Patienten Atemnot bekommen (z.B. ausreichend Morphin) (18)</p>	
31	<p>Unbedingt! Hier fehlt uns leider viel zu oft die Zeit (8) Vor allem wenn Angehörige fehlen oder betreuende Pflegende keine Zeit haben (13) Unterstützung (14) Ich befürworte das sofort. Leider haben wir leider personell nicht die Möglichkeit (18)</p>	
32	<p>beratenden Funktion für Ärzte und Pflegende (13)</p>	<p>Schmerz (1,2,7,13,14,15,20) Angst (1,2,5,7,9,13,14,15,17) Depression (1,2,5,9,14,17,18) Aggression (1) Existenzangst (1) Einsamkeit (2) Patient weint (4) ist zurückgezogen/ in sich gekehrt (4) kleine Kinder als Angehörige betroffen (5) Dyspnoe (7,9,13) Trauer (7) Delir (9) High-End-Medizin (9) Erbrechen (13) Appetitlosigkeit (14) Abschirmung (17)</p>

		Hospitalisierung (18) Borderline (18) psychischer Leidensdruck (20)
33	<p>Therapiezielfindung und Evaluation; Therapiekonzept und Evaluation; bei Patienten mit absehbaren "Langliegerverlauf" (8)</p> <p>Unterstützung für das ärztliche Team bei End of life Gesprächen oder schwierigen Therapiezieländerungs- / -limitierungsgesprächen; Langlieger-Pat v.a. in der A-Klinik (9)</p> <p>Erreichen einer palliativen Betreuungssituation mit/ oder ohne intensivmedizinische Betreuung im häuslichen Umfeld ermöglichen/ vorschlagen/ umsetzen; überhaupt als Möglichkeit aufzeigen; Umsetzung einer Stabilisierung für eine palliative Station, abseits der Intensivstation -> Möglichkeit aufzeigen; Erweiterung um die Punkte DND/ DNO/ DNE (13)</p> <p>Pflegende können psychisch mit einer Situation überlastet sein. vielleicht kann das Palliativteam auch dort unterstützen (14)</p> <p>Meiner Meinung nach ist es in den meisten Fällen mehr als sinnvoll, mit dem Palliativteam zusammenzuarbeiten (15)</p>	
weitere Punkte	<p>Dass das Palliativteam einen viel größeren Bereich abdecken könnte, der zu dem Wohlbefinden des Pat. Beitragen könnte. (5)</p> <p>Angebote/ Beispiele zum Anleitungsbedarf aufzeigen (13)</p> <p>ich empfand das Feld "keine Angaben" am Ende der Skala als unangenehm (wirkte wie ein "forced choice Ansatz");</p> <p>Manche Fragen sind zu allgemein gehalten (siehe Bemerkungen) -> nicht jedem Langzeitpatient/ onkologische belasteter Patient benötigt m.E. in absehbarer Zeit eine palliative Betreuung (20)</p>	

<p>noch mitteilen</p>	<p>Ich hoffe das die Zusammenarbeit mit dem Team der Palliativmedizin intensiver und offener in Anspruch genommen wird! Dazu soll auch dieser Fragebogen beitragen. (4)</p> <p>Vielen Dank für das Angreifen dieses Themas. Es wird leider viel zu wenig beachtet! Ich würde mich sehr über eine engere Zusammenarbeit mit der Palliativmedizin freuen! (8)</p> <p>Vielleicht sollten bzw. sollte aufgrund der aktuellen Pandemie ein weiteres Sonderfeld der Covidbetreuung hinterfragt/ befragt werden, da diese sich erheblich von anderen Situationen und Erkrankungen abhebt (13)</p>	
---------------------------	--	--

7. Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich im ganzen Prozess dieser Arbeit in diverser Hinsicht unterstützt, motiviert und gefördert haben. Zugrunde liegt hier vor allem der Dank, dass ich diesen Weg als Pflegewissenschaftlerin gehen durfte und konnte.

Ich möchte mich besonders bei den Betreuern dieser Arbeit, Herr Professor Dr. Jürgen in der Schmittgen und Frau Professorin Dr. Dr. Andrea Icks, bedanken. Sie haben sich dazu entschlossen diesen spannenden Weg mit mir zu gehen, Zeit investiert und immer nach Lösungen gesucht und mich unterstützt, damit die Arbeit gelingen kann.

Ein besonders herzliches Dankeschön richtet sich an PD Dr. Martin Neukirchen für die gefühlt bedingungslose Unterstützung, das Vertrauen und das Stärken. Du sprichst nicht nur von Interprofessionalität, du lebst sie.

Ebenso gilt mein Dank Frau Dr. Jacqueline Schwartz fürs Zuhören und einen herzerwärmenden Pragmatismus, der mich immer wieder zur Ruhe gebracht hat.

Die Stationsleitungen der PM 01, Christa-Maria Stillger und Ute Nicolin, gilt mein tiefer Dank, weil sie mich von Beginn auf dem kompletten Weg gefördert, mir den Rücken freigehalten und gefühlt nie daran gezweifelt haben, dass es klappen wird.

Herr Thorsten Rantzsch, als Pflegedirektor, und die Pflegedienstleitungen, Frau Kristin Huthwelker, Herr Andreas Fischer und Frau Birgit Gerads-Schneider (ehemalige PDL) gilt mein Dank, weil sie sich trotz voller Tage, Zeit genommen haben, meine Projekte zu fördern und Unterstützung zu organisieren.

Ich möchte mich herzlich bei allen Gatekeeper*innen in den unterschiedlichen Kliniken bedanken, ich kann Sie und euch aufgrund der Anonymisierung nicht persönlich nennen. Genauso herzlich und tief gilt mein Dank allen Teilnehmer*innen, sowohl der Fokusgruppen, als auch der kognitiven Interviews und der Pilotierung. Trotz straffer und anstrengender Arbeitstage waren Sie und ihr bereit dieses Projekt zu unterstützen. Ohne Sie und euch wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen. Zudem haben mich Ihre und eure Worte in Bezug auf die Wichtigkeit des Themas den ganzen Prozess durch, immer wieder motiviert dabei zu bleiben.

Ein großes Dankeschön richtet sich an die multiprofessionelle Auswertungsgruppe, die sich spontan, ohne Nachfragen und trotz eigener vielfältiger Aufgaben bereit erklärt hat, Zeit und Arbeit zu investieren, um dieses Projekt fortführen zu können.

Herr Dr. rer. nat. Daniel Schlieper, auch dir gilt mein Dank! Nicht nur für die wissenschaftliche Beratung, sondern auch für das ein oder andere richtige Wort an der richtigen Stelle, um mich weiter zu motivieren.

Tabea Thyson, danke für deine endlose Geduld mir zuzuhören und immer wieder zu sagen „Du packst das!“.

Auch bedanken möchte ich mich bei der Forschungsgruppe des Palliativzentrums. Ihr ward im Auswertungsprozess und beim Trainieren von Vorträgen mit eurer Ehrlichkeit, Aufmerksamkeit und Unterstützung unerlässlich.

Auch wenn sie am Ende genannt werden, ist der Dank, der ihnen gilt nicht geringer. Ohne meinen Ehemann wäre es nie zu diesem Prozess gekommen, noch hätte ich ihn durchgestanden. An meine Freunde (die fast schon mehr Familie sind), richtet sich der Dank vor allem wegen der Rücksichtnahme. Ich verspreche wir sehen uns wieder mehr.

Bei allen möchte ich mich abschließend bedanken, dass durch die Unterstützung dieses Projekt überhaupt stattfinden konnte und ich mich selbst weiterentwickeln und neues lernen durfte.