Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
(Prof. Dr. med. C. Wiesemann)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Die Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Katharina Schüring

aus

Melle

Göttingen 2019

Dekan:	Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer/in	Prof. Dr. phil. A. Simon
Ko-Betreuer/in:	Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Prüfungskommission

Referent/in	Prof. Dr. phil. A. Simon
Ko-Referent/in:	Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
Drittreferent/in:	Prof. Dr. mult. Thomas Meyer

Datum der mündlichen Prüfung: 01. Oktober 2020

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel „Die Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung““ eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den 01.Oktober 2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ..... **V**

Tabellenverzeichnis ..... **V**

Abkürzungsverzeichnis ..... **VI**

1 Einleitung **1**

2 Stand der Forschung **3**

2.1 Die Säulen der medizinischen Entscheidungsfindung **3**

2.2 Patientenverfügung **4**

2.3 *Advance care planning* in den USA **6**

2.4 Deutsche Ansätze in der gesundheitlichen Vorausplanung **7**

2.5 Die Auswirkungen des *advance care planning* **9**

2.6 Die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ (ÄNo) **11**

2.7 Der DNR-Order als stationäre Alternative zum POLST-Bogen **13**

2.8 Die Erlanger „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ (VaW-Anordnung) **13**

2.9 DNR-Order: Der aktuelle Stand **14**

2.10 Die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ **17**

2.10.1 Abgelehnte lebensverlängernde Maßnahmen 17

2.10.2 Gründe für die Unterlassung bestimmter lebensverlängernder Maßnahmen 17

2.10.3 Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten sowie zu den Patientendokumenten 18

2.10.4 Kommunikation der Entscheidung, weitere wichtige Informationen zum Entscheidungsprozess und Reevaluation 18

2.11 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit **18**

3 Material und Methoden **22**

3.1 Die quantitative Analyse der Dokumentationsbögen **22**

3.1.1 Die Auswertung des quantitativen Datenmaterials 22

3.2 Die qualitative Interviewforschung **23**

3.2.1 Die Interviewstichproben 23

3.2.2 Die Methodik des Einzelinterviews 24

3.2.3 Die Methodik des Gruppeninterviews 24

3.2.4 Die Leitfadenkonstruktion 25

3.2.5 Die Auswertung des qualitativen Datenmaterials 26

4 Ergebnisse **33**

4.1 Die quantitative Analyse der Dokumentationsbögen **33**

4.1.1 Nicht mehr durchzuführende Maßnahmen 35

4.1.2 Gründe für das Unterlassen bestimmter Maßnahmen ... 37
4.1.3 Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten ... 38
4.1.4 Informationen zu Patientendokumenten ... 39
4.1.5 Informationen zur Entscheidungsfindung ... 40
4.1.6 Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und/oder zum Entscheidungsprozess ... 44
4.1.7 Verlauf der Patientengeschichten ... 45
4.2 Die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews ... 46
4.2.1 Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende ... 46
4.2.2 Konsequenzen der Probleme, Unsicherheiten und Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende ... 54
4.2.3 Strategien zur Vermeidung von Problemen, Unsicherheiten und/oder Konflikten bei Entscheidungen am Lebensende ... 55
4.2.4 Dokumentationssysteme vor der Einführung des Bogens ... 58
4.2.5 Kenntnis über die Existenz und die Inhalte des Dokumentationsbogens ... 59
4.2.6 Einweisung in die Handhabung des Dokumentationsbogens ... 59
4.2.7 Der Dokumentationsbogen als Instrument zur Handlung im Notfall ... 60
4.2.8 Auswirkungen des Dokumentationsbogens auf Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende ... 61
4.2.9 Umgang mit dem Bogen auf Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen ... 65
4.2.10 Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer Umgestaltung oder einer veränderten Nutzungshäufigkeit des Dokumentationsbogens ... 66
4.2.11 Über die Grenzen des Dokumentationsbogens hinausgehende Probleme, Herausforderungen und Wünsche ... 70
4.2.12 Alternative Dokumentationssysteme ... 72
4.2.13 Erfahrungen mit dem Bogen auf der neurologischen Intensivstation ohne eingeführten Dokumentationsbogen ... 75
4.2.14 Vorstellbarkeit der Einführung des Bogens auf der Station ohne implementierten Dokumentationsbogen ... 75

5 Diskussion der Ergebnisse ... 79
5.1 Kenntnisstand, Nutzungshäufigkeit und Einsatzgebiete des Dokumentationsbogens ... 79
5.1.1 Kardiologische Intensivstation ... 79
5.1.2 Nephrologische Intensivstation ... 81
5.1.3 Neurologische Intensivstation ... 82
5.2 Stärken des Dokumentationsbogens ... 83
5.3 Schwächen des Dokumentationsbogens ... 87
5.3.1 Schwächen in der Anwendung des Dokumentationsbogens ... 87
5.3.2 Schwächen in der Gestaltung des Dokumentationsbogens ... 91
5.3.3 Schwächen in der Nutzungshäufigkeit des Dokumentationsbogens ... 93
5.4 Der Bogen im Vergleich zu alternativen Dokumentationssystemen ... 94
5.4.1 Die zum Bogen alternativen Dokumentationssysteme der nephrologischen und neurologischen Intensivstationen ... 94
5.4.2 Einführbarkeit des Dokumentationsbogens auf der neurologischen Intensivstation ... 94

5.5 Limitationen der Arbeit **98**

6 Zusammenfassung **99**

6.1 Forschungsziel **99**

6.2 Theoretischer Hintergrund **99**

6.3 Methodisches Vorgehen **99**

6.4 Ergebnisse **100**

6.4.1 Ergebnisse der quantitativen Untersuchungen 100

6.4.2 Ergebnisse der qualitativen Untersuchungen 101

6.5 Empfehlungen für die Praxis **103**

6.5.1 Stärken und Potenziale des Bogens 103

6.5.2 Schwächen in der Handhabung des Bogens 103

6.5.3 Empfehlungen für die Handhabung des Bogens 104

7 Fazit und Ausblick **106**

7.1 Fazit **106**

7.2 Ausblick **106**

8 Anhang **108**

8.1 Die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ (ÄNo) **108**

8.2 Der Göttinger Palliativnotfallbogen **109**

8.3 Dokumentation Therapiebegrenzung der DIVI **110**

8.4 Die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ (VaW-Anordnung) **111**

8.5 Die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ **113**

8.6 Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des ersten Untersuchungszeitraumes **115**

8.7 Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des zweiten Untersuchungszeitraumes **117**

8.8 Die Interviewleitfäden **129**

8.8.1 Leitfaden der Gruppeninterviews mit P1-P18 129

8.8.2 Leitfaden des Gruppeninterviews mit P19-P23 129

8.8.3 Leitfaden der Einzelinterviews mit A1-A4 130

8.8.4 Leitfaden der Einzelinterviews mit A5 und A6 131

8.9 Die Interviewtranskripte **132**

8.9.1 Gruppeninterview mit P1-P7 132

8.9.2 Gruppeninterview mit P8-P18 146

8.9.3 Gedankenprotokoll des Gruppeninterviews mit P19-P23 156

8.9.4 Einzelinterview mit A1 163

8.9.5 Einzelinterview mit A2 168

8.9.6 Einzelinterview mit A3 177

8.9.7 Einzelinterview mit A4 181

8.9.8 Einzelinterview mit A5 192

8.9.9 Einzelinterview mit A6 199

8.10 Kategorien, Kodierregeln und Ankerbeispiele 205

8.11 Kodierung der Interviews 212

9 Literaturverzeichnis 286

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011) 25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ärztliche Interviewpartner 28
Tabelle 2: Auswertungskategorien der qualitativen Inhaltsanalyse 31
Tabelle 3: Anzahl und Geschlecht der Patienten 33
Tabelle 4: Aufnahmediagnose 34
Tabelle 5: Nicht mehr durchzuführende Maßnahmen 35
Tabelle 6: Sonstige nicht mehr durchzuführende Maßnahmen 36
Tabelle 7: Gründe für das Unterlassen bestimmter Maßnahmen 37
Tabelle 8: Information zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten 38
Tabelle 9: Information zur Patientenverfügung und zu Patientenstellvertretern 39
Tabelle 10: Information zur Entscheidungsfindung 40
Tabelle 11: Kommunikation der Entscheidung bei einwilligungsfähigen Patienten 41
Tabelle 12: Kommunikation der Entscheidung bei einwilligungsunfähigen Patienten 42
Tabelle 13: Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und/oder zum Entscheidungsprozess 44
Tabelle 14: Verlauf der Patientengeschichten 45
Tabelle 15: Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des ersten Untersuchungszeitraumes 115
Tabelle 16: Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des zweiten Untersuchungszeitraumes 117
Tabelle 17: Kategorien, Kodierregeln und Ankerbeispiele 205

Abkürzungsverzeichnis

ACLS	*advanced cardiac life support*
ACP	*advance care planning*
ÄNo	Ärztliche Anordnung für den Notfall
BtÄndG	Betreuungsrechtsänderungsgesetz
BVP	Behandlung im Voraus Planen
CVVH	*continuous veno-venous hemodialysis*
DGHS	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben
DGIIN	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfall-medizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband
DiV- BVP	Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DNH	*do-not-hospitalize*
DNR	*do-not-resuscitate*
ECMO	*extracorporeal membrane oxygenation*
HAnNo	Hausärztliche Anordnung für den Notfall
ITS	Intensivstation
IPS	Intensivpflegestation
IMC	*intermediate care*
KEK	klinisches Ethikkomitee
NIV	nichtinvasive Ventilation
POLST	*physician order for life sustaining treatament*
SOP	*standard operating procedure*
SPSS	Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren
UMG	Universitätsmedizin Göttingen
VaW	Verzicht auf Wiederbelebung
Verlg.	Verlegung
ZVK	zentralvenöser Katheter

1 Einleitung

Angesichts der kontinuierlichen Weiterentwicklung medizinischer Behandlungsoptionen ergibt sich die Möglichkeit, schwerkranke Patienten über stets länger werdende Zeiträume zu behandeln und am Leben zu halten. Bei der Frage nach dem Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen ist eine patientenindividuelle Entscheidung unter Beachtung der medizinischen Indikation sowie des (mutmaßlichen) Patientenwillens zu treffen.

Um den Patienten eine Kontrolle über ihre eigene Behandlung am Lebensende zu verleihen, wurden Patientenverfügungen etabliert. Darin können eigene Behandlungswünsche für den Fall der eigenen Einwillligungsunfähigkeit festgelegt werden. Bei der Anwendung im akuten Notfall weist die Patientenverfügung jedoch einige Defizite auf. Zum einen lässt sich das umfangreiche Dokument im Notfall schwer überblicken und zum anderen werden Patientenverfügungen oftmals von medizinischen Laien verfasst, sodass mögliche doppeldeutige Formulierungen einen großen Interpretationsspielraum für das medizinische Personal lassen. Dementsprechend sind aus den Patientenverfügungen nicht immer eindeutige Handlungsanweisungen für die Notfallsituation ableitbar.

Als stationäres Korrelat zum ambulanten Notfallbogen (beispielsweise Göttinger Palliativnotfallbogen, siehe 8.2) wurde an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) nach dem Vorbild der Erlanger „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ (Klinisches Ethikkommitee, UMG 2015) konzipiert. Nach einer viermonatigen Erprobungsphase wurde der durch das klinische Ethikkomitee in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern von Intensivstationen entwickelte Dokumentationsbogen im Jahr 2012 in den klinischen Ablauf der kardiologischen und nephrologischen Intensiv- und *intermediate care* (IMC) Stationen sowie der chronischen Dialyse integriert. Hier besteht für die behandelnden Ärzte die Möglichkeit, einen derartigen Bogen für Patienten, bei denen die medizinische Indikation für bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen nicht gegeben ist oder die selbst eine entsprechende Behandlung ablehnen, auszufüllen.

Nun stellt sich die Frage, ob die Göttinger „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ die Defizite der Patientenverfügung hinsichtlich deren Interpretierbarkeit in einer Notfallsituation ausgleichen kann. Wird der Bogen im klinischen Alltag der Stationen eingesetzt? In welcher Form werden neue Mitarbeiter mit der Handhabung des Bogens vertraut gemacht? In welchem Maße werden die medizinische Indikationslage und der (mutmaßliche) Patientenwille als Beweggründe bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt? Inwieweit wirkt sich der Einsatz der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ auf den Umgang mit Entscheidungen am Lebensende aus?

Enthält der Dokumentationsbogen klare Formulierungen, die in eindeutige Handlungsanweisungen für den Notfall umsetzbar sind? Gibt es stationsspezifische Alternativen zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen?

Gegenstand dieser Arbeit ist daher eine Evaluation der Göttinger „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung". Zunächst erfolgt dabei eine Zusammenschau des aktuellen Forschungsstandes zur Thematik der Entscheidungen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Im Anschluss an die Darstellung der Methodik dieser Arbeit werden die Forschungsergebnisse dargestellt. Die über einen definierten Zeitraum gesammelten ausgefüllten Dokumentationsbögen wurden hinsichtlich der Forschungsfragen ausgewertet. Außerdem wurden qualitative Interviews mit Ärzten und Pflegern der UMG geführt und analysiert. In der abschließenden Diskussion wurde die Eignung des Dokumentationsbogens als Instrument für die Notfallsituation unter Einbeziehung der Forschungsergebnisse erörtert.

2 Stand der Forschung

Seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts hat die intensivmedizinische Versorgung einen rasanten Fortschritt durchlaufen. Beginnend mit der Entstehung eines Dialyseverfahrens im Jahre 1945 über die Intubation, der Möglichkeit der maschinellen Beatmung und die Entwicklung des Defibrillators 1962 durch Bernard Lown verbesserte sich die Versorgung akuter Verschlechterungen des Gesundheitszustandes in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich. So ist es heutzutage oftmals möglich, schwerkranke Patienten[1] in einem stabilen, überlebensfähigen Zustand zu halten und nahezu jede Organfunktion zu ersetzen. Betrachtet man aber nun den einzelnen Patienten, ist es notwendig, stets von Neuem zu evaluieren und zu entscheiden, ob sich die Nutzung des technisch Möglichen im Rahmen der Behandlung als angemessen erweist, oder ob wiederbelebende Maßnahmen nicht oder nur teilweise vorgenommen werden sollen. Entscheidungen bezüglich der medizinischen Versorgung am Lebensende sollten sorgfältig getroffen werden, um zu vermeiden, dass Patienten während der letzten Phase ihres Lebens eventuell eine Behandlung erfahren, die sie sich nicht gewünscht hatten (Drazen et al. 2009).

Befragten schwerkranken Patienten zufolge gibt es fünf Säulen, die die Qualität der medizinischen Versorgung am Lebensende bestimmen. Neben einer Kontrolle der Schmerz- und anderer Krankheitssymptome sowie der Vermeidung einer unangemessenen Verlängerung des Sterbeprozesses wird eine intensive Beziehung zu Vertrauenspersonen genannt. Ebenso bestimmt die Befreiung von anderen Lasten sowie die Fähigkeit einer gewissen Kontrolle über die letzten Vorgänge des Lebens die Qualität der Versorgung in der letzten Lebensphase (Singer et al. 1999). Um in diesem Sinne eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können, erweist es sich als notwendig, Entscheidungen, die das Lebensende betreffen, mit genügend Hintergrundwissen und professioneller medizinischer Unterstützung zu treffen.

2.1 Die Säulen der medizinischen Entscheidungsfindung

Die medizinische Entscheidungsfindung gründet sich auf den Säulen der medizinischen Indikation und des Patientenwillens. Die Bundesärztekammer schreibt in der Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte eine ausdrückliche Respektierung der Interessen, Wünsche und Rechte des Patienten vor (§ 7 Abs. 1 MBO-Ä). Ebenso sollten medizinische Indikationsstellungen auf evidenzbasierten Daten beruhen und stets sorgfältig innerhalb der Ärzteschaft erörtert werden.

In einem Großteil der Fälle stimmen die Vorstellungen von Arzt und Patient nach stattgefundenem Aufklärungsgespräch überein. Konflikte können im Rahmen der medizinischen Entscheidungsfindung durch mangelnde Einigkeit zwischen Arzt und Patient bezüglich des weiteren medizinischen Prozederes entstehen. Ein derartiger Konflikt kann beispielsweise

[1] Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

durch die Forderung seitens des Patienten nach einer Begrenzung der medizinischen Behandlung, die ärztlicherseits für indiziert gehalten wird, aufkommen (Charbonnier et al. 2008). Hier ist abseits des medizinischen Fürsorgeethos eine Respektierung des Patientenwilllens gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 7 Abs. 1 MBO-Ä). Letzten Endes hat dementsprechend der Patient mit seinem Recht auf Selbstbestimmung die endgültige Entscheidungsgewalt in Bezug auf die Durchführung, den Verzicht oder den Abbruch ärztlich indizierter medizinischer Maßnahmen.

2.2 Patientenverfügung

Um den Patienten eine Kontrolle über ihre eigene Behandlung am Lebensende zu verleihen und ihre Autonomie zu wahren, wurden Patientenverfügungen eingeführt. In den USA wurden die ersten Patientenverfügungen bereits 1967 von der Euthanasia Society of America entwickelt (Sabatino 2010). Louis Kutner prägte im Jahre 1969 den Begriff der *living will* Erklärung. Im Rahmen derartiger Erklärungen konnte der Patient antizipierend für aussichtslose Krankheitssituationen die Weiterbehandlung untersagen (Kutner 1969). Im Jahre 1976 trat im US-amerikanischen Bundesstaat Kalifornien das erste einzelstaatliche Gesetz zur Regelung des *living will* in Kraft. In Deutschland veröffentlichte der Jurist Uhlenbrock im Jahre 1978 erstmals eine Vorlage zum Verfassen einer Patientenverfügung. Einige Jahre später wurden durch die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) im Jahre 1981 Patientenverfügungen an ihre Mitglieder verteilt (Dehmel 2006). Heutzutage besteht durch die Patientenverfügung für volljährige Bürger die Möglichkeit, bereits im Vorhinein über den Einsatz bestimmter medizinischer Maßnahmen in konkreten Situationen in der Zukunft zu entscheiden und Behandlungswünsche für den Fall der eigenen Einwillligungsunfähigkeit festzulegen. Wo zuvor lediglich ethische Richtlinien als Orientierung (Bundesärztekammer und Zentale Ethikkommission der Bundesärztekammer 2013) vorlagen, wird seit dem 1. September 2009 der Umgang mit Patientenverfügungen in Deutschland gesetzlich geregelt (vgl. § 1901a BGB, Wiesing et al. 2010).

Es ist nun festzustellen, dass die Zahl der Menschen, die eine derartige Verfügung für sich in Anspruch nimmt, in Deutschland in den vergangenen Jahren stark angestiegen ist. Während vor einigen Jahren das Vorkommen einer Patientenverfügung bei Patienten mit Krebs oder Dialysepflicht mit 15-18 % (van Oorschot 2008) sowie bei Bewohnern von Altenheimen mit 10 % (Sommer et al. 2012) noch relativ karg ausfiel, liegt der Bevölkerungsanteil, der angab, eine Patientenverfügung verfasst zu haben., im Jahr 2017 bei mittlerweile 43 % (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) 2017). Es ist jedoch festzustellen, dass nur 26 % der Patienten, die im Vorhinein eine derartige Verfügung verfasst hatten, diese während des Krankenhausaufenthaltes erwähnen (Morrison et al. 1995). Der Transfer der Patientenverfügung von der ambulanten in die stationäre Versorgung erweist sich demnach als schwierig.

Weiterhin ist anzumerken, dass es sich bei der Patientenverfügung oftmals um ein sehr langes, umfangreiches Dokument handelt, das im Notfall schwer zu überblicken ist und aus dem nicht immer eindeutige Anweisungen für die Notfallsituation ableitbar sind. Dies kann auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass Patientenverfügungen oftmals von medizinischen Laien ausgefüllt werden und dem zuständigen medizinischen Personal einen großen Interpretationsspielraum durch mögliche doppeldeutige Formulierungen in der Anordnung lassen (Thompson et al. 2003). Ein Grund für die nicht eindeutig ablesbaren Patientenwünsche kann die zumeist fehlende Kommunikation mit einem Arzt während des Ausfüllens der Patientenverfügung sein (Teno et al. 1997). Im Rahmen einer Studie, die den Zusammenhang zwischen den Behandlungswünschen des Patienten und den letzten Endes stattgefundenen Behandlungsmaßnahmen auf der Intensivstation untersuchte, wurde festgestellt, dass nahezu jeder Patient, der im Besitz einer Patientenverfügung war, lebensverlängernde Maßnahmen ablehnte (Hartog et al. 2014). Die Auswirkung dieses Patientenwunsches konnte lediglich in Bezug auf die kardiopulmonale Reanimation bestätigt werden. Bei anderen lebenserhaltenden Maßnahmen hatte die Patientenverfügung keine Auswirkung auf die ärztliche Entscheidung (Hartog et al. 2014). Der in vielerlei Hinsicht interpretierbare Ausdruck „lebensverlängernde Maßnahmen“ lässt demnach keine dem Patientenwunsch gerecht werdende medizinische Behandlung zu. „Die Patientenverfügung ist demnach - aus Sicht der Behandler – nur so gut, wie sie differenziert auf einzelne Krankheitssituationen eingeht“ (Schöffner et al. 2012, S. 487).

Eine Studie, im Rahmen derer auf Intensivstationen das Vorliegen von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten untersucht wurde, zeigte, dass lediglich jeder zweite Intensivpatient eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung besaß. Ebenfalls war festzustellen, dass sich 39 % der Befragten ohne ein entsprechendes Dokument noch nie Gedanken bezüglich eigener Behandlungswünsche am Lebensende gemacht hatten. 40 % aller verfasstenVorsorgevollmachten sowie 44 % aller Patientenverfügungen waren unvollständig ausgefüllt und dementsprechend nur schwer oder gar nicht interpretierbar (de Heer et al. 2017).

Zu diesem Ergebnis der schweren Interpretierbarkeit von Patientenverfügungen gelangte auch eine Studie, im Rahmen derer die Kongruenz zwischen verfassten Patientenverfügungen und mündlich angegebenen Behandlungswünschen am Ende des Lebens untersucht wurde. Bei über der Hälfte der befragten Personen zeigten sich Inkongruenzen zwischen mündlich geäußerten und den in den Patientenverfügungen angegebenen Wünschen. Diese Tatsache, dass sich die Wünsche des Verfassers aus seiner Patientenverfügung in über 50 % der Fälle nicht entnehmen lassen, birgt die Gefahr einer Missinterpretation einer Patientenverfügung (Nauck et al. 2014). Um den Behandlungswünschen des Patienten am Lebensende gerecht werden zu können, wird empfohlen, sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch der Politik für medizinische Beratung zu werben. So können im beratenden Dialog beispielsweise gewünschte Bedingungen für die Einstellung oder Ablehnung lebenserhaltender Maß-

nahmen verstanden und verschriftlicht sowie Behandlungspräferenzen für erwartbare Situationen im weiteren Verlauf bereits bestehender Erkrankungen formuliert werden (Nauck et al. 2014).

Die Aktualität der Debatte über die Aussagekraft von Patientenverfügungen unterstreichen zwei Beschlüsse des Bundesgerichtshofes, im Rahmen derer Anforderungen der Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im Zusammenhang mit dem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen (BGH, 6. Juli 2016, Az. XII ZB 61/16) sowie Vorraussetzungen einer für den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bindenden Patientenverfügung (BGH, 18. November 2018, Az. XII ZB 107/18) festgelegt werden.

Ebenso ließ sich feststellen, dass Behandlungswünsche bezüglich der medizinischen Versorgung am Lebensende im Laufe einer Erkrankung nicht immer konstant bleiben, sondern stattdessen einem Änderungsprozess unterliegen (Wolf et al. 1991). Da der in der Verfügung festgelegte Wille der aktuellen Krankheitssituation des Patienten entsprechen muss (Schöffner et al. 2012), ist es erstrebenswert, sich als Patient fortdauernd mit den eigenen Vorstellungen und Wünschen am Lebensende auseinanderzusetzen und bei entsprechendem Bedarf Aktualisierungen der Verfügung vorzunehmen. Um demnach eine nicht dem Wunsch des Patienten entsprechende Therapie, ob unzureichend oder übermäßig (Danis et al. 1991), zu vermeiden, erweist es sich als notwendig, eine präzise formulierbare und im Anschluss an eine Beratung mit medizinischem Fachpersonal (Schöffner et al. 2012) verfasste Dokumentationsform zu finden, die ebenfalls für den Notfall geeignet ist. Ansonsten geraten viele Patienten in die Lage, Entscheidungen bezüglich ihrer medizinischen Versorgung am Lebensende dann fällen zu müssen, wenn sie selbst die Fähigkeit verloren haben, diese für sich selbst treffen zu können (Silveira et al. 2010). Um dem entgegenzuwirken und den betroffenen Patienten bei bestehender Einwilligungsfähigkeit professionelle Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf den Einsatz lebenserhaltende Maßnahmen zu leisten, wurde in den Vereinigten Staaten von Amerika das Konzept des ACP *(advance care planning)* entwickelt.

2.3 *Advance care planning* in den USA

Unter dem Namen *respecting choices* etablierte die Stadt La Crosse im US-Bundesstaat Wisconsin im Jahre 1991 erstmals ein Programm im Sinne des ACP, um einen veränderten Umgang mit Patientenverfügungen zu bewirken. Es wurde speziell geschultes medizinisches und nicht-medizinisches Personal (*facilitator*), an das sich die Patienten jederzeit wenden konnten, eingesetzt, um den Entscheidungsprozess über individuelle Wünsche am Lebensende zu begleiten (Hammes et al. 1998). Ebenso wurde Informationsmaterial an die Patienten und im Bedarfsfall auch an deren Angehörige verteilt, um ihnen mehr Klarheit über die Inhalte einer Patientenverfügung zu verschaffen.

Eine Studie, die die Effekte dieser Intervention in La Crosse untersuchte, stellte fest, dass in 98 % der Todesfälle von Patienten mit einer entsprechenden Verfügung auf gewisse medizinische Maßnahmen verzichtet wurde. Bei 99 % der verstorbenen Patienten wurde die Patientenverfügung in der Krankenakte vermerkt. Insgesamt ließ sich feststellen, dass durch ACP deutlich mehr Patienten Entscheidungen bezüglich ihres Lebensendes treffen, die im Anschluss in der medizinischen Behandlung umgesetzt werden (Hammes et al. 2010). Mittlerweile sind auch in weiteren Gemeinden des Landes Initiativen nach dem *respecting choices*-Modell gegründet worden.

Im US-Bundesstaat Oregon wurde im Jahre 1991 eigens für den Notfall das sogenannte POLST-Dokument (*physician orders for life sustaining treatment*) konzipiert. Darin werden die Wünsche des Patienten über seine medizinische Versorgung am Lebensende in konkrete Anweisungen im Falle einer Notsituation übersetzt. Die situationsbezogene POLST-Anordnung erwies sich im Vergleich mit traditionellen Methoden zur Kommunikation von Behandlungswünschen am Lebensende in Bezug auf einzelne Maßnahmen der Lebenserhaltung als deutlich präziser und detaillierter formuliert. Folglich war eine geringere Anwendung der traditionellen Methoden wie beispielsweise der klassischen Patientenverfügung zu verzeichnen (Hickman et al. 2010).

In Regionen der USA, in denen kein POLST-Programm etabliert wurde, existieren sogenannte *out-of-hospital-do-not-resuscitate*-Order (DNR-Order), die ebenfalls im Notfall geltend gemacht werden können. Dabei handelt es sich um außerhalb des Krankenhauses verfasste Anordnungsformulare, worin beispielsweise Patienten, die sich im Endstadium einer Krankheit befinden und eine kardiopulmonale Reanimation ablehnen, dieses dokumentieren können.

Des Weiteren existieren in den USA die ebenfalls im ambulanten Kontext verfassten sogenannten *do-not-hospitalize*-Order (DNH-Order), in denen ein Verzicht auf eine Einweisung ins Krankenhaus dokumentiert ist. Das Vorliegen eines derartigen Dokumentes geht mit einer reduzierten Krankenhauseinweisungsrate sowie einer gesteigerten Inanspruchnahme der palliativen und hospizlichen Versorgung einher (Beach et al. 2002).

2.4 Deutsche Ansätze in der gesundheitlichen Vorausplanung

Mittlerweile sind auch in Deutschland Ansätze des ACP zu ermitteln, das hierzulande auch als „gesundheitliche Vorausplanung“ bezeichnet wird. Die mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit geförderte *task force advance care planning* entwickelte Empfehlungen für den ganzheitlichen Begleitungsprozess im Rahmen von ACP. Nach dem Vorbild der US-amerikanischen Initiative *respecting choices* entstand in der Bundesrepublik Deutschland das regionale Projekt „beizeiten begleiten“ (Bundespresseamt 2015). Dieses im Jahre 2009 begonnene Modell etablierte in vier Grevenbroicher Seniorenheimen Maßnahmen zur gesundheitlichen Vorausplanung der Bewohner (In der Schmitten et al. 2014). ACP ist als ein lebenslanger Diskussionsprozess zu verstehen, der zwischen dem betroffenen Patienten oder

dessen gesetzlichem Betreuer und einem sogenannten *care provider*, der für die medizinische Versorgung des Patienten zuständig ist, geführt wird. Im Falle der Einwilligung des Patienten können diese Diskussionen ebenfalls Freunde und Familie des Patienten einschließen (Thomas et al. 2011).

In diesem Sinne wurde den Bewohnern der Grevenbroicher Seniorenheime das aktive Angebot der Gesprächsführung mit professionell geschultem Personal unterbreitet. Es wurden Schulungen und Informationsveranstaltungen sowohl für Hausärzte als auch für begleitendes medizinisches und nicht-medizinisches Personal durchgeführt (In der Schmitten et al. 2014). Um im Anschluss an die geführten Gespräche den individuellen Patientenwillen dokumentieren zu können, wurden seitens „beizeiten begleiten" einheitliche Formulare entwickelt. In den eigens durch die Verantwortlichen des Projektes entwickelten Patientenverfügungen können Patienten ihre Behandlungswünsche dokumentieren und präzise formulieren. Die sogenannte Vertreterverfügung behandelt den Fall einer aktuell bestehenden fehlenden Einwilligungsfähigkeit des Patienten und wird durch einen seitens des Patienten ernannten Vertreter ausgefüllt. Durch geschultes medizinisches und nicht-medizinische Personal erhalten die Bewohner sowie deren Angehörige regelmäßig das Angebot, über das Verfassen einer Patienten- bzw. Vertreterverfügung zu diskutieren. Für die Bewohner der Seniorenheime besteht ebenfalls die Möglichkeit, die eigens für die Notfallsituation konzipierte „Hausärztliche Anordnung für den Notfall" (HAnNo) im Sinne des bereits erwähnten POLST-Bogens auszufüllen (In der Schmitten et al. 2014). Inzwischen wurde in Deutschland Die „Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV- BVP) e.V" gegründet. Bestreben dieser Organisation ist es, das Konzept des *advance care planning* auch im deutschsprachigen Raum unter Berücksichtigung der hier gegebenen sozio-kulturellen und rechtlichen Besonderheiten zu etablieren. Durch BVP (Behandlung im Voraus Planen) soll eine konsequente Patientenorientierung der Entscheidungsprozesse beispielsweise im Feld der potenziell lebensverlängernden Therapie erreicht werden, sodass Behandlungswünsche des Patienten eingehalten werden können. Die in diesem Zusammenhang konzipierte „Ärztliche Anordnung für den Notfall" (ÄNo) stellt eine Weiterentwicklung der HAnNo dar (Nauck et al. 2018).

Das neue Hospiz- und Palliativgesetz (vgl. § 43 HPG) sieht die folgende Regelung vor: „Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinn des § 43 des Elften Buches, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, ambulante Pflege- und Hospizdienste und Krankenhäuser können am Ort der Leistungserbringung den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten." Weiterhin sollen laut § 132g des Hospiz- und Palliativgesetzes Versicherte über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten und Ihnen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. „Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, mögliche Notfallsituationen be-

sprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden (§ 132g SGB V).“In diesem Rahmen werden Gesprächsbegleiter geschult, die in den Pflegeeinrichtungen qualifiziert beraten. Die Krankenkasse des Versicherten trägt hierbei laut § 132g die notwendigen Kosten.

2.5 Die Auswirkungen des *advance care planning*

Internationalen Studien zufolge lässt sich das Konzept des ACP als Erfolgsmodell beschreiben. Mit Hilfe des ACP verfasste Patientenverfügungen können, wenn sie präzise formuliert und für das zuständige ärztliche Personal verfügbar sind, aussagekräftig genug sein, um bei der Entscheidungsfindung bezüglich medizinischer Maßnahmen zu unterstützen (Hammes et al. 2010). Hierbei sollte die Familie mit einbezogen und ein besonderes Augenmerk auf die individuellen Behandlungswünsche des Patienten gelegt werden (Tulsky 2005).

Es zeigte sich ebenfalls, dass das ACP die Qualität der medizinischen Versorgung am Lebensende verbessert. Denn durch ein komplexes ACP, zu dem nicht nur die finale Dokumentation der Patientenentscheidung, sondern auch ein kontinuierlicher, mit qualifizierten Gesprächspartnern geführter Diskussionsprozess gehört, können Patientenwünsche bezüglich der medizinischen Versorgung am Lebensende genauer erfasst werden als durch ein rein schriftliches durch medizinische Laien erstelltes Dokument (Brinkman-Stoppelenburg et al. 2014). Eine weitere Studie, im Rahmen derer Bewohner von Seniorenheimen sowie deren Angehörige befragt wurden, kam zu dem Ergebnis, dass nicht nur die Patienten selbst, sondern auch die betroffenen Angehörigen, die sich der Patientenwünsche oft unsicher sind und die Entscheidungsfindung als eine Belastung empfinden, vom System des profitieren (Bollig et al. 2015). Die unterstützende Wirkung der gesundheitlichen Vorausplanung betrifft demnach nicht nur die Patienten, sondern hat gleichermaßen entlastende Effekte bei deren Verwandten (Bollig et al. 2015). Ebenso erhöht der Einsatz des ACP die Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung sowohl seitens des Patienten als auch der Angehörigen. Zudem wird die Häufigkeit von Angst, posttraumatischem Stress und Depressionen überlebender Angehöriger reduziert (Detering et al. 2010), da ihnen die Last der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlungswünsche des Patienten, derer sie sich oftmals unsicher sind, genommen wird (Sudore et al. 2010). Ferner hat das System der gesundheitlichen Vorausplanung unterstützende Wirkung auf das jeweils zuständige behandelnde medizinische Personal (Elpern et al. 2005), welches sich durch die im Vorhinein geführten Gespräche sicherer sein kann, im Sinne ihres Patienten zu handeln (Bollig et al. 2015).

Im Rahmen einer Befragungsstudie zur Evaluation der Behandlungswünsche schwerkranker Patienten ließ sich erkennen, dass die Entscheidung über die Einwilligung bezüglich des Einsatzes medizinischer Maßnahmen von der Belastung abhängt, die die Patienten durch oder im Anschluss an ebendiese erfahren (Fried et al. 2002). Einer mit geringer Belastung sowie der Wiederherstellung ihrer aktuellen Gesundheitslage verbundenen medizinischen Maßnahme würde ein Prozentsatz von 98,7 % der Patienten zustimmen (Fried et al. 2002). Wenn die

eventuell durchzuführende Maßnahme jedoch eine starke gesundheitliche Belastung bedeuten würde, gelänge die Mehrheit der Patienten zu der Entscheidung, auf die Behandlung zu verzichten (Fried et al. 2002). Im Sinne des ACP als professioneller Begleiter ein besonderes Augenmerk auf die individuelle Einschätzung gesundheitlicher Belastungen des Betroffenen zu legen, erweist sich demnach als zielführend (Fried et al. 2002). Weiterhin zeigte sich, dass der Einsatz von ACP die Wahrscheinlichkeit für den Patienten erhöht, an dem von ihm gewünschten Ort zu versterben (Molloy et al. 2000, Degenholtz et al. 2004). Dieses spiegelt sich in einer Reduktion der Hospitalisierungsrate sowie in einer gesteigerten Nutzung palliativer Angebote am Ende des Lebens wider (Teno et al. 2007), denn in einem Großteil der Fälle stellt der Ort, an dem die Patienten sterben möchten, das eigene zu Hause dar (Fegg et al. 2015). Des Weiteren ist durch ACP eine Senkung der Kosten der medizinischen Behandlungen am Lebensende zu verzeichnen (Zhang et al. 2009).

Schließlich ist zu vermerken, dass die Beschäftigung mit der eigenen medizinischen Versorgung am Lebensende keine Angelegenheit darstellt, die ausschließlich eine Altersgruppe oder besonders kranke Personen betifft (Mitchell et al. 2013). Selbstverständlich besteht bei älteren sowie bei chronisch kranken Menschen eine höhere Wahrscheinlichkeit des baldigen Nutzens einer derartigen Vorausverfügung, doch ein jeder muss sich früher oder später mit dem Thema des eigenen Lebensendes auseinandersetzen (Mitchell et al. 2013) und diese Auseinandersetzung sollte im besten Falle nicht nur einmalig geschehen, sondern stets überdacht und dem aktuellen Krankheitsstand angepasst werden.

Insgesamt sind demnach zahlreiche positive Effekte des ACP-Programms zu verzeichnen. Infolgedessen erweist sich dessen fortschreitende Etablierung als sinnvoll, zumal die Prinzipien der gesundheitlichen Vorausplanung bei weitem noch nicht als Standardvorgehensweisen bei der Entscheidungsfindung über den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen eingesetzt werden (Wright et al. 2008).

Im Rahmen der zuvor beschriebenen Einführung des ACP-Projektes „beizeiten begleiten“ in Grevenbroich untersuchte eine Studie die Auswirkungen dieser Intervention bezüglich einer eventuellen Veränderung im Umgang mit Verfügungen über Behandlungswünsche der Bewohner am Lebensende. In diesem Zusammenhang ließ sich feststellen, dass in den Seniorenheimen der Interventionsgruppe deutlich häufiger neue sogenannte Vorausverfügungen (36,0 % der Bewohner) verfasst wurden, als es in den Seniorenheimen der Kontrollgruppe (4,1 % der Bewohner) der Fall war. Ferner waren die Verfügungen der Bewohner der Interventionsgruppe vermehrt durch Dritte (insbesondere durch Ärzte) unterschrieben (93,9 %) als diejenigen der Kontrollgruppe (16,7 %). Aus diesen eindeutigen Zahlen lässt sich eine steigende Partizipation des zuständigen Arztes am Entscheidungsprozess des Patienten bezüglich medizinischer Maßnahmen am Lebensende erkennen. Diese Partizipation ist jedoch gemäß dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten im professionell unterstützenden und überprüfenden anstatt im beeinflussenden Sinne einzuordnen.

Ebenfalls anzumerken ist, dass die Verfügungen der Bewohner der Seniorenheime des ACP-Projektes mit einem Anteil von 95,9 % deutlich häufiger präzise Formulierungen bezüglich des Reanimationsstatus enthielten als solche der Kontrollgruppe (38,9 %) und dieser Status in 81,6 % der Fälle und damit erkennbar häufiger als in der Bewohnergruppe ohne Intervention (0 %) in auffälliger Weise in der Bewohnerakte vermerkt war (In der Schmitten et al. 2014).

Schließlich wurde die Häufigkeit neu verfasster Notfallbögen, die im Falle einer entsprechenden Situation konkrete Anordnungen des Hausarztes für den Notfall beinhalten, untersucht. Hierbei war wiederum im Vergleich mit der Kontrollgruppe (44 %) in der Interventionsgruppe eine mit einem Anteil von 98 % an der Gesamtheit aller Verfügungen höhere Häufigkeit verfasster Notfallbögen zu verzeichnen (In der Schmitten et al. 2014). Dieser während der ambulanten Situation des Patienten für dessen im Notfall vorliegende Einwilligungsunfähigkeit verfasste Bogen wird im folgenden Kapitel genauer dargestellt.

2.6 Die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ (ÄNo)

Die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ (ÄNo) wurde nach der Vorlage der HAnNo durch Die „Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV- BVP) e.V.“ entwickelt und ist als der notfallmedizinisch relevante Teil der Patientenverfügung bzw. der Vertreterverfügung zu betrachten. Das BVP-Konzept verfolgt das Anliegen, die gesundheitliche Vorausplanung der Patienten zu begleiten und professionell zu unterstützen sowie den Patientenwillen valide und wirksam zu verschriftlichen (Nauck et al. 2018).Die professionell begleiteten Patienten haben mit der ÄNo die Möglichkeit, während einer Notfallsituation für den Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit und einer lebensbedrohlichen Erkrankung medizinische Anordnungen festzulegen. Hier hat der Patient die Auswahl, sich zwischen sechs verschiedenen Kombinationen medizinischer Maßnahmen zur Lebenserhaltung zu entscheiden und im Anschluss daran eine der im Notfallbogen vorgegebenen Kombinationen anzukreuzen. Die erste Möglichkeit des Patienten ist es, alle lebenserhaltenden Maßnahmen ohne Einschränkungen anzuordnen. Er willigt demnach bei gegebener medizinischer Indikation einer Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung ein. Ebenso kann sich der Patient für eine lebenserhaltende Therapie mit Einschränkungen entscheiden. Es kann lediglich die Herz-Lungen-Wiederbelebung oder diese sowie die invasive Tubusbeatmung ausgeschlossen werden. Ferner können die oben genannten Maßnahmen sowie eine Behandlung auf der Intensivstation oder noch zusätzlich eine Mitnahme ins Krankenhaus verneint werden. Schließlich besteht für den Patienten die Möglichkeit anzuordnen, keine Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung durchzuführen, auch nicht ambulant. Demnach werden in diesem Fall seitens des Patienten ausschließlich palliative Maßnahmen angeordnet.

Der Entscheidungsprozess bezüglich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen wird zum einen durch vom zertifizierten Begleiter des BVP-Projektes zur Verfügung gestellte medizinische Informationen bezüglich einzelner Maßnahmen zur Lebenserhaltung begleitet. Zum anderen werden im Rahmen einer gemeinsamen Auseinandersetzung mit der Krankheitsgeschichte des Patienten verschiedene denkbare Veränderungen des Gesundheitszustandes des Betroffenen angenommen und die Behandlungswünsche des Patienten im Falle der einzelnen erdenklichen Situation erörtert. Die Entscheidung bezüglich der eventuellen Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen wird demnach vor dem Hintergrund der aktuell bestehenden gesundheitlichen Lage des Patienten getroffen und im Bedarfsfall aktualisiert. In die Gespräche der Entscheidungsfindung können bei bestehender Einwilligung durch alle Beteiligten ebenfalls die Angehörigen des Betroffenen einbezogen werden. Besteht bereits beim Verfassen des Notfallbogens eine Einwilligungsunfähigkeit des Patienten, so ist es dem Vertreter (Bevollmächtigtem bzw. Betreuer) möglich, die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entsprechend zu verfassen. Es ist ebenfalls möglich, dass der am Entscheidungsprozess beteiligte zertifizierte Begleiter des BVP-Projektes den Inhalten der Anordnung durch seine Unterschrift eine gewisse Verlässlichkeit verleiht. Schließlich werden die Angaben durch die Unterschrift des zuständigen zertifizierten Arztes bestätigt. Wenn die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ vollständig und eindeutig ausgefüllt ist, besteht bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des betroffenen Bewohners ethische und rechtliche Verbindlichkeit des Dokumentes (siehe 8.1).

Das in Kapitel 2.4 beschriebene regionale Projekt „beizeiten begleiten“ inklusive der Hausärztlichen Anordnung für den Notfall erwies sich als Erfolgsmodell (In der Schmitten et al. 2014) und führte bei zwei der vier an der Intervention beteiligten Seniorenheimen zu einer Übernahme der Konzepte des ACP-Projektes in ihre Regelversorgung (Bundespresseamt 2015). Mit der Gründung des BVP-Projektes konnte eine Implementierung der ÄNo in Einrichtungen weiterer Städte wie München, Frankfurt, Göttingen, Augsburg und Bochum erreicht werden. Inzwischen gibt es zahlreiche weitere Weiterbildungsangebote in Deutschland. Dabei werden nur Weiterbildungen, die quantitativ und qualitativ der Weiterbildung nach der Vereinbarung gemäß § 132g SGB V entsprechen, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anerkannt. In Göttingen wurde bereits im Jahr 2006 für Palliativpatienten ein präzise formulierter Anordnungsbogen für den Notfall konzipiert. Darin werden konkrete Behandlungswünsche dokumentiert, die im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit des Patienten befolgt werden (siehe 8.2). Dieses Konzept wurde auch in Mainz und Essen übernommen und in geänderter Form implementiert.

Trotz der fortschreitenden Implementierung von Notfallbögen zur Dokumentation von Behandlungswünschen des Patienten liegen höchstwahrscheinlich in großen Teilen Deutschlands sowohl bei Bewohnern in Seniorenheimen als auch bei anderen sich in einer lebensbedrohlichen Gesundheitslage befindlichen einwilligungsunfähigen Personen keine präzise formulierten Anordnungsbögen für den Notfall vor.

In einem derartigen Zustand der Unwissenheit werden Patienten oftmals durch den Rettungsdienst ins Krankenhaus verlegt und dort unter Umständen intensivmedizinisch behandelt. Um nun den Verzicht in Bezug auf den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen dokumentieren zu können, wurden in den USA erstmals sogenannte DNR-Order (*do-not-resuscitate*-Order) entwickelt. Eine nähere Beleuchtung dieser im stationären Rahmen verfassten Dokumentationsbögen folgt im nächsten Abschnitt.

2.7 Der DNR-Order als stationäre Alternative zum POLST-Bogen

Die im ambulanten Zusammenhang eingesetzten POLST- und *out-of-hospital*-DNR-Order verfügen mit dem DNR-Order über ein stationär genutztes Korrelat. In den USA etablierten im Jahre 1976 die ersten Krankenhäuser die Möglichkeit, entsprechende Formulare bei einem Verzicht auf eine kardiopulmonale Reanimation oder den sogenannten *advanced cardiac life support* (ACLS) auszufüllen (Loertscher et al. 2010).

Der ACLS bezeichnet eine Reihe klinischer Interventionen, die bei der akuten Behandlung eines Herzstillstandes, eines Schlaganfalls oder anderer lebensbedrohlicher Erkrankungen eingesetzt wird. Heutzutage wird in jedem Krankenhaus im Rahmen des Qualitätsmanagements die Integration von DNR-Ordern verlangt (Loertscher et al. 2010). Für die sich nun in stationärer Umgebung befindlichen Patienten gibt es in einigen Krankenhäusern in Deutschland inzwischen ebenfalls die Möglichkeit, Entscheidungen über den Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen zu treffen und dabei vergleichbare Dokumente zu nutzen. Dazu wurde vom Klinischen Ethikkomitee des Universitätsklinikums in Erlangen in Zusammenarbeit mit der juristischen Fakultät und der Professur für Medizinethik der Universität Erlangen die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ (VaW-Anordnung) (siehe 8.4) entwickelt und 2003 im Internet veröffentlicht (Oswald 2008 ,Eunicke et al. 2003). Im Folgenden werden die Inhalte dieses Dokumentes näher erläutert.

2.8 Die Erlanger „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ (VaW-Anordnung)

Die im Jahre 2003 konzipierte VaW-Anordnung wurde im Oktober 2004 in der nephrologischen Abteilung der Klinik zunächst probeweise und anschließend nach stattgefundener neunmonatiger Erprobungsphase fest in den klinischen Ablauf integriert (Oswald 2008).

Das Formular zur Dokumentation des Verzichts auf Wiederbelebung enthält größtenteils Ankreuzantworten, jedoch ebenfalls ein Feld zur freien Textformulierung, in welchem patientenspezifisch beispielsweise zentrale Beweggründe, die den Entscheidungsprozess zum Verzicht auf Wiederbelebung maßgeblich beeinflusst haben, eingetragen werden können. Es kann auf alle oder einzelne lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet werden. In dem Formular wird hierbei zwischen dem Aufenthalt des Patienten auf der Intensivstation oder auf einer Normalstation unterschieden. Wenn sich der Patient in intensivmedizinischer Behandlung

befindet, kann auf eine Intubation/Beatmung, eine mechanische und medikamentöse Reanimation sowie auf eine Defibrillation verzichtet werden. Im Rahmen einer Behandlung auf einer Normalstation besteht die Möglichkeit, eine Reanimation und eine Intubation/Beatmung abzulehnen.

Als Gründe für den Entschluss zum Unterlassen bestimmter lebenserhaltender Maßnahmen werden hier mit der fehlenden medizinischen Indikation sowie der Ablehnung seitens des Patienten die beiden Säulen der Entscheidungsfindung bezüglich des Einsatzes medizinischer Maßnahmen genannt (Charbonnier et al. 2008). Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, einen weiteren Entscheidungsgrund, wie beispielsweise die Einwilligung einer bevollmächtigten Vertrauensperson oder eines gesetzlichen Betreuers zum Verzicht auf Wiederbelebung, einzutragen. Nach genaueren Hinweisen bezüglich der Einwilligungsfähigkeit des Patienten erfolgt eine Dokumentation über die Teilnehmer des Aufklärungsgespräches, in dessen Rahmen die Entscheidung zum Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen gefällt wurde. Eine sorgfältige Reevaluation der Anordnung auf Wiederbelebungsverzicht sollte stets nach 24 Stunden durch den zuständigen Facharzt vorgenommen werden.

Während der neunmonatigen Probephase der VaW-Anordnung wurden zahlreiche statistische Erhebungen bezüglich der Kommunikation und Transparenz der Anordnung sowie zu deren Tauglichkeit im klinischen Alltag durchgeführt (Oswald 2008). Hier ließ sich durch eine Befragung des jeweiligen Stationspersonals feststellen, dass bezüglich der Transparenz und Alltagstauglichkeit eine nahezu einheitliche positive Meinung herrschte (Oswald 2008). Lediglich bezüglich der Kommunikation der Verzichtsanordnung wurde seitens einiger Pflegekräfte eine mangelnde Partizipation der eigenen Berufsgruppe angemerkt (Oswald 2008).

Im Jahr 2017 veröffentliche die Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigug für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) ebenfalls einen Vorschlag für einen Dokumentationsbogen zur Therapiebegrenzung (siehe 8.3) (Neitzke et al. 2017).

2.9 DNR-Order: Der aktuelle Stand

In Bezug auf die Häufigkeitsverteilung der DNR-Order wurde festgestellt, dass vor allem bei älteren Patienten weiblichen Geschlechtes, Patienten mit bestehendem Krebsleiden und denjenigen mit einem stärkeren Bedürfnis nach Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens die Wahrscheinlichkeit des Verzichts auf eine kardiopulmonale Reanimation hoch ist. Jedoch besitzt lediglich die Hälfte dieser Patienten einen DNR-Order (Covinsky et al. 2000). Einer retrospektiven Kohortenstudie zufolge verfügt ein hoher Anteil der sich in stationärer Behandlung befindenden Patienten über DNR-Order, wobei der Prozentsatz bei Patienten internistischer Fachdisziplinen höher ist als derjenige von Patienten, die sich in chirurgischer Behandlung befinden (Morrell et al. 2008).

Ebenso zeigte eine Interventionsstudie, im Rahmen derer neue DNR-Formulare in einem Krankenhaus in Deutschland eingesetzt wurden, dass im Anschluss an die Einführung des Bogens der mutmaßliche Patientenwille vermehrter als Begründung für die Entscheidung zum Verzicht auf Wiederbelebung angegeben und somit die fehlende medizinische Indikation als zweithäufigste Ursache für den Entschluss vermerkt wurde (Schmidt et al. 2015). Diese Tatsache kann als eine erhöhte Beteiligung des Patienten und dessen Angehörigen am Entscheidungsprozess gewertet werden (Schmidt et al. 2015). In diesem Zusammenhang sollte jedoch angemerkt werden, dass diese im Großteil der Fälle wenige Tage vor dem Tod des Patienten und durch dessen Angehörige verfasst werden (Morrell et al. 2008). Es ist hier demnach nicht von einer überdachten, nach intensiver Auseinandersetzung mit den Wünschen am Lebensende getroffenen Entscheidung des Patienten auszugehen. Eine andere Studie verzeichnete hingegen eine von 17 % auf 48 % gestiegene Beteiligung des Patienten am Entscheidungsprozess bezüglich des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen (Junod Perron et al. 2002). Ebenfalls ließ sich im Rahmen dieser Studie festhalten, dass laut Einschätzung der Ärzteschaft ein Anteil von 75 % der über einen DNR-Order verfügenden Patienten als einwilligungsfähig einzustufen sei (Junod Perron et al. 2002).

Eine im Jahre 1997 durchgeführte Studie, die das Outcome nach im Krankenhaus erfolgter kardiopulmonaler Reanimation in einem Zeitraum von vier Jahren untersuchte, zeigte, dass in 32 % der Fälle eine erfolgreiche Reanimation zu verzeichnen war (Marik et al. 1997). Eine Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgte bei einem Anteil von 13 % der Patienten nach kardiopulmonaler Reanimation. Bei einer Befragung von Patienten > 70 Jahren verschiedener Stationen innerhalb eines Krankenhauses waren jedoch 81 % der Befragungsgruppe der Ansicht, dass ihre Chancen, eine Reanimation zu überleben und im Anschluss das Krankenhaus wieder verlassen zu können, bei 50 % und mehr lägen (Adams et al. 2006). 23 % der Patienten rechneten hierbei sogar mit einer Wahrscheinlichkeit von über 90 %. Hier liegt bei den Befragten eine eklatante Fehleinschätzung der Erfolgsrate kardiopulmonaler Reanimationen vor. Den Patienten fehlt ausreichend durch medizinisches Personal zur Verfügung gestelltes Informationsmaterial, um fundierte Entscheidungen bezüglich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen treffen zu können (Yuen et al. 2011). Ohne diesbezüglich über einen ausreichenden Kenntnisstand zu verfügen, ist das Treffen einer Entscheidung in Bezug auf den Einsatz wiederbelebender Maßnahmen einschließlich der kardiopulmonalen Reanimation im Sinne des Selbstbestimmungsrechts des Patienten nur schwerlich realisierbar. Dementsprechend werde das ursprüngliche Ziel des DNR-Orders, die Patientenautonomie zu wahren und eine nicht sinnvolle, aussichtslose medizinische Behandlung zu vermeiden, nicht erfüllt (Becker et al. 2004).

Die Desinformiertheit der Patienten ist möglicherweise unter anderem darauf zurückzuführen, dass Ärzte sich weniger zutrauen, mit ihren Patienten über den eventuellen Einsatz eines DNR-Orders zu diskutieren als die Durchführung bestimmter medizinischer Maßnahmen anzuordnen (Sulmasy et al. 2008). Um den Ärzten einen sichereren und vertrauteren Umgang mit dem sensiblen Themenbereich der DNR-Order zu verschaffen, wurden hierzu ärztliche

Weiterbildungsmaßnahmen etabliert (Shorr et al. 2000). In Bezug auf das Ziel einer verbesserten und häufiger geführten Diskussion zwischen Arzt und Patient über Entscheidungen am Lebensende und einer folgenden Festlegung bezüglich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen in Form eines DNR-Orders ist jedoch keine wesentliche Besserung zu verzeichnen (Shorr et al. 2000). Im Rahmen einer Studie in einem Schweizer Krankenhaus ist im Anschluss an Schulungsmaßnahmen zum Umgang mit DNR-Ordern hingegen eine deutliche Steigerung des korrekten Verständnisses in Bezug auf DNR-Order von einem Anteil von 31 % auf 93 % innerhalb der Ärzteschaft erzielt worden (Junod Perron et al. 2002). Generell ist festzustellen, dass die Häufigkeit einer Empfehlung des Arztes, einen DNR-Order zu verfassen, signifikant mit den Jahren seiner Berufserfahrung steigt (Kelly et al. 2002).

Des Weiteren wurde untersucht, inwiefern sich das Vorliegen eines DNR-Orders auf die im Rahmen der folgenden medizinischen Behandlung durchgeführten Maßnahmen auswirkt. Es zeigte sich, dass auf den Stationen mit vorliegenden ausgefüllten DNR-Ordern zum Verzicht auf Wiederbelebung nicht nur auf die damit verbundenen Maßnahmen, sondern im Vergleich zu anderen Stationen ohne DNR-Order auch auf nicht im Bogen aufgeführte Behandlungen wie beispielsweise das Verabreichen von Bluttransfusionen oder die Abnahme von Blutkulturen verzichtet wurde (Beach et al. 2002). Der DNR-Order wird demnach als inoffizielles Signal zur Beendigung des Treffens klinischer Entscheidungen gesehen (Cohn et al. 2013).

Neben einem eindeutigen Verstehen und Umsetzen des DNR-Orders erweist es sich ebenso als bedeutend, den richtigen Zeitpunkt zum Verfassen einer derartigen Anordnung zu wählen (Zahuranec et al. 2007). In diesem Zusammenhang wurde bei Patienten mit intracerebraler Hämorrhagie, bei denen der DNR-Order innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Blutung verfasst wurde, eine sowohl über einen kurzen als auch über einen langen Zeitraum hinweg höhere Mortalität als bei Patienten mit zum späteren Zeitpunkt ausgefüllten DNR-Ordern verzeichnet (Zahuranec et al. 2007). Eine im Jahr 2015 in Deutschland durchgeführte Studie, die ebenfalls die Effekte der DNR-Order auf die Behandlung des Patienten untersuchte, konstatierte hingegen eine konstant bleibende Sterblichkeitsrate der stationären Patienten (Schmidt et al. 2015). Es ist demnach davon auszugehen, dass die medizinische Versorgung des Patienten am Lebensende durch das Verfassen eines DNR-Orders nur bezüglich der darin angegebenen Maßnahmen eingeschränkt (Schmidt et al. 2015) und nicht auf andere medizinische und pflegerische Tätigkeiten ausgedehnt wird. Das Vorliegen eines DNR-Orders zum Verzicht auf Wiederbelebung geht mit einem verminderten Einsatz kardiopulmonaler Reanimation sowie einer gesteigerten Nutzungshäufigkeit des Angebotes palliativer und hospizlicher Versorgung einher (Beach et al. 2002). Ebenfalls lässt sich vermerken, dass die Integration der DNR-Anordnung in den Klinikalltag deutscher Krankenhäuser zu einer deutlich verbesserten Dokumentation des DNR-Status des Patienten führt (Schmidt et al. 2015).

2.10 Die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“

Nach der Einführung der VaW-Anordnung an der Universitätsmedizin Erlangen wurde auch im Universitätsklinikum Göttingen die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ eingesetzt (siehe 8.5). Dieser im Jahr 2012 durch das Klinische Ethikkomitee in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern von Intensivstationen entwickelte Dokumentationsbogen wurde zunächst im Rahmen einer Erprobungsphase auf zwei internistischen Intensivstationen eingesetzt. Nach abgeschlossener viermonatiger Probephase fand die Integration der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ in den klinischen Ablauf weiterer Stationen statt. Zum jetzigen Zeitpunkt wird der Dokumentationsbogen auf den kardiologischen und nephrologischen Intensiv- und *intermediate care* Stationen (IMC) sowie in der chronischen Dialyse eingesetzt (Klinisches Ethikkommitee, UMG 2015).

Der Göttinger Dokumentationsbogen weist einen dem Erlanger Bogen ähnlichen Aufbau auf. Unterschiede bestehen beispielsweise in der Formulierung und Anzahl der einzelnen medizinischen Maßnahmen, deren Unterlassen möglich ist. Hier wurde der Bogen beispielsweise seitens der UMG um den Verzicht auf eine Verlegung des Patienten auf die IMC-Station oder Intensivpflegestation (IPS) sowie um den Verzicht auf die nichtinvasive Ventilation (NIV) ergänzt. Ebenso besteht die Möglichkeit, eine im Rahmen der medizinischen Versorgung einzuhaltende Katecholaminobergrenze festzulegen. Der Bogen lässt sich in sieben Abschnitte gliedern, die im Folgenden beschrieben werden.

2.10.1 Abgelehnte lebensverlängernde Maßnahmen

In diesem Abschnitt des Dokumentationsbogens wird zwischen dessen Verfassung bei Patienten auf einer Normalstation und auf einer Intensivstation unterschieden. Bei Patienten auf einer Normalstation kann auf die Maßnahmen Intubation/Beatmung, Reanimation, auf die Verlegung auf IMC sowie auf die Verlegung auf IPS durch Ankreuzen verzichtet werden. Liegt ein Patient auf einer Intensivstation, kann auf die Maßnahmen Intubation/Beatmung, nichtinvasive Beatmung, mechanische Reanimation und Defibrillation verzichtet werden. Hierbei sind in den Bögen sowohl auf der Intensiv- als auch auf der Normalstation Mehrfachangaben erlaubt. Für beide Patientengruppen besteht die Möglichkeit, eine individuelle Katecholaminobergrenze festzulegen sowie den Verzicht auf sonstige lebensverlängernde Maßnahmen zu vermerken.

2.10.2 Gründe für die Unterlassung bestimmter lebensverlängernder Maßnahmen

Bei der Angabe von Gründen für die Unterlassung bestimmter lebenserhaltender Maßnahmen besteht die Möglichkeit, die fehlende medizinische Indikation, die Ablehnung von Maßnahmen durch den einwilligungsfähigen Patienten sowie deren Ablehnung durch den Bevoll-

mächtigten/Betreuer des nicht einwilligungsfähigen Patienten zu wählen, wobei Mehrfachangaben erlaubt sind. Ferner können in einem freien Feld zusätzliche Gründe für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen angegeben werden.

2.10.3 Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten sowie zu den Patientendokumenten

Zunächst ist nun eine Festlegung bezüglich der situationsbezogenen Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu treffen. Im Anschluss daran ist zu dokumentieren, durch welche Person (unterzeichnender Oberarzt/Facharzt und/oder konsiliarisch tätiger Psychiater und/oder eine andere hierzu befugte Person) die Einwilligungsfähigkeit bzw. die fehlende Einwilligungsfähigkeit festgestellt wurde.

In den Angaben zu den Patientendokumenten, die bei der Entscheidung über den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen unbedingt berücksichtigt werden müssen, wird nun vermerkt, ob der Patient im Besitz einer Patientenverfügung ist, einen Betreuer hat und/oder einen Bevollmächtigten bestimmt hat. Diesbezüglich wird auch das Vorliegen der entsprechenden Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und/oder des Betreuungsausweises angegeben.

2.10.4 Kommunikation der Entscheidung, weitere wichtige Informationen zum Entscheidungsprozess und Reevaluation

Im Folgenden werden Angaben zu einem eventuell mit dem Patienten und/oder dessen Angehörigen erfolgten Aufklärungsgespräch vermerkt. Außerdem wird dokumentiert, ob die Familie des Patienten über die Entscheidung informiert wurde und ob die Entscheidung zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen im Team besprochen bzw. dem Team kommuniziert wurde. Ebenso kann eine Beratung durch das klinische Ethikkomitee (KEK) vermerkt werden.

In einem freien Feld können nun weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und/oder zum Entscheidungsprozess sowie die Gründe für die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen angegeben werden.

Schließlich erfolgt die Unterzeichnung des Dokumentationsbogens durch einen Ober- oder Facharzt und zuletzt werden Angaben über eine eventuell erfolgte Reevaluation der vermerkten Entscheidung gemacht.

2.11 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit

Das Bestreben dieser Arbeit ist die Evaluation des Göttinger Dokumentationsbogens einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung mit Blick auf dessen Tauglichkeit und angemessene Anwendung im klinischen Alltag.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, in welchem Maße die Bögen auf den unterschiedlichen Stationen in der Universitätsklinik in Göttingen bewusst eingesetzt wurden und ob sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Dokumentationsbögen im Laufe der Zeit verändert hat. Im Rahmen der Evaluation des Bogens ist ebenfalls zu untersuchen, mit welcher Häufigkeit unterschiedliche Patientenaltersgruppen und die verschiedenen Geschlechter die Möglichkeit der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" wahrnehmen. Außerdem sind die Häufigkeiten, mit denen die unterschiedlichen Maßnahmen abgelehnt wurden, zu erfassen. Dabei ist sowohl eine Darstellung des Anteils einwilligungs- als auch des Anteils nicht einwilligungsfähiger Patienten an der Gesamtheit der vom Verzicht auf Wiederbelebung betroffenen Patienten vorzunehmen.

Im Rahmen der Evaluation des Dokumentationsbogens ergibt sich die Frage nach den Gründen für eine derartige Entscheidung über den Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen. In diesem Zusammenhang ist zu untersuchen, welche der beiden Säulen der medizinischen Entscheidungsfindung die Ausschlaggebende für den Entschluss zum Verzicht auf eine medizinische Versorgung mit dem Ziel der Lebensverlängerung war, ob die Entscheidung aufgrund des (mutmaßlichen) Willlens des Patienten oder wegen der fehlenden medizinischen Indikation gefällt wurde. Dabei sind Konfliktsituationen, welche durch eine fehlende oder mangelnde Übereinstimmung des (mutmaßlichen) Patientenwillens und der medizinischen Indikationsstellung entstehen können, sowie deren Handhabung im klinischen Alltag zu erfassen. Ebenso wird evaluiert, wie häufig ein Aufklärungsgespräch über die Entscheidung zur Therapiezieldokumentation am Lebensende mit dem Patienten oder dessen Angehörigen im Sinne des ACP im Bogen dokumentiert wurde.

Da es sich bei der Entscheidung über den Verzicht auf den Einsatz wiederbelebender Maßnahmen am Lebensende um keine einmalige Angelegenheit, sondern um einen kontinuierlichen Diskussionsprozess handelt, der im Falle einer geänderten gesundheitlichen Situation des Patienten immer von Neuem geführt werden sollte, ist es notwendig zu beobachten, ob eine sorgfältige Reevaluation der getroffenen Entscheidung erfolgte. Insbesondere auf der Intensivstation ändert sich der gesundheitliche Status eines Patienten oftmals innerhalb kürzester Zeit, sodass ein ständiges Hinterfragen der getroffenen Entscheidung unausweichlich ist.

Demnach ergeben sich dem aktuellen Stand der Forschung entsprechend folgende Forschungsfragender quantitativen Analyse der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung":

- Mit welcher Häufigkeit wurde der Dokumentationsbogen auf verschiedenen Stationen in Anspruch genommen?
- Welches Alter und Geschlecht hatten die Patienten mit ausgefülltem Dokumentationsbogen?
- Mit welcher Häufigkeiten wurden die lebenserhaltenden Maßnahmen abgelehnt?
- Welche Gründe für den Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen wurden im Bogen genannt?

- Wurden Aufklärungsgespräche im Bogen dokumentiert?
- Wurde die im Bogen dokumentierte Entscheidung reevaluiert?

Ziel der Evaluation des Dokumentationsbogens ist es ebenfalls, einen generellen Eindruck über dessen Alltagstauglichkeit sowie über Einstellungen zu und persönliche Meinungen über die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" zu gewinnen.

Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sowie Strategien zu deren Vermeidung stellen zentrale Forschungsfragen dar. Dabei ist der Fokus insbesondere auf den Dokumentationsbogen als eine mögliche Strategie zur Verminderung von Unsicherheiten und Problemen bei Entscheidungen am Lebensende zu legen. In diesem Zusammenhang ist zum einen die Häufigkeit der Inanspruchnahme des Dokumentationsbogens zu eruieren. Zum anderen ist ein Vergleich des Dokumentationsbogens mit gegebenenfalls existierenden Alternativlösungen zur Dokumentation von Therapieverzichtsentscheidungen am Lebensende vorzunehmen.

Im Zuge der Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" ist ebenfalls zu untersuchen, ob das medizinische Personal mit implementiertem Dokumentationsbogen eine Einweisung in dessen Handhabung erhalten hat oder ob es auf andere Art und Weise mit der Nutzung des Bogens vertraut gemacht wurde. In Anbetracht der Tatsache, dass Entscheidungen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen einen äußerst sensiblen Themenbereich darstellen, der in angemessener Weise zur Sprache gebracht werden muss, ist diese Frage als besonders wichtig zu betrachten.

Ferner ist zu untersuchen, ob die Initiative zum Verfassen des Dokumentationsbogens vorwiegend durch den behandelnden Arzt oder durch den einwillligungsfähigen Patienten selbst bzw. durch dessen Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer ergriffen wird sowie welche die vorherrschenden Beweggründe zum Verfassen der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" sind.

Weiterhin ist die Eignung des Bogens zur klaren und präzisen Entscheidungsdokumentation für den Notfall zu überprüfen. Ein bedeutender Indikator hierfür ist die rasche Nachvollziehbarkeit und Umsetzbarkeit der dokumentierten Entscheidung für nicht am Entscheidungsprozess beteiligtes ärztliches und pflegendes Personal.

Ebenso sind die Auswirkungen des Dokumentationsbogens zum einen auf die Partizipation der unterschiedlichen Berufsgruppen am Entscheidungsprozess über Therapiezielesowie zum anderen auf die Kommunikation der getroffenen Entscheidung innerhalb des medizinischen Personals zu untersuchen. Aus den Ergebnissen dieser Befragung lassen sich Erkenntnisse in Bezug auf die Alltagstauglichkeit der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" gewinnen.

Ferner gilt es, mögliche Veränderungen im Umgang mit dem Dokumentationsbogen zu analysieren. In diesem Zusammenhang ist sowohl eine möglicherweise veränderte Nutzungshäufigkeit als auch ein sicherer und vertrauterer Umgang des medizinischen Personals mit dem Dokumentationsbogen zu untersuchen. Weiterhin sind Vorschläge zur Verbesserung des Dokumentationsbogens, einerseits hinsichtlich dessen Gestaltung und andererseits bezüglich dessen Nutzungshäufigkeit auf den verschiedenen Stationen zu ermitteln. Außerdem soll dem medizinischen Personal die Möglichkeit gegeben werden, über individuelle persönliche Erfahrungen im Umgang mit den Dokumentationsbögen zu berichten.

Demnach lassen sich für die qualitativen Untersuchungen zu der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" folgende Forschungsfragen formulieren:

- Welche Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte treten im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen auf und welche Strategien existieren zu deren Vermeidung?
- Wie häufig wird der Dokumentationsbogen auf der Station eingesetzt? Welche Beweggründe führen zum Einsatz des Bogens?
- Inwieweit wirkt sich der Einsatz der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen" auf den Umgang mit Entscheidungen am Lebensende aus?
- Gibt es für neue Mitarbeitende eine Einweisung in die Handhabung des Dokumentationsbogens?
- Gibt es Verbesserungsvorschläge im Umgang mit dem Dokumentationsbogen oder in der Gestaltung des Bogens?
- Welche Alternativen zum Dokumentationsbogen werden bei Fragen nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen angewandt?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen eigenet es sich, einige Beschäftigte des ärztlichen und des pflegerischen Personals in Einzel-und Gruppeninterviews zu ihrer jeweiligen persönlichen Haltung bezüglich der Dokumentationsbögen und zu dessen Einsatz im klinischen Alltag zu befragen. Dazu wird sowohl medizinisches Personal einer Station, in deren Handlungsablauf der Dokumentationsbogen integriert ist, als auch ärztliches und pflegendes Personal einer Station ohne eine Implementierung dieses Notfallbogens befragt.

Zusammenfassend lassen sich demnach durch die Kombination einer quantitativen und einer qualitativen Untersuchung bezüglich des Evaluation der Göttinger „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" zum einen Erkenntnisse, die die Nutzungshäufigkeit und Alltagstauglichkeit der Bögen betreffen, gewinnen. Zum anderen kann durch die Auswertung der Inhalte der Dokumentationsbögen und der Mitarbeiteraussagen eine Beschreibung der vorherrschenden Patientensituation, die den Einsatz der Verzichtserklärung auf wiederbelebende Maßnahmen erfordert, ermöglicht werden.

3 Material und Methoden

Um den Umgang mit der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ in der UMG aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten zu können, wurden in der vorliegenden Arbeit zum einen quantitative und zum anderen qualitative Forschungsmethoden angewandt.

3.1 Die quantitative Analyse der Dokumentationsbögen

Im Rahmen der quantitativen Analyse wurden die in zwei Untersuchungszeiträumen auf der kardiologischen sowie auf der nephrologischen Intensivstation der UMG ausgefüllten Dokumentationsbögen zunächst gesammelt. Der erste Zeitraum belief sich auf die ersten vier Monate unmittelbar nach der Einführung der Dokumentationsbögen vom 1. August bis zum 30. November 2012, der zweite Erhebungszeitraum auf die Zeit vom 15. November 2015 bis zum 15. Oktober 2016. Während der beiden Untersuchungszeiträume wurde keinerlei Selektion der Dokumentationsbögen vorgenommen, wodurch im ersten Zeitraum die Bögen von 16 und im zweiten Zeitraum diejenigen von 87 Patienten gesammelt werden konnten. Durch die zu zwei unterschiedlichen Zeiträumen erfolgte Stichprobenentnahme konnte ein Vergleich der jeweiligen Art der Inanspruchnahme des Dokumentationsbogens im Laufe der Zeit nach dessen Integration in den Stationsablauf erfolgen. Das Sammeln der Bögen erfolgte durch die beiden Stationsleiterinnen, die vor der Weitergabe anonymisierte Kopien der gesammelten Bögen erstellten. Anschließend wurden die einzelnen Merkmale der anonymisierten Kopien erfasst, miteinander verglichen und ausgewertet.

3.1.1 Die Auswertung des quantitativen Datenmaterials

Im Zuge der quantitativen Datenauswertung wurde zunächst für jede der im Bogen wählbaren Antwortmöglichkeiten die entsprechende Auswahlhäufigkeit bestimmt und auf eine eventuell erfolgte Reevaluation überprüft. Hierbei fiel der Fokus insbesondere auf eventuelle Missverhältnisse in der Häufigkeit gewählter Antworten, beispielsweise hinsichtlich vermeintlich existierender und tatsächlich vorliegender Patientenverfügungen.

Die angegebenen Aufnahmediagnosen wurden verschiedenen Krankheitskategorien zugeordnet und deren Häufigkeiten im Anschluss bestimmt. Die individuell formulierbaren Angaben im freien Feld des Dokumentationsbogens wurden ebenfalls in ein Kategoriensystem eingeordnet und anschließend ausgezählt. Außerdem wurden unterschiedliche Verläufe der Patientengeschichten definiert und wiederum entsprechende Häufigkeiten erhoben.

Nachdem häufige Antwortkombinationen erhoben wurden, fand ein Vergleich der während der beiden Erhebungszeiträume gewonnenen Daten statt. Dabei wurden relevante Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Art der Inanspruchnahme der Bögen herausgestellt.

3.2 Die qualitative Interviewforschung

Um nun Einzelheiten bezüglich klinischer Erfahrungen des ärztlichen und pflegerischen Personals mit dem Dokumentationsbogen erfahren zu können, wurde ein qualitativer Untersuchungsansatz gewählt. Da in der qualitativen Forschung der verbale Zugang zum Forschungsgegenstand eine zentrale Rolle spielt (Langer 2000), wurde das Gespräch sowohl in Form von Gruppeninterviews als auch von Einzelinterviews in die Untersuchungen bezüglich der Evaluation der Göttinger Dokumentationsbögen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen eingebunden. Die Interviews mit ärztlichem Personal wurden in Form von Einzelinterviews, diejenigen mit Pflegepersonal in Form von Gruppeninterviews durchgeführt. Es wurden Interviews mit den ärztlichen und pflegenden Mitarbeitenden von Intensiv- bzw. IMC-Stationen, auf denen der Bogen verwendet wird, und mit Mitarbeitenden einer Intensivstation, auf der der Bogen bislang nicht eingesetzt wird, geführt.

Als Grundlage für die halboffenen Interviews wurden vier Interviewleitfäden entwickelt, welche in der Grundstruktur ähnlich waren, aber auch spezifische Fragen für die jeweiligen Interviewpartner enthielten.

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet, transkribiert und im Anschluss inhaltsanalytisch nach Mayring (Mayring 2002) ausgewertet. Die Daten der Ärzte und Krankenpfleger wurden vor der Auswertung pseudonymisiert.

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde im Anschluss an die Sichtung des vorliegenden Interviewmaterials eine erste Ausrichtung der Analyse bestimmt. Anschließend wurden nach einer genauen Definition des auszuwertenden Datenmaterials alle inhaltstragenden Aussagen aufgelistet und in übergeordnete Kategorien sortiert.

3.2.1 Die Interviewstichproben

Im Zuge der Untersuchungen zur „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ wurden sechs Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Die Interviewpartner waren der Stationsarzt und der Oberarzt der kardiologischen Intensivstation, die Oberärzte der nephrologischen Intensiv- und IMC-Station sowie der Stationsarzt und die Oberärztin der neurologischen Intensivstation.

Als Interviewteilnehmer für die Gruppeninterviews kamen ausschließlich Gesundheits- und Krankenpfleger der UMG infrage. Die Interviews fanden im Rahmen der monatlichen Stationsbesprechungen statt, zu denen alle angestellten Pflegekräfte eingeladen wurden. Die Teilnahme der Mitarbeiter an den Interviews war freiwillig. Zwei der drei Gruppeninterviews wurden mit dem pflegenden Personal der kardiologischen und nephrologischen Intensivstationen (Stationen 1022 und 1026) geführt, in deren Stationsablauf die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ integriert ist. Dabei entstanden Gruppen von elf (Station 1022) bzw. sechs Personen (Station 1026). Das dritte Interview wurde mit Gesundheits- und Krankenpflegern der neurologischen Intensivstation (Station 1013),

in deren Stationsalltag die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ nicht integriert war, durchgeführt. An diesem Interview nahmen fünf Personen teil.

3.2.2 Die Methodik des Einzelinterviews

Im Rahmen der Durchführung der sechs Einzelinterviews mit ärztlichem Personal der drei Intensivstationen wurde die Interviewtechnik des problemzentrierten Interviews angewandt. Hierbei handelt es sich um ein offenes, halbstrukturiertes, qualitatives Forschungsverfahren, mit dessen Hilfe Informationen bezüglich der möglicherweise unterschiedlichen persönlichen Einstellungen zu und des individuellen Umgangs mit der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ gewonnen werden sollten.

Das Einzelinterview lässt sich den Freiheitsgraden des Befragten entsprechend variieren (Mayring 2002). Im Rahmen der Untersuchungen zur „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ wurde die Form des offenen Interviews gewählt. Der Befragte erhält die Möglichkeit, ohne vorgegebene Einschränkungen, beispielsweise im Sinne festgelegter Antwortmöglichkeiten, frei auf die gestellten Fragen zu antworten. So können die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Antwort eigene Schwerpunkte setzen und ihnen als wichtig erscheinende Inhalte formulieren.

In Bezug auf den Grad der Strukturiertheit der Einzelinterviews, der sich auf die Freiheitsgrade des Interviewers bezieht (Mayring 2002), wurde ein halbstrukturiertes Verfahren gewählt. Hierbei wurden von der Interviewerin einzelne Problemstellungen angesprochen, dem Befragten jedoch zugleich Raum zum Erzählen geben, sodass sich ein Gespräch entwickeln konnte.

Für die Datenerhebung im Zuge der Einzelinterviews mit ärztlichem Personal der drei erwähnten Intensivstationen der Uniklinik Göttingen waren die Interviews auf die determinierte Problemsituation des Umgangs mit Entscheidungen über den Verzicht auf Wiederbelebung fokussiert. Sie ermöglichten dem Befragten aber dennoch, sich ohne Einschränkungen zu einem gewissen Teilaspekt des Problems zu äußern (Mayring 2002). Das anzusprechende Problem wurde dabei immer wieder durch die Interviewerin aufgegriffen, sodass dem Interview eine gewisse Strukturierung im Sinne eines zuvor erstellten Leitfadens zugrunde gelegt werden konnte. Der Leitfaden diente dazu, bereits behandelte Themen abzuhaken sowie noch nicht angesprochene Themen aufgreifen zu können und fungierte somit als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen (Lamnek 2005) und ermöglichte damit eine gewisse Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews.

3.2.3 Die Methodik des Gruppeninterviews

Ein bedeutender Vorteil eines Gruppeninterviews ist der enge Bezug zu einer realen Konversation. In diesem Zusammenhang wäre es also denkbar, dass möglicherweise Einstellun-

gen und Meinungen, die normalerweise in einem Einzelinterview, welches weniger einer realen Gesprächssituation ähnelt, nicht zum Ausdruck gebracht werden würden, im Rahmen eines Gruppeninterviews zur Sprache kommen. Um dem Gruppeninterview zwar eine gewisse Eigendynamik einzugestehen, ihm jedoch ebenso eine Struktur zu verleihen, wurde ein Leitfaden erstellt, der als Orientierungshilfe zur Einhaltung der Interviewrichtung diente.

Ein weiteres Kennzeichen der Gruppeninterviews im Vergleich zu einer individuellen Isolierung des Befragten ist das Entstehen einer Gruppenmeinung (Mangold 1960) im Gegensatz zu vielen Einzelmeinungen. Um nun diese Gruppenmeinungen, die einem ständigen Aktualisierungsprozess unterliegen sowie von der jeweils stattfindenden Interaktion abhängen, zu erkennen, ist es von großer Bedeutung, bei der Datenerhebung und Datenauswertung eines Gruppeninterviews nach Methoden zu arbeiten, die sozialwissenschaftlich erprobt und begründbar sind. Hierzu konnten durch David Morley in Birmingham am Center for Contemporary Cultural Studies Fortschritte in Bezug auf die Reproduzierbarkeit von Ergebnissen und somit die Reliabilität der Methode erzielt werden (Morley 1980). Er setzte die zu untersuchenden Gruppen nach determinierten Kriterien auf homogene Weise zusammen, welches eine Reproduzierbarkeit der gewonnenen Ergebnisse ermöglicht (Morley 1980). Im Rahmen der Untersuchungen zur „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ wurden die einzelnen Gruppen nach dem Kriterium der Berufsgruppe sowie der Verfügbarkeit der soeben genannten Dokumentationsbögen gebildet, wodurch eine Homogenität der Gruppen gewährleistet war.

3.2.4 **Die Leitfadenkonstruktion**

Für die drei Gruppen- und sechs Einzelinterviews wurden, den jeweiligen Interviewpartnern entsprechend, im Anschluss an eine Analyse des zu untersuchenden Problems vier verschiedene Leitfäden zur Strukturierung des Interviews konstruiert.

Zur Konstruktion des Interviewleitfadens wurde das SPSS-Prinzip nach Helfferich angewandt, welches die Prozesse des Sammelns, des Prüfens, des Sortierens und des Subsumierens beinhaltet (Helfferich 2011).

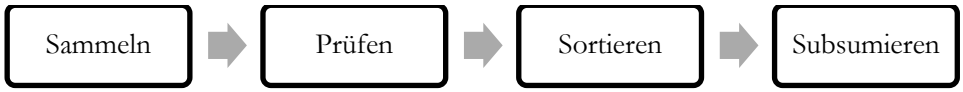

Abbildung 1: SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011)

Zunächst wurde eine große Anzahl von Fragen zum Forschungsgegenstand gesammelt, wobei möglichen inhaltlichen Überschneidungen oder ungenau formulierten Fragestellungen fürs Erste keinerlei Beachtung zugewiesen wurde. Im nächsten Schritt des Prüfens wurde eine drastische Reduktion des Fragenumfangs vorgenommen, indem inhaltlich ungeeignete sowie unklar formulierte Fragen eliminiert wurden. Im Anschluss daran wurden die verbleibenden Fragen in Kategorien eingeordnet und sortiert.

Bezüglich der Fragestellungen zur Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ bot sich im Falle der Fragen an das Personal mit integriertem Dokumentationsbogen eine Sortierung unter Berücksichtigung zeitlicher Gesichtspunkte an. Hierbei wurden drei Fragenkategorien gebildet, im Rahmen derer Fragen zu dem Zeitraum vor sowie entsprechend nach der Einführung des Bogens gestellt wurden. In der dritten Fragenkategorie wurden Fragen zu Verbesserungsvorschlägen für den zukünftigen Umgang mit den Dokumentationsbögen sowie solche zu Optimierungsmöglichkeiten bezüglich unklarer Formulierungen zusammengefügt.

In den Fragestellungen an das Personal der Station ohne integrierten Dokumentationsbogen beinhaltete die erste Kategorie Fragen zum Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung in der Vergangenheit und der Gegenwart. Im zweiten Fragenkomplex wurden dieses Thema betreffende Zukunftsvorstellungen und Wünsche erfragt. Die dritte Fragenkategorie beinhaltete schließlich Fragen zum Göttinger Dokumentationsbogen. Die vier verschiedenen Leitfäden sind im Anhang dieser Arbeit aufzufinden.

3.2.5 **Die Auswertung des qualitativen Datenmaterials**

Zur Auswertung des verbalen Datenmaterials wurde die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt. Dieses Auswertungsverfahren ist durch ein schrittweises Vorgehen in eindeutig definierten Analyseschritten nach zuvor festgelegten, regelgeleiteten Techniken charakterisiert, wodurch eine intersubjektive Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit gewonnener Ergebnisse gewährleistet wird. Dementsprechend liefert das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse bei der Auswertung von Interviews genauere und vor allem vergleichbarere Ergebnisse als jene einer freien Interpretation.

Für die vorliegende Arbeit wurde das Ablaufmodell nach Mayring (Mayring 1989, zitiert nach Lamnek 1993, S. 217) zur sukzessiven Analyse des Interviewmaterials verwendet. Hierbei wurde unter systematischer, methodisch kontrollierter Bearbeitung „das Allgemeinheitsniveau des Materials vereinheitlicht und schrittweise höher gesetzt“ (Mayring 2002, S. 95) und somit das Ausgangsmaterial reduziert. Bei der Auswertung des qualitativen Datenmaterials wurde die Verfasserin der Arbeit von in der qualitativen Interviewforschung versierten Mitarbeitern der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin unterstützt.

Im Anschluss an eine Definition des auszuwertenden Datenmaterials wurde in der Analyse der Entstehungssituation berücksichtigt, unter welchen Umständen und Rahmenbedingungen das vorliegende Datenmaterial erhoben wurde. Nach dessen formaler Charakterisierung lagen nun genügend Informationen über das auszuwertende Interviewmaterial vor, sodass im nächsten Schritt die Richtung der Analyse festgelegt werden konnte. Der Interpretationsfokus richtete sich im Falle der vorliegenden Studie zur Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ sowohl auf die inhaltlichen als auch auf die emotionalen Aspekte der Ergebnisse, denn der Umgang mit der Frage nach dem

Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen birgt zwangsläufig nahezu in jedem Fall ein gewisses Maß an Emotionalität.

Anschließend folgte eine theoriegeleitete Entwicklung der Fragestellungen der Studie. In diesem Zusammenhang wurde der aktuelle Stand der Forschung zum Gegenstandsbereich der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" als Grundlage für die Differenzierung der Fragestellungen herangezogen. Im folgenden Schritt wurde eine eingehende Analyse des Materials vorgenommen, wobei die Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt wurde. Nach einer Definition der Analyseeinheiten, die sich aus der Kodiereinheit, der Kontexteinheit sowie der Auswertungseinheit zusammensetzen, konnte das Interviewmaterial systematisch „mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriesystemen" (Mayring 2002, S. 114) analysiert werden.

Im Rahmen der abschließenden Interpretation des Kategoriensystems in Bezug auf die theoriegeleiteten Fragestellungen wurde nun ebenfalls ein quantitativer Auswertungsansatz verfolgt, indem beispielsweise ausgezählt wurde, wie viele ursprüngliche Texteinheiten letztendlich mit welcher Häufigkeit welchen Kategorien zugeordnet werden konnten. Somit ist die Auswertungsform der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse durchaus als ein Zusammenspiel aus qualitativen und quantitativen Methoden zu betrachten, in welchem beide Analyseformen an unterschiedlichen Stellen des Auswertungsprozesses ihren Einsatz finden. Oftmals wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff *mixed methology* verwendet.

Die genauen Vorgehensweisen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse werden im Folgenden eingehender am Forschungsgegenstand erläutert.

3.2.5.1 Festlegung des Materials

Das auszuwertende Material setzte sich aus allen gegebenen Antworten der Interviewpartner nach Transkription des verbalen Materials in Textform zusammen. Es wurden drei Gruppeninterviews mit insgesamt 22 Pflegekräften geführt, wobei 17 Mitarbeiter des Pflegepersonals auf Stationen mit eingeführtem Dokumentationsbogen und fünf Mitarbeiter auf Stationen ohne integrierten Dokumentationsbogen beschäftigt sind. Die Interviewteilnehmer der sechs Einzelinterviews mit Ärzten sind in der folgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle 1: Ärztliche Interviewpartner

Signatur	Funktion	Beginn klinischer Tätigkeit	Zeit intensivmedizinischer Tätigkeit
A1	Oberarzt	1999	13 Jahre
A2	Oberarzt	2001	Mindestens 8 Jahre
A3	Oberarzt	2007	2 Jahre
A4	Facharzt	2008	2 Jahre
A5	Facharzt	2007	4 Jahre
A6	Oberarzt	2002	Mindestens 5 Jahre

3.2.5.2 Analyse der Entstehungssituation

Im Vorfeld der Interviewdurchführung fand ein Gespräch mit den Pflegedienstleiterinnen der kardiologischen und nephrologischen Intensivstationen (Stationen 1022 und 1026) statt, in dem seitens der Interviewerin das Forschungsziel der Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" erläutert wurde. Zur Herstellung eines angemessenen Rahmens für das Gruppeninterview wurde seitens der Pflegedienstleiterinnen der Anlass einer Stationsbesprechung vorgeschlagen. Dieses Vorgehen bot den Vorteil, keinen gesonderten Termin vereinbaren zu müssen, sondern die Gruppeninterviews als einen Tagesordnungspunkt in die Stationsbesprechungen integrieren zu können. Die Gruppeninterviews konnten in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre durchgeführt werden und fanden in der Zeit vom 02. Februar 2016 bis zum 24. März 2016 statt.

Ebenso wie die Gruppeninterviews konnten auch die Einzelinterviews in einer ruhigen, ungestörten Umgebung stattfinden. Hierfür wurde entweder das Arztzimmer oder der Aufenthaltsraum für das Stationspersonal ausgewählt. Die jeweiligen Ärzte wurden per Mail seitens der Interviewerin kontaktiert und im Vorhinein der Interviews über Forschungsmethoden und Zielsetzungen der Studie aufgeklärt.

Die Teilnahme an den Interviews erfolgte auf freiwilliger Basis. Nach dem Einverständnis der Teilnehmer wurden Tonaufzeichnungen der Gespräche angefertigt. Die Interviews wurden von der Verfasserin dieser Arbeit geführt.

Vor Beginn der eigentlichen Interviews wurden jeweils kurze Einstiegsphasen geschaffen, im Rahmen derer nach einer Begrüßung durch Small-Talk eine gewisse Vertrautheit geschaffen wurde, um möglicherweise bestehende Distanzen beiseite zu räumen und ein angenehmes Gesprächsklima zu schaffen (Reinders 2012). Die Interviewteilnehmer wurden anschließend über die Person der Interviewerin und deren Beweggründe zur Durchführung des Interviews informiert. Des Weiteren wurde ihnen der Ablauf des Leitfadeninterviews geschildert.

Nachdem alle Fragen des Leitfadens gestellt worden waren, bot die Interviewerin den Teilnehmern in der Schlussphase die Möglichkeit, nicht Angesprochenes thematisieren zu können oder weitere Anmerkungen zu einem bereits angesprochenen Thema zu äußern.

3.2.5.3 Formale Charakteristika des Materials

Das Datenmaterial der Gruppeninterviews und der Einzelinterviews wurde zunächst mit Hilfe eines digitalen Aufnahmegerätes festgehalten. Anschließend erfolgte eine vollständige Transkription der Daten im Originalwortlaut. Durch den Einsatz von Notationszeichen wurden Gesprächspausen (Pause), Unverständlichkeiten (…) oder bedeutende nonverbale Äußerungen (lachen) erfasst.

3.2.5.4 Richtung der Analyse

Im Rahmen der Studie zur Evaluation der Göttinger „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ soll das ärztliche und das pflegende Personal dazu angeregt werden, über persönliche Erfahrungen im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sowie damit verbundene mögliche Konflikte, Probleme oder Unsicherheiten zu berichten. Dabei richtete sich der Interpretationsfokus der Analyse sowohl auf den Gegenstandsbereich des Materials als auch auf den Produzenten der Daten (Ärzte und Pflegepersonal). Ebenso wird die Wirkung der Ergebnisse des Materials auf Betroffene (Auswirkungen für den Patienten/die Angehörigen) analysiert. In diesem Zusammenhang wurden neben rein inhaltlichen ebenso emotionale Aspekte berücksichtigt.

3.2.5.5 Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellungen

Zur Entwicklung der Fragestellungen der Interviews wurde der aktuelle Stand der Forschung zum untersuchten Gegenstandsbereich des Umgangs mit der Frage nach lebenserhaltenden Maßnahmen herangezogen. Im einleitenden Teil dieser Arbeit wurden bereits einige diesbezüglich auftauchende Probleme erläutert. Auf Basis dieser Unsicherheiten wurde die Göttinger „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen“ nach dem Vorbild der „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ des Universitätsklinikums Erlangen konstruiert. Aus diesem theoretischen Vorwissen ließen sich nun folgende Fragestellungen formulieren:

- Wie häufig wird der Dokumentationsbogen auf der Station eingesetzt? Welche Beweggründe führen zum Einsatz des Bogens?
- Inwieweit wirkt sich der Einsatz der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ auf den Umgang mit Entscheidungen am Lebensende aus?
- Gibt es für neue Mitarbeitende eine Einweisung in die Handhabung des Dokumentationsbogens?
- Gibt es Verbesserungsvorschläge im Umgang mit dem Dokumentationsbogen oder in der Gestaltung des Bogens?

- Welche Alternativen zum Dokumentationsbogen werden bei Fragen nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen angewandt?

Auf der Basis dieser Fragestellungen wurden die leitfadengestützten Interviews inhaltsanalytisch mit der Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet.

3.2.5.6 Analyse des Materials

Die Interviews der Evaluationsstudie zur Göttinger „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" wurden mit der Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Unter Erhalt der wesentlichen Inhalte wurde eine Reduktion des Materials vorgenommen und durch Abstraktion ein überschaubares Korpus geschaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist. (Mayring 2002, S. 115).

Die im vorherigen Arbeitsschritt deduktiv aus der Theorie abgeleiteten zentralen Forschungsfragen und Analyseziele legten nun die Kategoriedimensionen sowie die Höhe des Abstraktionsniveaus der Analyse fest (Mayring 2002).

Vor Beginn der eigentlichen Materialanalyse wurde zunächst die Analyseeinheit definiert. Hierbei bildet die Kodiereinheit dasjenige Interviewsegment, „welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen darf" (Mayring 2010, S. 59). Die Kontexteinheit, die ebenfalls der Analyseeinheit zugeordnet wird, legt hingegen „den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen darf" (Mayring 2010, S. 59). Als dritter Bestandteil der Analyseeinheit beschreibt die Auswertungseinheit die Reihenfolge der Auswertung der Textteile. Hierbei wurden den Transkripten entsprechend zunächst die Aussagen der einzelnen Interviewpartner ausgewertet und im Anschluss daran die Antworten mehrerer Teilnehmer auf eine spezifische Fragestellung miteinander verglichen.

Im folgenden Schritt wurden sowohl auf deduktive als auch auf induktive Weise Kategorien gebildet, zu denen die jeweiligen Textstellen der Interviews zugeordnet wurden. Bei der deduktiven Kategorienkonstruktion werden „aus Voruntersuchungen, aus dem bisherigen Stand der Forschung, aus neu entwickelten Theorien oder Theoriekonzepten […] die Kategorien in einem Operationalisierungsprozess auf das Material hin entwickelt" (Mayring 2010, S. 83). Im Rahmen der induktiven Kategorienkonstruktion fand die Bildung einer Kategorie direkt am vorliegenden Textmaterial statt. Wurde eine zur Kategoriedefinition passende Textpassage gefunden, erfolgte demnach die Erstellung einer entsprechenden Kategorie. Anschließend wurden die Kodierregeln definiert. Diese vereinfachen die Zuordnung der verschiedenen Textpassagen zu den einzelnen Kategorien. Es wurde festgelegt, nach welchen Kriterien bestimmte Textstellen den entsprechenden Kategorien zugeordnet werden. Daraufhin wurde jeder der erstellten Kategorien ein sogenanntes „Ankerbeispiel" aus dem Textmaterial zugeordnet, welches in prägnanter Weise darzulegen vermag, welche Interviewpassagen der entsprechenden Kategorie zugeordnet werden sollen. Den gebildeten Kategorien wurden im Folgenden weitere geeignete Textstellen zugeordnet oder es wurden wiederum

neue Kategorien erstellt. Trotz einer hohen Trennschärfe der Kategorien konnten einzelne Textpassagen mehreren Kategorien zugeordnet werden.

In diesem Zusammenhang ergab sich für die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews zur Thematik der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" der in der folgenden Tabelle dargestellte Kategoriensatz.

Tabelle 2: Auswertungskategorien der qualitativen Inhaltsanalyse

Auswertungskategorien der qualitativen Inhaltsanalyse
Probleme und/oder Unsicherheiten bei Entscheidungen am Lebensende
Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende sowie daraus resultierende Konsequenzen der Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte
Strategien zur Vermeidung von Problemen, Unsicherheiten und/oder Konflikten bei Entscheidungen am Lebensende
Dokumentationssysteme vor der Einführung des Bogens
Kenntnis über die Existenz und die Inhalte des Dokumentationsbogens
Einführung in die Handhabung des Dokumentationsbogens
Dokumentationsbogen als Instrument zur Handlung im Notfall
Auswirkungen des Dokumentationsbogens auf Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende
Umgang mit dem Bogen auf Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen
Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer Umgestaltung oder einer veränderten Nutzungshäufigkeit des Dokumentationsbogens
Über den Dokumentationsbogen hinausgehende, bleibende Herausforderungen
Alternative Dokumentationssysteme zum Bogen
Erfahrungen mit dem Bogen auf Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen
Vorstellbarkeit der Einführung des Bogens auf Stationen ohne implementierten Dokumentationsbogen

Den einzelnen Kategorien dieses Satzes wurden nun jeweils spezifische Textpassagen des Interviews zugeordnet (Mayring 2002). Zur Interpretation des vorliegenden Kategoriensystems wurde dieses nun zum einen als Gesamtheit bezüglich der zugrunde liegenden Fragestellungen und die dahinter liegende Theorie herangezogen (Mayring 2002). Zum anderen wurden durch Untersuchungen bezüglich der am häufigsten codierten Kategorien im Sinne der *mixed methology* ebenfalls quantitative Analyseschritte verwendet (Mayring 2002, S. 117). Hierbei wurden zur Quantifizierung der qualitativen Daten vergleichbare Äußerungen der

verschiedenen Befragten zu einem Themengebiet erfasst und ausgezählt. Die Begriffe „einzelne“ (weniger als 10 % der Befragten), „wenige“ (ca. 30 % der Befragten) sowie „Mehrzahl“ (mehr als 50 % der Befragten) dienen der quantitativen Darstellung ähnlicher Aussagen der Interviewteilnehmer.

4 Ergebnisse

4.1 Die quantitative Analyse der Dokumentationsbögen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der quantitativen Analyse der Dokumentationsbögen, die in zwei Untersuchungszeiträumen ausgefüllt wurden, vorgestellt. Der erste Untersuchungszeitraum U_1 umfasste die vier Monate unmittelbar nach der Einführung der Dokumentationsbögen (1. August bis 30. November 2012). Der zweite Untersuchungszeitraum U_2 fand vom 15. November 2015 bis zum 15. Oktober 2016 statt. Im ersten Untersuchungszeitraum wurden 16 Dokumentationsbögen, im zweiten 87 Bögen ausgefüllt. Zwölf der 16 Dokumentationsbögen des ersten Untersuchungszeitraumes stammen von der kardiologischen und vier der 16 Bögen von der nephrologischen Intensivstation. Die Dokumentationsbögen des zweiten Untersuchungszeitraumes stammen ausschließlich von der kardiologischen Intensivstation, von der nephrologischen Intensivstation konnten keine Bögen gesammelt werden. Es standen somit insgesamt 103 Dokumentationsbögen für die Auswertung zur Verfügung.

Tabelle 3: Anzahl und Geschlecht der Patienten

Geschlecht	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Männlich	10	63	64	74	74	72
Weiblich	6	37	23	26	29	28
Gesamt	16	100	87	100	103	100

In beiden Untersuchungszeiträumen war der Anteil der männlichen Patienten, für die ein Dokumentationsbogen ausgefüllt wurde, mit 63 % bzw. 74 % deutlich höher als der Anteil weiblicher Patienten (siehe Tabelle 3). Das Durchschnittsalter der Patienten des ersten Untersuchungszeitraumes lag bei 73, das der Patienten des zweiten Zeitraumes bei 75 Jahren.

Tabelle 4: Aufnahmediagnose

Aufnahmediagnose (Mehrfachangaben möglich)	U_2	
	n	%
Kardiale Erkrankung	51	59
Pulmonale Erkrankung	29	33
Maligne Erkrankung	11	13
Neurologische Erkrankung	6	7
Gastroenterologische Erkrankung	4	5

Die Diagnose der Patienten bei der Aufnahme auf die Intensivstation wurde meist nicht im Dokumentationsbogen erwähnt, während des zweiten Untersuchungszeitraumes jedoch durch die Stationsleiterin der kardiologischen Intensivstation gesondert vermerkt. Wie zu erwarten waren kardiale Erkrankungen der häufigste Grund für die Aufnahme auf der kardiologischen Intensivstation (59 %), gefolgt von pulmonalen (33 %), malignen (7 %), neurologischen (7 %) und gastroenterologischen (5 %) Erkrankungen (siehe Tabelle 4). Bei 16 % der Patienten waren mehrere Aufnahmediagnosen angegeben.

4.1.1 Nicht mehr durchzuführende Maßnahmen

Im Rahmen der Auswertung der Inhalte des Dokumentationsbogens wurde zunächst eine Analyse der Häufigkeiten der nicht mehr durchzuführenden Maßnahmen vorgenommen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Nicht mehr durchzuführende Maßnahmen

Maßnahmen (Mehrfachangaben möglich)	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Mechanische Reanimation	16	100	82	94	98	95
Intubation/Beatmung	6	38	53	61	59	57
Defibrillation	12	75	38	44	50	49
Katecholaminobergrenze	8	50	30	34	38	37
Nichtinvasive Beatmung	2	13	11	13	13	13
Sonstige	4	25	27	31	31	30

Die mechanische Reanimation wurde in 98 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 95 % der Bögen) als nicht mehr durchzuführende Maßnahme angekreuzt. Eine Intubation/Beatmung, eine Defibrillation und eine nichtinvasive Beatmung wurden in 57 %, 49 % bzw. 13 % der Bögen – und damit deutlich weniger häufig – ausgeschlossen. In 38 Bögen (37 %) wurde eine Katecholaminobergrenze festgelegt.

Vergleicht man die beiden Untersuchungszeiträume miteinander, so fällt auf, dass im ersten Untersuchungszeitraum die Defibrillation (mit 75 % vs. 44 %) deutlich häufiger und die Intubation/Beatmung dafür (mit 38 % vs. 61 %) deutlich seltener als im zweiten Untersuchungszeitraum als nicht mehr durchzuführende Maßnahme angegeben war.

Auf acht (8 %) der insgesamt 103 Bögen wurde eine, auf 44 Bögen (43 %) wurden zwei und auf 46 Bögen (45 %) drei bis fünf Maßnahmen angekreuzt, die nicht mehr durchgeführt werden sollten. Auf fünf Bögen (5 %) war angegeben, dass keine der genannten Maßnahmen mehr erfolgen soll.

Auf insgesamt 31 Dokumentationsbögen (30 %) wurden sonstige Maßnahmen vermerkt, die nicht mehr durchgeführt werden sollten. Bei rund drei Viertel dieser Bögen war dies die kontinuierliche venovenöse Hämofiltration (CVVH), die in 23 Fällen (und damit auf 22 % der insgesamt 103 Bögen) als Maßnahme ausgeschlossen wurde. Weitere unter „sonstige“ auf den Bögen benannte Maßnahmen sind in Tabelle 6 aufgelistet.

Tabelle 6: Sonstige nicht mehr durchzuführende Maßnahmen

Sonstige Maßnahmen (Mehrfachangaben möglich)	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
CVVH	3	19	20	23	23	22
Prolongierte Reanimation	1	6	3	3	4	4
Antibiotische Therapie	1	6	1	1	2	2
Umstellung der antibiotischen Therapie	0	0	2	2	2	2
Eskalation der antibiotischen Therapie	0	0	2	2	2	2
Reintubation	0	0	1	1	1	1
Eskalation der Beatmungssituation	1	6	0	0	1	1
Reanimation wenn hypoxiebedingt	0	0	1	1	1	1
ECMO	0	0	1	1	1	1
ZVK-Anlage	0	0	1	1	1	1
Arterielle Blutdruckmessung	0	0	1	1	1	1
Künstliche Ernährung	0	0	1	1	1	1

4.1.2 Gründe für das Unterlassen bestimmter Maßnahmen

Die Gründe für das Unterlassen bestimmter Maßnahmen sind mit ihrer jeweiligen Häufigkeit in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7: Gründe für das Unterlassen bestimmter Maßnahmen

Gründe für das Unterlassen bestimmter Maßnahmen (Mehrfachangaben möglich)	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Medizinische Indikation nicht gegeben	8	50	35	40	43	42
Einwilligungsfähiger Patient lehnt Maßnahmen ab	3	19	25	29	28	27
Bevollmächtigte/Betreuer des nicht einwilligungsfähigen Patienten lehnt Maßnahmen ab	5	31	40	46	45	44
Sonstige	3	19	7	8	10	10

Auf 43 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 42 % der Bögen) wurde die nicht gegebene medizinische Indikation als Grund für das Unterlassen gewisser Maßnahmen angekreuzt. Auf 28 Bögen (27 %) wurde angegeben, dass Verzicht auf bestimmte Maßnahmen durch den einwilligungsfähigen Patienten erklärt wurde und auf 45 Dokumentationsbögen (44 %) traf der Bevollmächtigte oder der Betreuer des nicht einwilligungsfähigen Patienten die Entscheidung über den Verzicht auf gewisse Maßnahmen. Sonstige Gründe für das Unterlassen wurden auf zehn Bögen (10 %) vermerkt.

Auf 73 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. 71 % der Bögen) wurde ein Grund, auf 20 Bögen (19 %) wurden zwei und auf vier Bögen (4 %) drei Gründe, bestimmte Maßnahmen nicht mehr durchzuführen, angegeben. Auf sechs Bögen (6 %) wurden keine Gründe für das Unterlassen bestimmter Maßnahmen genannt.

Auf insgesamt zehn Dokumentationsbögen (10 %) wurden sonstige Gründe vermerkt, bestimmte Maßnahmen nicht mehr durchzuführen. Die angegebenen sonstigen Gründe waren auf jeweils einem Bogen eine palliative Situation des Patienten, ein hypoxischer Hirnschaden und eine Entscheidung der Angehörigen im Konsens entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten. Ebenfalls auf jeweils einem Bogen wurde die Willensäußerung des Patienten gegenüber Angehörigen in der Vergangenheit, die Rücksprache mit dem Ehemann, die vorliegende Patientenverfügung, die Mitgliedschaft im Verein für humanitäres Sterben, der mutmaßliche Wille des Patienten, die Akzeptanz der Willensäußerung des Patienten durch die Tochter (Betreuerin) und die Entscheidungsfindung mit Sohn und Enkelin als sonstiger Grund für das Unterlassen ausgewählter Maßnahmen angegeben.

4.1.3 Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten

Die Informationen zur Einwilligungsfähigkeit der Patienten und dazu, wie diese festgestellt wurde, sind in Tabelle 8 zusammengefasst.

Tabelle 8: Information zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten

Information zur Einwilligungsfähigkeit	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Patient ist einwilligungsfähig	3	19	27	31	30	29
Patient ist nicht einwilligungsfähig	13	81	60	69	73	71
Feststellung durch unterzeichnenden Oberarzt/Facharzt	5	32	29	33	34	33
Feststellung durch psychiatrisches Konsil	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	13	15	13	13

Auf 30 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 29 % der Bögen) wurde die vorhandene und auf 73 Bögen (71 %) die fehlende Einwilligungsfähigkeit des Patienten angegeben. Auf 34 Bögen (33 %) wurde die Einwilligungsfähigkeit durch den unterzeichnenden Ober- oder Facharzt und auf 13 Bögen (13 %) durch sonstige Personen (Stationsarzt, Angehörige) festgestellt. Eine Entscheidung bezüglich der Einwilligungsfähigkeit durch einen konsiliarisch hinzugezogenen Psychiater erfolgte nicht.

Vergleicht man die beiden Untersuchungszeiträume miteinander, so fällt auf, dass lediglich auf den Bögen des zweiten Untersuchungszeitraumes sonstige Personen angegeben wurden, die die Einwilligungsfähigkeit des Patientenfeststellten.

Auf 56 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 54 % der Bögen) erfolgte keine Angabe zur Entscheidungsfindung in Bezug auf die Einwilligungsfähigkeit des Patienten.

4.1.4 Informationen zu Patientendokumenten

Die Informationen zum Vorliegen einer Patientenverfügung sowie zum Vorhandensein eines Patientenstellvertreters sind in Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9: Information zur Patientenverfügung und zu Patientenstellvertretern

Information zur Patientenverfügung und zu Patientenstellvertretern (Mehrfachangaben möglich)	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Eine Patientenverfügung	3	19	26	30	29	29
Patientenverfügung liegt vor	1	6	21	24	22	21
Einen Bevollmächtigten	2	13	28	32	30	29
Vorsorgevollmacht liegt vor	1	6	25	29	26	25
Einen Betreuer	5	32	19	22	24	23
Betreuungsausweis liegt vor	2	13	11	13	13	13

Auf 29 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 29 % der Bögen) wurde angekreuzt, der Patient habe eine Patientenverfügung, auf 22 Bögen wurde ein entsprechendes Vorliegen der Verfügung dokumentiert. Dementsprechend lag in einem Viertel der Patientenfälle eine angeblich existierende Patientenverfügung nicht vor. Betrachtet man lediglich die Bögen des ersten Untersuchungszeitraumes, lag der Anteil der Patienten mit vermeintlich existierender, aber nicht vorliegender Patientenverfügung bei 67 %.

Auf 30 der 103 Dokumentationsbögen (d. h. auf 29 % der Bögen) wurde vermerkt, dass der Patient einen Bevollmächtigten bestimmt habe, auf 87 % dieser Bögen (d. h. auf 26 Bögen) wurde das Vorliegen der entsprechenden Vorsorgevollmacht angegeben. Demzufolge lag bei einem Großteil der Patienten mit angegebenem Bevollmächtigten eine Vorsorgevollmacht vor. Bei dem Vergleich der Dokumentationsbögen der beiden Untersuchungszeiträume fällt auf, dass der entsprechende Anteil der Bögen mit vorliegender Vorsorgevollmacht im zweiten Untersuchungszeitraum sogar bei 89 % lag, im ersten hingegen lediglich bei 50 %.

Auf 24 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 23 % der Bögen) wurde angegeben, dass der Patient einen Betreuer besäße, ein entsprechender Betreuungsausweis lag bei zwölf Patienten vor. Hieraus folgte, dass lediglich bei 54 % der Patienten mit vermeintlichem Betreuer ein Betreuungsausweis vorlag.

4.1.5 Informationen zur Entscheidungsfindung

Die Angaben zur Entscheidungsfindung bzw. zur Kommunikation der getroffenen Entscheidung sind in Tabelle 10 zusammengefasst.

Tabelle 10: Information zur Entscheidungsfindung

Kommunikation der Entscheidung (Mehrfachangaben möglich)	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Aufklärungsgespräch mit Patient	4	25	29	33	33	32
Aufklärungsgespräch mit dem Bevollmächtigtem/Betreuer	7	44	59	68	66	64
Information der Familie des Patienten über die Entscheidung	6	38	38	44	44	43
Besprechung/Kommunikation der Entscheidung im Team	3	19	52	60	55	53
Beratung durch das KEK	0	0	1	1	1	1

Ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten wurde in 33 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 32 % der Bögen) angegeben. Ein entsprechendes Gespräch mit dem Bevollmächtigten oder dem Betreuer wurde auf 66 Bögen (64 %) vermerkt. Auf 44 Bögen (43 %) wurde angekreuzt, dass die Familie des Patienten über die Entscheidung informiert wurde und in 55 Bögen (53 %) wurde angegeben, dass die Entscheidung im Team besprochen oder dem Team kommuniziert wurde. Eine Beratung durch das Klinische Ethikkomitee wurde auf einem Bogen (1 %) vermerkt.

Vergleicht man die Auswertungsergebnisse der beiden Untersuchungszeiträume miteinander, so fällt auf, dass im zweiten Untersuchungszeitraum ein Aufklärungsgespräch mit dem Bevollmächtigten/Betreuer des Patienten (mit 68% vs. 44 %) ebenso wie eine Besprechung/Kommunikation der Entscheidung im Team (mit 60 % vs. 19 %) deutlich häufiger als im ersten Untersuchungszeitraum vermerkt wurde.

Tabelle 11: Kommunikation der Entscheidung bei einwilligungsfähigen Patienten

Kommunikation der Entscheidung bei einwilligungsfähigen Patienten	U_1 (n=3)		U_2 (n=27)		Gesamt (n=30)	
	n	%	n	%	n	%
Aufklärungsgespräch nur mit Patient	2	67	16	59	18	60
Aufklärungsgespräch nur mit Bevollmächtigtem/Betreuer	0	0	4	15	4	13
Aufklärungsgespräch mit Patient und Bevollmächtigtem/Betreuer	1	33	6	22	7	23

Ein Aufklärungsgespräch nur mit dem einwilligungsfähigen Patienten wurde in 18 Dokumentationsbögen (d. h. in 60 % der Bögen einwilligungsfähiger Patienten) angegeben. Ein entsprechendes Gespräch allein mit dem Patientenstellvertreter wurde auf vier Bögen (13 %) vermerkt. Auf sieben Bögen (23 %) wurde ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten und dessen Stellvertreter dokumentiert. In einem Dokumentationsbogen eines einwilligungsfähigen Patienten wurde kein Aufklärungsgespräch dokumentiert. Somit wurde in 25 der insgesamt 30 Dokumentationsbögen einwilligungsfähiger Patienten (d. h. in 83 % der Bögen) ein Aufklärungsgespräch mit dem einwilligungsfähigen Patienten angegeben. Demnach wurde bei 17 % der einwilligungsfähigen Patienten kein Aufklärungsgespräch im Bogen dokumentiert.

In vier der sieben Bögen einwilligungsfähiger Patienten, in denen ein Gespräch mit dem Patienten und dessen Stellvertreter angegeben wurde, lagen jedoch keine Dokumente zum Nachweis des Patientenstellvertreters vor. In allen dieser vier Fälle erklärte der einwilligungsfähige Patient selbst und nicht der vermeintliche Stellvertreter die Entscheidung über den Verzicht auf bestimmte Maßnahmen.

Von den insgesamt 30 einwilligungsfähigen Patienten der beiden Untersuchungszeiträume erklärten 26 Patienten (87 %) selbst den Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen. In 96 % dieser Fälle (25 Patienten) fand ein entsprechendes Aufklärungsgespräch mit dem Patienten statt.

Tabelle 12: Kommunikation der Entscheidung bei einwilligungsunfähigen Patienten

Kommunikation der Entscheidung bei einwilligungsunfähigen Patienten	U_1 (n=13)		U_1 (n=60)		U_1 (n=73)	
	n	%	n	%	n	%
Aufklärungsgespräch nur mit Patient	0	0	1	2	1	1
Aufklärungsgespräch nur mit Bevollmächtigtem/Betreuer	5	38	43	72	48	66
Aufklärungsgespräch mit Patient und Bevollmächtigtem/Betreuer	1	8	6	10	7	10

Ein Aufklärungsgespräch nur mit dem einwilligungsunfähigen Patienten wurde in einem der insgesamt 73 Dokumentationsbögen einwilligungsunfähiger Patienten (d. h. in 1 % der Bögen) angegeben. Ein entsprechendes Gespräch allein mit dem Patientenstellvertreter wurde auf 48 Bögen (66 %) vermerkt. Auf sieben Bögen (10 %) wurde ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten und dessen Stellvertreter dokumentiert. Somit wurde ein Aufklärungsgespräch mit dem einwilligungsunfähigen Patienten in acht der insgesamt 73 Dokumentationsbögen einwilligungsunfähiger Patienten (d. h. in 11 % der Bögen) angegeben. Dementsprechend wurde bei 89 % der einwilligungsunfähigen Patienten kein Aufklärungsgespräch im Bogen dokumentiert.

Vergleicht man die beiden Untersuchungszeiträume miteinander, so fällt auf, dass ein Aufklärungsgespräch nur mit dem Stellvertreter des einwilligungsunfähigen Patienten im zweiten Untersuchungszeitraum (mit 72 % vs. 38 %) deutlich häufiger als im ersten Untersuchungszeitraum stattfand.

In zehn Bögen einwilligungsunfähiger Patienten (17 %) des zweiten Untersuchungszeitraumes U_2 wurde weder ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten noch mit dessen Stellvertreter dokumentiert. In zwei dieser Fälle entschied der Patientenstellvertreter über einen Verzicht auf Wiederbelebung, obwohl die notwendigen Dokumente zu seiner Legitimation als Stellvertreter nicht vorlagen.

Bei der weiteren Analyse der Ergebnisse des zweiten Untersuchungszeitraum U_2 ließ sich feststellen, dass in 20 der 60 Bögen einwilligungsunfähiger Patienten (d. h. in 33 % der Bögen) keine Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsurkunde vorlag. In 14 dieser Fälle traf der vermeintliche Stellvertreter des Patienten eine Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung.

Im Rahmen der Betrachtung der Auswertungsergebnisse des ersten Untersuchungszeitraumes U_1 ließ sich feststellen, dass in vier von 13 Bögen einwilligungsunfähiger Patienten/-innen (d. h. in 31 % der Bögen) ein Patientenstellvertreter angegeben wurde, welcher in allen

vier Fällen die Entscheidung über den Verzicht auf bestimmte Maßnahmen traf, ohne dass eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsurkunde vorgelegen hatte.

Es lässt sich also zusammenfassen, dass von den 73 Fällen einwilligungsunfähiger Patienten/-innen der beiden Untersuchungszeiträume in insgesamt 20 Fällen (27 %) eine Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung von einem Patientenstellvertreter getroffen wurde, dessen Legitimation in Form einer Vorsorgevollmacht oder eines Betreuungsausweises nicht vorlag.

In zwei Dokumentationsbögen wurde angegeben, dass die Entscheidung zum Verzicht auf Wiederbelebung vom Patienten getroffen wurde, obwohl in den entsprechenden Bögen angegeben wurde, dass der Patient nicht einwilligungsfähig wäre.

4.1.6 Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und/oder zum Entscheidungsprozess

Auf der Rückseite des Dokumentationsbogens gibt es ein größeres Freitextfeld, in dem weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und/oder dem Entscheidungsprozess gemacht werden können. Die entsprechenden Angaben wurden in Kategorien zusammengefasst und anschließend quantitativ ausgewertet (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und/oder zum Entscheidungsprozess

Weitere wichtige Informationen (Mehrfachangaben möglich)	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechende Entscheidungsfindung	3	19	30	35	33	32
Gesundheitszustand des Patienten und weiteres Vorgehen mit Angehörigen besprochen	9	56	44	52	53	51
Gesundheitszustand des Patienten und weiteres Vorgehen mit dem Patienten besprochen	3	19	22	26	25	24
Gesundheitszustand des Patienten und weiteres Vorgehen mit dem Betreuer besprochen	1	6	6	7	7	7
Medizinische Indikation nicht gegeben	6	38	24	28	30	29
Ausführliches Gespräch im Klinischen Ethikkomitee	0	0	1	1	1	1

Auf 99 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 96 % der Bögen) wurden zusätzliche Informationen bezüglich der Gründe für den Verzicht auf gewisse Maßnahmen angegeben, in vier Fällen (4 %) wurden hierzu keinerlei Angaben getätigt. Die frei formulierbaren Aussagen wurden durch die Verfasserin dieser Arbeit verschiedenen Kategorien zugeordnet. Die entsprechenden Kategorien wurden direkt am Material entwickelt und erweitert.

Auf 33 der 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 32 % der Bögen) wurde angegeben, dass eine dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechende Entscheidungsfindung erfolgte. Auf 53 Bögen (51 %) wurde eine Besprechung des Gesundheitszustandes des Patienten und des weiteren medizinischen Vorgehens mit den Angehörigen, auf 25 Bögen (24 %) mit dem Patienten selbst und auf sieben Bögen (7 %) mit dem Betreuer des Patienten dokumentiert. Auf

30 Dokumentationsbögen (29 %) wurde die fehlende medizinische Indikation für den Einsatz gewisser Maßnahmen als Grund für deren Unterlassen genannt. Ein ausführliches Gespräch im Klinischen Ethikkomitee wurde auf einem Bogen (1 %) dokumentiert.

Auf 58 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 56 % der Bögen) wurde im Freitextfeld genau ein Grund für das Unterlassen gewisser lebenserhaltender Maßnahmen genannt, auf den 41 Bögen (40 %) wurden diesbezüglich mehrere Gründe genannt.

In fünf der 16 Dokumentationsbögen (31 %) des ersten Untersuchungszeitraumes U_1 und in acht der 87 Dokumentationsbögen (9 %) des zweiten Untersuchungszeitraumes U_2 wurde eine Reevaluation der getroffenen Entscheidung dokumentiert.

4.1.7 Verlauf der Patientengeschichten

Die weiteren Verläufe der Patienten, die von den beiden Stationsleiterinnen erfasst wurden, sind in Tabelle 14 zusammengefasst.

Tabelle 14: Verlauf der Patientengeschichten

Verlauf der Patientengeschichten	U_1		U_2		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Verlegung in ein externes Krankenhaus	1	6	17	20	18	17
Verlegung auf eine Normalstation	0	0	10	11	10	10
Verlegung in die neurologische Frührehabilitation	2	13	0	0	2	2
Verlegung auf die IMC-Station	0	0	1	1	1	1
Verlegung auf eine andere Intensivstation	0	0	9	10	9	9
Verlegung auf die Palliativstation	0	0	5	6	5	5
Entlassung nach Hause	0	0	4	5	4	4
Verstorben	13	81	41	47	54	52
Gesamt	16	100	87	100	103	100

Auf 54 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (d. h. in 52 % der Bögen) wurde von den Stationsleiterinnen vermerkt, dass der Patient verstorben sei. Auf 18 weiteren Bögen (17 %) wurde eine Verlegung in ein externes Krankenhaus und in zwei Bögen (2 %) die Verlegung in die neurologische Frührehabilitation angegeben. Auf zehn Bögen (10 %) wurde eine Verlegung auf eine Normalstation und auf einem Bogen (1 %) eine Verlegung auf die IMC-

Station angegeben. Auf neun weiteren Bögen (9 %) wurde eine Verlegung des Patienten auf eine andere Intensivstation dokumentiert. Auf fünf Bögen (5 %) wurde eine Verlegung auf die Palliativstation und auf weiteren vier Bögen (4 %) eine Entlassung nach Hause vermerkt.

4.2 Die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews

Um Erkenntnisse über persönliche Erfahrungen des medizinischen Personals in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen am Lebensende zu gewinnen, wurden Interviews mit pflegenden und ärztlichen Mitarbeitern der internistischen und neurologischen Intensivstation geführt. Nun werden die Interviewergebnisse, die sich hinsichtlich des im Methodenteil beschriebenen Kodesystems ergaben, dargelegt. Hierbei werden die bedeutsamen Aussagen der Interviewteilnehmer bezüglich der theoriegeleiteten Forschungsfragen (Kap. 3.2.5) vorgestellt. In diesem Zusammenhang werden Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende sowie die daraus resultierenden Konsequenzen und mögliche Strategien zu deren Vermeidung oder Verminderung, thematisiert. Dabei wird sowohl auf die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ als auch auf entsprechende alternative Dokumentationssysteme eingegangen. Abschließend werden Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gestaltung des Bogens und der Häufigkeit seiner Inanspruchnahme vorgestellt sowie die über die Grenzen des Dokumentationsbogens und alternativer Dokumentationssysteme hinausgehenden Herausforderungen im Umgang mit der Frage nach dem Einsatz oder dem Verzicht lebenserhaltender Maßnahmen thematisiert.

Die pseudonymisierten Interviewaussagen der Ärzte und Pfleger werden zentriert und in kursiver Schrift dargestellt. Zur Quantifizierung des qualitativen Interviewmaterials werden vergleichbare Aussagen verschiedener Ärzte oder Pfleger zu einem Themengebiet erfasst und ausgezählt. Hierbei dienen die Begriffe „einzelne“ (weniger als 10 % der Befragten), „wenige“ (ca. 30 % der Befragten) sowie „Mehrzahl“ (mehr als 50 % der Befragten) der quantitativen Darstellung ähnlicher Aussagen der befragten Interviewpartner.

4.2.1 Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende

Die in den Interviews befragten ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter der Intensivstationen formulierten mehrere Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen.

4.2.1.1 Kommunikation von Entscheidungen am Lebensende

Probleme, Unsicherheiten und Konflikte, die sich durch die unzureichende oder fehlende Kommunikation des behandelnden Personals mit dem Patienten ergäben, benannte die Mehrzahl der Befragten. Eine der Pflegekräfte erwähnte diesbezüglich:

Aber die Patienten werden dann auch oft einfach mit der Frage alleine gelassen, das geschieht häufig. Dann wird zu ihnen gesagt: „Ja, machen Sie sich mal Gedanken, was für Maßnahmen Sie sich noch wünschen.". Und das war´s. Das ist keine gute Form der Kommunikation. (P19, Z. 153-155)

Die genannten Probleme, Unsicherheiten und Konflikte bezogen sich ebenfalls auf die Kommunikation zwischen dem behandelnden Personal und den Angehörigen des Patienten. Hierbei würde laut der Mehrzahl der Befragten die Thematik der Entscheidungsfindung am Lebensende gegenüber Angehörigen oftmals nicht angesprochen oder ein entsprechendes Gespräch wurde kurz gehalten, sodass die Angehörigen ihre Entscheidung im Sinne des Patienten alleine treffen müssten. Dieses lässt sich in der Aussage von P21 erkennen:

Ich kenne das aus meinem näheren Verwandtenkreis. Der Vater meines Schwagers lag hier auf der Station und wäre fast gestorben. Und dann kam mein Schwager zu mir und hat gefragt, wie sie denn jetzt entscheiden sollen. Der Arzt hat so gut wie gar nicht mit ihnen gesprochen und sie nicht informiert. (P21, Z. 156-159)

Wenn die Thematik über einen eventuellen Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen angesprochen wird, würden die Worte des behandelnden Personals nicht angemessen gewählt. Einerseits spräche man laut einzelnen Befragten in einer Fachsprache, die die Patienten und deren Angehörige als medizinische Laien nicht verstünden, und andererseits fehlte dem Personal das Bewusstsein, welche Gefühle gewisse Worte bei den Betroffenen hervorrufen könnten. Außerdem behielten die Patienten und deren Angehörige nur die positiven Aspekte des Gespräches in Erinnerung, wohingegen negative Äußerungen des Personals bezüglich der gesundheitlichen Prognose in den Hintergrund geraten. Dies verdeutlichen die Aussagen von P17 und P19:

Und ich denke auch unter dem Pflegepersonal ist es oft so, dass man manchmal dann so Äußerungen am Bett macht: „Naja, mhh, es sieht nicht so gut aus.". Wie das dann bei dem Angehörigen oder auch beim Patienten selbst ankommt, das ist nochmal was ganz anderes. Ich denke, die gehen ja so manchmal aus dem Zimmer raus und alle Worte, die wir so gesagt haben, die gehen durcheinander und das geht noch die ganze Nacht durch den Kopf. Und es ist doch die Gesprächsführung und die Kommunikation halt wirklich das Entscheidende auch dabei. (P17, Z. 215-221)

Die Ärzte haben in einem Gespräch vielleicht gesagt, dass sie das und das noch machen können und noch viele Möglichkeiten haben. Die Hälfte des Gesprächs verstehen der Patient und die Angehörigen sowieso nicht, weil das alles nur auf Fachchinesisch gesagt wird und hören dann nur das, was sie hören wollen und zwar das Gute. Es ist ja klar, dass man Hoffnung haben will und wir wollen den Patienten und den Angehörigen auch am Liebsten nur Hoffnung geben. Aber es gibt auch Situationen, in denen einfach keine Hoffnung mehr da ist. Wir müssen alle irgendwann sterben, wir wissen nur nicht, wann das sein wird. Aber das vergisst die Familie dann und hört nur das Positive. (P19, Z. 139-147)

Grund für das fehlende, unzureichende oder in falscher Art und Weise erfolgte Ansprechen der Thematik eines Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen wäre eine gewisse Scheu des medizinischen Personals gegenüber dem betroffenen Patienten oder deren Angehörigen,

die Wahrheit über dessen gesundheitliche Situation auszusprechen. Dieses wird auch in der Aussage von P1 erkennbar:

So kann man es glaube ich trefflich aussprechen, ne? Es ist allen bewusst, ja? Die Tatsachen stehen, im wahrsten Sinne des Wortes vor einem, aber es wird trotzdem immer noch relativiert, weil einfach der Mut zur Wahrheit fehlt. (P1, Z. 257-259) […] Ja, dass man, dass man bei Gesprächen zwischen Ärzteschaft und Angehörigen daneben steht und man genau weiß, ja, wirklich in den nächsten zwei Stunden ist dieser Mensch tot da, aber es wird den Leuten halt trotzdem nicht so richtig die Wahrheit gesagt, obwohl ja viele Menschen, rein intuitiv ja schon, ich meine, man muss ja keine ausgebildete Fachkraft sein, wenn man so manchem Menschen in so einer Situation ins Gesicht guckt, dann weiß man irgendwie intuitiv schon, dass das irgendwie, also dass er den morgigen Tag nicht mehr überlebt und das finde ich, das ist schon sehr bedrückend und sehr belastend. (P1, Z. 261-267)

Es gäbe jedoch auch Situationen, in denen das behandelnde Personal die fehlende Indikation zwar aussprechen, die Angehörigen jedoch die Fortführung der intensivmedizinischen Therapie wünschen würden, weil sie ihre eigenen Wünsche, den Patienten noch so lange wie möglich bei sich zu haben, mit denen des Patienten verwechselten. Hierdurch entstünde Uneinigkeit zwischen dem behandelnden Personal des Patienten und dessen Angehörigen. Dies wird durch die Aussage von A6 verdeutlicht:

Also es gibt Situationen, wo wir, klar, es gibt Situationen, wo wir denken, wo wir den Patienten selbst nicht fragen können und wir sehen, wo die Angehörigen am Anfang auch sagen, dass sie alles wünschen und wir dann sehen, dass wir irgendwann mal auch medizinisch an unsere Grenzen kommen. Und es kann sein, dass da manchmal Uneinigkeit mit Angehörigen besteht. Die Angehörigen wünschen weiterführende Maßnahmen, so herum, dass die wünschen und wir da eher ärztlich keine Indikation sehen. Und das ist manchmal den Angehörigen auch, je nachdem, schwer zu vermitteln, weil sie das nicht loslassen können oder wir sehen einfach, dass es für den Patienten einfach nur Verlängerung des Leidens ist. (A6, Z. 57-64)

Es kam ebenfalls die Frage auf, wann der richtige Zeitpunkt wäre, die Thematik eines eventuellen Verzichts auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen oder auch die Ansichten des behandelnden Personals über die gesundheitliche Prognose des Patienten in angemessener Weise zur Sprache zu bringen. Ob dies sofort bei Aufnahme des Patienten oder zu einem späteren Zeitpunkt geschähe, hinge von der jeweiligen Situation des Patienten ab. Wenige Befragte merkten an, dass es möglicherweise für die Betroffenen hierfür nie den richtigen Zeitpunkt gäbe. Dies lässt sich auch an den Aussagen von P15 und P9 erkennen:

Ich finde es aber trotzdem problematisch, meine Frau war ja sehr krank und hatte eine Krebserkrankung und da wurden wir, also da wurden wir häufig gefragt, schon bei der Aufnahme. Und da waren es Situationen, wo es nicht darum ging, dass man jetzt gleich verstirbt oder so. Und das ist für einen Betroffenen manchmal eine Zumutung, das muss man ganz ehrlich sagen. (P15, Z. 107-111) […] Es ging mir jetzt mehr um diese Pauschale, weil das zum Teil auf der Notaufnahme so gemacht wird. Du kriegst es gleich an den Kopf geknallt. Da haben die noch nicht mal festgestellt, was überhaupt das Problem ist. Die lesen deine Diagnoseliste und dann. Das ist schon so, du wirst sofort gefragt. Also habe ich ganz oft erlebt.

Wenn du eine gewisse Krankenvorgeschichte hast, wirst du auf jeden Fall gefragt mittlerweile. (P15, Z. 152-156)

Ich glaube, da kannst du geschult sein oder empathisch sein, wie du willst. Das ist so diese Situation, wo du plötzlich mit dieser Frage konfrontiert wirst, wo du eigentlich, weil du in die Klinik kommst, einen ganz anderen Ausblick hast. Du willst geholfen kriegen, ne? Alles andere kann man dann ein Stück weiter hinten anstellen, stelle ich mir vor. (P9, Z. 157-160)

Wenige Befragte gaben an, dass bei der Kommunikation und Besprechung einer getroffenen Entscheidung innerhalb des Behandlungsteams des Patienten zur Gewährleistung des (mutmaßlichen) Patientenwillens ebenfalls Probleme, Unsicherheiten und Konflikte entstünden. Diese ergäben sich durch fehlende Information des jeweils für die Behandlung des Patienten zuständigen ärztlichen und pflegenden Personals. Deutlich wird dieses auch an der Aussage von A1:

Es gab auch Übergabeprobleme vom Tag- zum Nachtdienst oder umgekehrt, es ist teilweise vergessen worden, Dinge weiterzugeben. Sie müssen überlegen, eine Normalstation hat eine Besetzung von 8-16 Uhr, danach kommt ein Dienst, der den Patienten eben nicht so gut kennt, weil er eben nur für die Hausprobleme zuständig ist und dann kommen ja meistens die Probleme, abends oder in der Nacht. Und dann steht der Kollege oder die Kollegin da und weiß eben nicht, wie sie weitermachen soll. (A1, Z. 37-42)

Probleme und Konflikte innerhalb des für die Behandlung des Patienten zuständigen Personals ergäben sich ebenfalls aufgrund von Meinungsverschiedenheiten bezüglich der klinischen Prognose und den therapeutischen Möglichkeiten zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten. Dies bestätigt die Aussage von P9:

Also wir können es konkretisieren, wir haben hier einen Patienten, der, ja um die 80 Jahre alt ist, der durchmetastasiert ist, wo wir sicherlich sagen, auch geistig nicht mehr unter uns. Hier würden wir als Pflegende, die den ganzen Tag damit zu tun haben, mal sagen: „Was tut ihr eigentlich diesem Mann an?", während die Ärzte dann heute die Entscheidung getroffen haben: „Wir dialysieren.". Wie sinnhaft das nun ist oder nicht ist, lassen wir dahingestellt, ne? Ja, das sind solche Sachen, wo es immer wieder zu Reibereien kommt und da könnte dieser Zettel auch wieder Sinn machen. (P9, Z. 59-65)

Bei der Betrachtung von Problemen, Unsicherheiten und Konfliktsituationen zwischen ärztlichem und pflegendem Personal wurden ebenso die hierarchischen Strukturen innerhalb des für die Behandlung des Patienten zuständigen Personals thematisiert. Der Arzt wäre letzten Endes derjenige, der die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen träfe und die Verantwortung dafür trüge. Einer Pflegekraft zufolge führe dies zu einer gewissen Resignation in der Kommunikation der eigenen Meinung bezüglich eines eventuellen Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen beim Patienten. Dies verdeutlichen die Äußerungen von P2 und P19:

Und wenn wir da so ein bisschen stressen müssen und sagen: „Was soll das noch oder was?", dann werden die manchmal auch ganz schön kiebig zu uns und sagen: „Ja, ihr müsst ja nicht entscheiden.": (P2, Z. 284-286)

Da kommt es dann manchmal zu Konflikten. (P19, Z. 139) […] Und mir ist es schon einige Male passiert, dass ich am Patientenbett von den Angehörigen erfahren habe, dass vieles noch gemacht werden soll, obwohl ich gedacht habe, dass das alles nicht mehr so sinnvoll ist. Und inzwischen sage ich dann gar nichts mehr dazu. Es besteht ja doch in gewisser Weise eine Hierarchie, dass der Arzt letztendlich alles entscheidet. (P19, Z. 149-152)

Wenige Befragte gaben ebenfalls intrafamiliäre Probleme, Unsicherheiten und Konflikte zwischen Angehörigen bei der Frage nach dem Verzicht auf bestimmte medizinische Maßnahmen beim Patienten an. Dies belegt die Aussage von A2:

Und das kommt selten vor, dass einfach die Einen sagen: „Bitte einfach alles machen." Und die Anderen sagen: „Wenn Sie das machen, verklage ich Sie.". Und dann sagt der Andere einfach halt: „Ne, einfach bitte einfach alles ausschalten. Wenn Sie das nicht machen, verklage ich Sie.". (A2, Z. 119-122)

Die von verschiedenen Angehörigen vorgetragenen widersprüchlichen Informationen über den mutmaßlichen Patientenwillen führten laut einzelnen Befragten zu Unklarheiten bezüglich des weiteren medizinischen Vorgehens, die auch zu inneren Konflikten und schlechten Gefühlen bei dem behandelnden Arzt führten. Dies unterstützt die Aussage von A5:

Also es kommt schon vor, es ist dann immer schwierig, da seine eigene Auffassung dann sozusagen auch zurückzuhalten, weil es dann ja nicht um meine eigene Meinung geht oder um die Meinung des Pflegeteams, sondern eigentlich primär um den Patientenwillen. Aber es gibt ja schon Situationen, wo Angehörige ihren eigenen Willen mit dem wahrscheinlich vorhandenen Patientenwillen verwechseln, das erfährt man dann immer noch von anderen Angehörigen: „Ja, der Patient hat doch das und das und das gesagt.", aber der betreuende Angehörige sagt: „Ich will das und das und das", weil der Patient das so wollen würde. Und das gibt einem manchmal ein ungutes Gefühl. (A5, Z. 50-58)

Innere Konflikte des behandelnden Arztes entstünden wenigen Befragten zufolge auch durch die Widersprüchlichkeit zwischen dem geäußerten Patientenwillen und den eigenen Vorstellungen und Wünschen, befände man sich an der Stelle des Patienten. Sich selbst hierbei zurückzunehmen und auf die Wünsche des Patienten zu achten, erwiese sich als schwierig. Dies verdeutlicht die Aussage von A4:

Auch wenn wir morgens bei der Visite durchgehen, ich finde, das ist etwas, was oft, auch wenn der Patient alt ist, viele Leute sind mit 80 ja heutzutage auch noch topfit, ne? Dann ist es trotzdem schwierig, finde ich, auch als Arzt manchmal zu sagen: „Ok, das und das soll jetzt nicht gemacht werden.", auch wenn man für sich selber vielleicht sagt: „Ah, ich würde das alles nicht wollen.". Wer weiß, wie das dann ist, wenn man selber 80 ist und noch fit und im Leben steht, ne? (A4, Z. 140-146)

Die Liste der soeben genannten Probleme, Unsicherheiten und Konflikte in der Kommunikation mit dem Patienten, dessen Angehörigen und/oder innerhalb des Behandlungsteams bei der Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist lang. Ursache für einen Teil dieser Schwierigkeiten wäre unter anderem durch den Zeitmangel des medizinischen Personals, das aus diesem Grund kaum ruhige Gespräche mit den Betroffenen führen könnte, begründbar. Dieses wird durch die Aussage von P8 verdeutlicht:

Aber wir sprechen, Zeitmangel ist ein gutes Thema, wir sprechen eigentlich gar nicht als Pflegende, Angehörige, Patient geht ja häufig gar nicht, und Ärzte zusammen, sondern, wenn ich heute an eins denke oder gestern an drei, da ist mit Zeit nichts. Da habe ich die Angehörigen am Bett stehen, während ich was erkläre, blutet der hin. Gestern lief das Bett aus, da lief das Blut aus der Dings, während man hier ein tolles Gespräch führt. Da muss man die Leute erstmal raussschicken. Da ist dann mit so einem Bogen, da ist nichts zu wollen. Es fehlt auch an der Zeit mit dem Patienten und mit den Angehörigen. (P8, Z. 253-259)

4.2.1.2 Mangelnde Verfügbarkeit und Eindeutigkeit willensdokumentierender Unterlagen

Neben kommunikativen Schwierigkeiten trage laut einzelnen Befragten das fehlende Vorliegen von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und/oder Betreuungsausweisen zur Entstehung von Problemen und Unsicherheiten im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen bei. Die Angehörigen des Patienten äußerten zwar, dass es entsprechende Dokumente gäbe, brächten diese aber aus verschiedenen Gründen nicht mit auf die Station. Dieses geht auch aus den Äußerungen von A1 und P21 hervor:

Was immer mal wieder vorkommt, ist, dass der Patient eine Patientenverfügung, eine Bevollmächtigung, einen Betreuer hat. Da ist es manchmal schwierig, die Unterlagen zu bekommen. Teilweise hat der Patient einen Betreuer oder vielleicht einen Bevollmächtigten, aber die Problematik ist, dass diese Sachen meistens nicht da sind. Die liegen irgendwo zu Hause und keiner kommt herein. (A1, Z. 109-116) […] Wir haben dann ja hier die Tochter, die sagt, die Mutter habe sie eingesetzt, aber wir haben es halt nicht schriftlich. (A1, Z. 118-119)

Es kann auch sein, das ist damit gemeint, dass die Angehörigen den Patienten zu sehr lieben, dass sie uns die Patientenverfügung gar nicht zeigen, das ist auch schon passiert. (P21, Z. 20-22)

Ein Problem bestünde einer Ärztin zufolge darin, dass die Angehörigen des Patienten im Notfallgeschehen zu Hause aus Unsicherheit oder Überforderung trotz verfasster Patientenverfügungen einen Notarzt riefen, der dann entsprechende Notfallmaßnahmen einleitete:

Das fängt meistens schon zu Hause an, also viele Leute werden ja vom Notarzt intubiert oder reanimiert, obwohl sie eine Patientenverfügung haben, wo sowas drinsteht, nur in der Notfallsituation wird natürlich der Notarzt gerufen. (A4, Z. 88-90) […] Nur im Notfall, wenn dann zu Hause irgendwas passiert, dann sind die Angehörigen oft so überfordert, dass das nicht so richtig klar ist und dass der Notarzt dann natürlich erstmal alles macht. (A4, Z. 106-108)

Im Falle des Vorliegens einer Patientenverfügung wäre diese einzelnen Befragten zufolge nicht eindeutig interpretierbar. Da die Patientenverfügungen in der Sprache medizinischer Laien verfasst und daher für medizinisches Personal nur uneindeutige Formulierungen enthielten, wären diese nur begrenzt aussagekräftig und bei der Entscheidungsfindung wenig hilfreich. Dies wird auch durch die Äußerungen von A2 deutlich:

Und da steht auch diese Frage der Patientenverfügung, das ist natürlich so, dass man diese im Internet hat, diese allgemeine Patientenverfügung. Das ist einfach halt das Problem einfach, dass viele dieses Allgemeine haben, wo steht: „Wenn einfach halt keine Aussicht besteht, dass die Erkrankung.", sowas, das ist immer so schwammig formuliert. Ich kann es natürlich auch nicht von den Laien erwarten, die mir einfach halt sagen: „Ja, wenn mein Blutdruck unter 60 ist oder meine Blutgase so sind, lassen Sie mich einfach bitte jetzt in Ruhe.". Aber das sind solche Entscheidungen, wo die Patientenverfügung uns nicht so richtig hilft. (A2, Z. 262-269)

Die Interpretierbarkeit von Festlegungen in den Patientenverfügungen würde durch die teilweise fehlende Vorhersehbarkeit klinischer Verläufe und Prognosen des Patienten zusätzlich erschwert. Dies bestätigt die folgende Aussage von A3:

Oder zum Beispiel auf eine Patientenverfügung verwiesen hat, die unklar formuliert war oder die so formuliert ist wie die meisten Patientenverfügungen nun einmal formuliert sind, kennen Sie ja. „Im Falle einer unausweichlichen Hirnschädigung oder so möchte ich keine lebensverlängernden Maßnahmen." Und dann steht man ja immer als Arzt vor dem Konflikt: „Naja, ja, woher weiß ich dann, ob das jetzt unausweichlich ist oder ob die Krankheit heilbar ist oder nicht?". Wenn ich das von Vornherein wüsste, müsste ich ihn auch nicht reanimieren, aber man weiß es nun einmal nicht. (A3, Z. 29-35)

Abseits der kommunikativen Schwierigkeiten, der Probleme und Unsicherheiten in der Interpretation von Patientenverfügungen und der fehlenden Vorhersehbarkeit klinischer Verläufe beim Patienten wäre die Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens ebenfalls aufgrund von Unwissenheit über die klinische Situation und die Lebensqualität des Patienten vor dessen Aufenthalt auf der Intensivstation schwierig. Doch selbst bei Klarheit über die vorherige Lebenssituation des Patienten wäre es schwierig, die individuelle Definition des Begriffes „Lebensqualität" beim Patienten zu ermitteln. Dies bestätigt A5 mit der folgenden Aussage:

Und man kann halt auch schwer sagen, was haben die Patienten zum Beispiel mit, ja, Patienten mit einem schweren Schlaganfall, die hemikraniektomiert werden müssen, die eine Sepsis überlebt haben, was haben die danach für eine Lebensqualität? Wenn die dann halbseitig gelähmt vielleicht zu Hause sitzen, es stellt sich jeder ganz schrecklich vor, aber für den Patienten ist es vielleicht total wesentlich, dass er seine Enkel aufwachsen sieht. Also ich denke, das können wir halt schlecht beurteilen. Man hat aus ärztlicher oder behandelnder Sicht halt so ein Gefühl darüber, was das jetzt, was das für den Patienten bedeutet, aber, ja, letztendlich kann einem das keiner sagen. Und das macht manchmal Entscheidungen in einer Akutsituation schwierig. (A5, Z. 89-97)

4.2.1.3 Mangelnde Festlegungen einiger Ärzte über einen Therapieverzicht

Die Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens erwiese sich ebenso aufgrund fehlender Festlegungen der Hausärzte in Bezug auf Entscheidungen über den Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen am Lebensende insbesondere bei multimorbiden Patienten als schwierig. Dies geht aus der Äußerung von A4 hervor:

Aber leider ist es so, worüber ich mich auch immer wieder wundere, dass die Hausärzte so wenig festlegen, weil, wie gesagt, wenn ein alter, multimorbider Patient im Pflegeheim keine Luft kriegt, dann rufen die den Rettungsdienst und dann ist der Patient intubiert. Was soll man auch anderes machen als Notarzt? Und da wundere ich mich ehrlich gesagt immer so ein bisschen. Wir haben jetzt auch wieder einen Patienten, 86 Jahre, alt, multimorbide, bettlägerig, „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht" steht in der Kurve da von dem Heim: „Nicht bekannt.": Warum kann man es nicht vorher klären? Das finde ich halt schade, weil, da könnte man, da muss man sagen, den Patienten auch schon Einiges ersparen, was sie eben nicht möchten. (A4, Z. 331-339)

Die Probleme und Unsicherheiten im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen ergäben sich jedoch nicht nur bei der Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens, sondern laut wenigen Befragten auch bei der anschließenden Entscheidungsfindung durch den zuständigen Stationsarzt, der die Entscheidung nicht eigenmächtig treffen könnte. Dazu äußerte sich P2 wie folgt:

Also das mit diesen kleinen Ärzten zu besprechen, ist ausgesprochen schwierig. (P2, Z. 273) […] Aber sie selber, das ist das, was P1 schon sagte, haben ja ganz dolle Angst, irgendwelche Entscheidungen zu treffen. (P2, Z. 279-280) […] Sie sind selber nämlich ganz dieser Entscheidungsgewalt beschnitten. (P2, Z. 283-284)

Wenige Befragte benannten die Unsicherheit vor allem unerfahrener Ärzte, Entscheidungen über den Verzicht auf Wiederbelebung bei einem Patienten zu fällen. Diese begründete sich in der Angst vor rechtlichen Konsequenzen der entsprechenden Entscheidung. Dies wird auch durch die Aussage von A2 verdeutlicht:

Das kann passieren, es kann gut sein, das passiert häufig manchmal auch später, in der Nacht oder beim Spätdienst, wenn manchmal nicht die erfahrensten Kollegen da sind, ja? Wenn da nicht junge Ärzte, aber einfach halt jüngere Ärzte sind, da sage ich einfach halt so, dass man einfach nach Unsicherheit einfach doch entscheidet, obwohl man weiß: „Ja, mhh.". Man hat einfach Angst, etwas falsch zu machen, wenn man den Patienten quasi einfach jetzt nicht intubiert, nicht reanimiert, dass dann später jemand kommt und uns verklagen will oder so, das ist einfach die Angst. (A2. Z. 97-104)

Eine Pflegekraft nannte Probleme und Unsicherheiten in Bezug auf die Verteilung der Kompetenzen innerhalb des Behandlungsteams, wodurch eine Entscheidungsfindung über den Verzicht auf bestimmte Maßnahmen am Lebensende erschwert würde. Der Oberarzt, der die entsprechende Entscheidungskompetenz hätte, sähe den betreffenden Patienten jedoch oftmals gar nicht und entschiede per Telefon über den Grad der Weiterführung der Therapie.

Wenn letztendlich eine Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung beim Patienten getroffen würde, dokumentierten die Ärzte diese Entscheidung nicht, sodass weiteres, für die Betreuung des Patienten zuständiges Personal diese Entscheidung nicht mitgeteilt bekäme. Durch diesen Mangel an Dokumentation und die fehlende schriftliche Informationsweitergabe entstünden wiederum neue Probleme und Unsicherheiten im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende. Dies unterstützt die Aussage von A1:

Ja, ja, da traten schon Probleme auf. Wir können das Beispiel noch nehmen, eine 88-jährige Dame liegt zum Beispiel auf Station. Sie hat vielleicht geäußert, keine Wiederbelebung haben zu wollen, es ist aber nirgendwo dokumentiert worden. Oder die Angehörigen haben vielleicht auch gesagt: „Wir wollen nicht, dass unsere Mutter wiederbelebt wird.". (A1, Z. 22-26)

4.2.2 Konsequenzen der Probleme, Unsicherheiten und Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende

Aus den beschriebenen Problemen, Unsicherheiten und Konflikten im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende, die zu Unklarheiten bezüglich des (mutmaßlichen) Patientenwillens und der klinischen Prognose des Patienten führten, ergäben sich laut der Mehrzahl der Befragten Konsequenzen, die den Einsatz eines breiten Spektrums intensivtherapeutischer Maßnahmen nach sich zögen. Dies bestätigen die Aussagen von A1 und A2:

Als wir es nicht wussten, haben wir, bis uns jemand etwas Gegenteiliges gesagt hat, das volle Intensivprogramm ablaufen lassen. Das heißt: Wiederbelebung, Intubation, Reanimation, die volle Therapie, die wir haben. Nierenersatzverfahren, Katecholamine geben, alles. (A1, Z. 46-48)

In solchen Situationen versuchen wir natürlich einfach halt immer, sage ich, so im akuten Notfall, ja, wo quasi dieser Zweifel besteht, dann pro vita, also quasi fürs Leben einfach dann zu entscheiden. Man kann den Patienten auch intubieren und man kann auch Patienten einfach reanimieren, wenn es dazu kommt, ja? Und man muss sich manchmal auch klar fragen, (Pause) wir haben manchmal so Grenzsituationen, es ist nicht alles schwarz, es ist nicht alles weiß. Es sind auch graue Zonen einfach, wo ich nicht weiß, wie ich wirklich entscheiden soll. In diesem Fall sind wir einfach pro vita, das heißt: fürs Leben. (A2, Z. 61-68)

Die Unklarheit über die Wünsche des Patienten wäre zum Teil in den bereits beschriebenen Problemen, Unsicherheiten und Konflikten im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen begründet. Der daraus folgende Einsatz intensivtherapeutischer Maßnahmen entspräche jedoch einzelnen Befragten zufolge nicht immer den Wünschen des Patienten. Dies unterstützt die Aussage von A1:

Ja, wir haben teilweise mitbekommen, dass halt danach dann die Angehörigen, nachdem man die dann erreicht hatte, der Notfall vorbei war und man Zeit hatte, jetzt die Angehörigen anzurufen, sagten: „Das hat mein Angehöriger nie gewollt.". Der hat ganz klar gesagt: „Ich möchte nicht an Maschinen hängen, ich möchte nicht auf die Intensivstation, ich möchte nicht wiederbelebt werden.".". (A1, Z. 51-55)

Das Gefühl, Entscheidungen nicht im Sinne des Patienten getroffen zu haben, beschrieb P2 wie folgt:

Das stimmt schon. Aber wie man sich darunter gefühlt hat, ist eine ganz andere Situation. (P2, Z. 24) […] Also das Gefühl ist natürlich dann nicht schön, wenn man Patienten hat, 90 Jahre alt, und man muss erst einmal reagieren, weil keine andere Anordnung da ist. Dann fühlt man sich schon etwas schlecht dabei. (P2, Z. 26-28)

Neben dem schlechten Gefühl des Arztes, Entscheidungen nicht den Wünschen des Patienten entsprechend gefällt zu haben, wäre das Gefühl der Angehörigen bei zunächst maximalem Therapieeinsatz und dessen anschließender Aufgabe laut P19 ebenfalls bedrückend:

Aber was schlimm ist, ist, wenn erst einmal alles gemacht wird, eine Lyse zum Beispiel und auch anderes und dann gesagt wird: „Es hat keinen Sinn mehr, wir hören jetzt auf.". Das wäre auch für mich als Angehörigen schwer zu akzeptieren. (P19, Z. 190-193)

Wenigen Befragten zufolge wären auch gerichtliche Entscheidungen zum einen bei nicht lösbaren intrafamiliären Konflikten und zum anderen zum Nachweis von Patientenstellvertretern bei fehlendem Vorliegen entsprechender Vorsorgevollmachten und/oder Betreuungsausweise notwendig. Dies wird in den Aussagen von A1 und A2 verdeutlicht:

Wir haben dann ja hier die Tochter, die sagt, die Mutter habe sie eingesetzt, aber wir haben es halt nicht schriftlich. Und dann müssen wir halt doch noch den Weg über das Gericht gehen. (A1, Z. 118-120)

Und da kommt dann auch der Konflikt, wenn Familienangehörige einfach halt manchmal sagen: „Ja, Sie können sofort alles ausschalten, ja?", das heißt, Maschinen einfach halt ausstellen, Medikamente. Das ist einfach halt eine ganz andere Sache. Das waren manchmal Themen bei uns, dass man das auch einfach halt per Gericht quasi dann entscheiden musste. Das Problem ist einfach halt, wenn man Familien hat, wo die Tochter sagt: „Ja, ich will alles.", aber der Sohn sagt: „Nein. Ich will einfach halt nicht alles haben.". Ja? (A2, Z. 109-114)

4.2.3 Strategien zur Vermeidung von Problemen, Unsicherheiten und/oder Konflikten bei Entscheidungen am Lebensende

Die befragten Ärzte und Pfleger nannten verschiedene informelle und formelle Strategien zur Vermeidung von Problemen, Unsicherheiten oder Konflikten bei Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Zunächst sollte sich A2 zufolge jeder Arzt darüber bewusst sein, dass die Thematik der Entscheidungen am Lebensende kein Tabuthema sein sollte, das man nicht anspricht:

Ich denke, was ich einfach halt denke, dass eigentlich einfach jeder Arzt, der bei uns anfängt, darüber aufgeklärt werden sollte, dass man einfach daraus kein Tabu machen soll, das ist wirklich ein Thema. (A2, Z. 192-194) […] Und der Familie vielleicht auch sagen: „Bitte machen Sie sich vielleicht Gedanken, weil wir es jetzt noch geschafft haben einfach mit der IMC-Station.". Man musste einfach diese Frage noch nicht angehen: „Soll man das eskalieren?". Aber für die Zukunft sollte man vielleicht die Leute auch ansprechen. (A2, Z. 203-206)

Der Mehrzahl der Befragten zufolge wären Gespräche sowohl mit dem Patienten selbst als auch mit dessen Angehörigen und/oder Betreuern eine wichtige informelle Strategie, um Schwierigkeiten bei Entscheidungen am Lebensende zu vermeiden. Die Wichtigkeit der gemeinsamen Eruierung des Patientenwillens mit dem Patienten selbst, mit den Angehörigen und/oder dem ernannten Patientenstellvertreter erwähnen A1 und A3:

Wir sprechen mit den Angehörigen oder, wenn es der Patient selber kann, auch mit dem Patienten. Wir besprechen mit ihm, was seine Wünsche sind, was er sich selbst vorgestellt hat. (A1, Z. 64-66)

In erster Linie versuche ich immer, Angehörige zu erreichen, manchmal muss man dafür halt ein bisschen in der Gegend rumtelefonieren, aber meistens gibt es ja doch irgendwo jemanden. (A3, Z. 51-53)

In Bezug auf den angemessenen Zeitpunkt, bei den Betroffenen das Gespräch über Wünsche und Vorstellungen am Lebensende zu suchen, herrschten bei den Interviewteilnehmern unterschiedliche Ansichten. Einzelne der Befragten befürworteten eine frühzeitige Klärung des (mutmaßlichen) Patientenwillens bereits bei Aufnahme des Patienten auf die Intensivstation. Dies wird auch in der Aussage von A2 deutlich:

Wir haben einfach unsere Therapiepläne, wo schon seit immer quasi bei jedem Patienten diese Frage von Vornherein klar sein muss, ob man es macht oder nicht. Das heißt, wenn jemand bei uns aufgenommen wird, ist es auch quasi Bestandteil der Aufnahme, sich mit dieser Frage zu befassen. (A2, Z. 21-24) […] Bei uns stellt sich bei jedem Patienten einfach quasi bei der Aufnahme diese Frage: „Was macht man in dem Falle, wenn es sich einfach halt akut verschlechtern soll?". Also quasi wenn es einfach nicht besser wird, bei jedem einzelnen Patienten, der bei uns quasi aufgenommen wird. (A2, Z. 29-32)

Laut einem anderen Teil der Befragten läge der richtige Zeitpunkt, die Initiative zu einem Gespräch mit dem Patienten oder dessen Angehörigen über einen eventuellen Verzicht auf gewisse medizinische Maßnahmen zu ergreifen, zu einem späteren Moment. Ebenfalls von Bedeutung wäre eine verständliche und der Thematik angemessene Wortwahl des medizinischen Personals. Dies wird durch die Äußerungen von P8 und P17 ersichtlich:

Vielleicht braucht das mehr Zeit. Also man muss ja nicht gleich bei Aufnahme jetzt fragen. Aber wenn Leute bei uns drei, vier, fünf Tage liegen und man denkt: „Menschenskind, der pH, der ist nicht mehr zu kriegen und das Lactat steigt und dies und jenes und wir machen schon Dialyse. Und wenn wir jetzt nur eine Sache vielleicht ausstellen, wäre der Patient nicht mehr lebensfähig.". Da sollte man im Vorfeld dann schon mal hingehen. Aber dann ist immer noch die Frage: „Wie geht man auf die Leute zu?". Also ohne Fachchinesisch, weil wir uns ja alle auskennen, aber die ja nicht. Also das wäre das Wichtigste erstmal. (P8, Z. 133-140)

Und dass die Gespräche einfach anders geführt werden und dass das ärztliche Personal und auch wir, dass es sicherlich da Schonungsbedarf gibt. (P17, Z. 214-215) […] Und deswegen, denke ich, ist es auch nicht richtig, gleich am Anfang zu sagen: „Möchten Sie, möchten Sie nicht?", ne? Das ist einfach viel zu früh. Und aber wenn so ein paar Stunden oder manchmal auch Tage und Wochen vergangen sind, dann ist sicherlich so ein Bogen leicht auszufüllen. (P17, Z. 229-232)

Eine weitere informelle Strategie, um kommunikativen Schwierigkeiten im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zu entgehen, wäre einzelnen Befragten zufolge das Gespräch mit dem betreuenden Pflegepersonal. Dies unterstützt die Aussage von A4:

Ja, ja, also letztendlich finde ich, verstehe ich den Bogen irgendwie als Sache, die man als Arzt und Pflege zusammen ehrlich gesagt bespricht. (A4, Z. 294-295) […] Also ich würde das nicht getrennt sehen ehrlich gesagt. Also ich glaube, das ist auch falsch, das auf einer Intensivstation zu machen, weil immer nicht nur die Ärzte, sondern auch die Pflege natürlich genau mit der gleichen Wichtigkeit den Patienten betreut. (A4, Z. 297-299)

Zu der Gruppe der informellen Strategien, um Probleme, Unsicherheiten oder Konflikten bei der Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens zu vermeiden, gehörte laut einzelnen Ärzten ebenso das Erkundigen nach dem Vorliegen einer Willensbekundung oder der Festlegung eines Stellvertreters des Patienten. Dies wird in der Aussage von A5 deutlich:

Und wir fragen die Patienten bei Aufnahme auch, ob sie eine Patientenverfügung haben, ob wie eine Vorsorgevollmacht haben und was sie im Fall der Fälle als Wiederbelebung und Beatmung, das ist immer so das, was wir abfragen, was sie sich da wünschen würden. (A5, Z. 63-66)

Wenn das Problem der unzureichenden Interpretierbarkeit einer verfassten Patientenverfügung aufträte, hätte man A2 zufolge auf seiner Station die informelle Strategie entwickelt, die betreffenden Patientenverfügungen nicht für die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen einzubeziehen.

Aber das sind solche Entscheidungen, wo die Patientenverfügung uns nicht so richtig hilft. Wir sagen einfach, wenn wir diese Klassische aus dem Internet sehen, ja: „Aha, das ist die Klassische.", da sagt jeder: „Aha, ah, das kenne ich, ja, da ist nichts so richtig.". Die kann man einfach halt nicht für die Entscheidung verwenden. Ich sage, sie ist so schwammig formuliert: „Ja, kann, muss nicht sein.", da muss man sich einfach selber damit befassen und quasi dann auch letztendlich einfach halt diese Fragen beantworten, ja? (A2, Z. 268-273)

Abseits der genannten informellen Strategien wurden von den Befragten ebenfalls verschiedene formelle Strategien im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende benannt. In diesem Zusammenhang erwähnte A5 die Initiierung der Einrichtung eines außerparteiischen Betreuers zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens:

Und wenn wir es dann nicht wissen, dann versuchen wir natürlich, mit den Angehörigen zu sprechen und wir stellen hier auch niederschwellig die Indikation, Patienten gerichtlich betreuen zu lassen in Gesundheitsfragen und versuchen dann halt, mit dem dann eingerichteten gesetzlichen Betreuer eben den mutmaßlichen Willen zu eruieren. (A5, Z. 41-45)

Eine von wenigen Befragten genannte Strategie im Umgang mit Problemen, Unsicherheiten oder Konflikten bei Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen wäre das Hinzuziehen des Klinischen Ethikkomitees als beratendes Organ in gewissen Patientenfällen. Dies unterstützt die Aussage von A5:

Manchmal holen wir uns dann das Ethikkomitee dazu, ja, um uns da Hilfestellung zu geben, weil häufig die Angehörigen dann noch verschiedene Sichtweisen einbringen, ja. Das ist häufig ein Problem. (A5, Z. 25-27)

Um die letztendlich getroffene Entscheidung über den Verzicht auf gewisse medizinische Maßnahmen für das gesamte für die Behandlung des Patienten zuständige Personal zugänglich und nachvollziehbar zu machen, wurden neben der mündlichen Kommunikation der Entscheidung verschiedene Formen der schriftlichen Entscheidungsdokumentation angegeben. Zum einen wurde von A1 die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" als Dokumentationsform genannt:

Wir besprechen mit ihm, was seine Wünsche sind, was er sich selbst vorgestellt hat und dokumentieren das auf dem Bogen und füllen den Bogen zusammen mit dem Patienten oder den Angehörigen aus und unterschreiben es auch am Ende, bzw., wenn möglich, sollte auch der Patient gleich mit unterschreiben. Damit er auch weiß, was besprochen worden ist. (A1, Z. 65-69)

A5 nannte neben der mündlichen Übergabe der Entscheidung ein stationsspezifisches alternatives System zu deren Dokumentation:

Wenn wir den Patienten oder die Angehörigen, die, also die betreuenden Angehörigen entsprechend befragt haben, dann schreiben wir das auch so detailliert auf, damit es sozusagen auch über die Schichten unter den Ärztinnen und Ärzten quasi übergeben ist und die Pfleger können da natürlich auch reinschauen, ja? Und wir übergeben das auch mündlich, also einmal am Tag findet auch sozusagen eine Patientenübergabe von den Ärzten an die Pflege statt, sodass das da auch nochmal erwähnt wird, wenn es da Unklarheiten gibt. (A5, Z. 111-117)

Unabhängig von den verschiedenen Formen der Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen wäre es wichtig, die Thematik der Entscheidungen am Lebensende den Betroffenen gegenüber überhaupt erst einmal anzusprechen, eine gemeinsame Entscheidung zu treffen und diese, in welcher Form auch immer, zu dokumentieren. Dies zeigt die Aussage von A5:

Und ich finde es auch sinnvoll, dass überhaupt die Leute befragt werden. (A5, Z. 162-163) […] Also das finde ich viel relevanter, dass es passiert als in welcher Form, ja. (A5, Z. 167-168)

4.2.4 Dokumentationssysteme vor der Einführung des Bogens

Vor der Einführung der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" im Jahr 2012 existierten einzelnen Ärzten zufolge ebenfalls Systeme zur Entscheidungsdokumentation. Diese wären jedoch einer A3 zufolge im Vergleich zum Dokumentationsbogen weniger detailliert:

Also auf der Intensivstation gab es schon länger, in den Kurven der Intensivstation, ne, also wo man den Patienten aufnimmt, immer ein Feld, wo man das eingetragen hat per Plus oder Minus, ob eine Wiederbelebung und künstliche Beatmung gewünscht ist oder Katecholamingabe. Das gab es schon lange, auch schon vor 2012, aber dieser Bogen ist ja dann noch ein bisschen expliziter oder detaillierter. (A3. Z. 80-84)

4.2.5 Kenntnis über die Existenz und die Inhalte des Dokumentationsbogens

Alle befragten Ärztinnen und Ärzte der Intensivstationen waren sich der Existenz der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ bewusst und die Mehrzahl der befragten Ärztinnen und Ärzte äußerte Kenntnis bezüglich der Inhalte des Bogens. Bei den beiden Gruppeninterviews mit Pflegepersonal der Intensivstationen mit eingeführtem Dokumentationsbogen herrschte bei allen Befragten Kenntnis sowohl über die Existenz als auch über die Inhalte des Bogens. Die pflegerischen Mitarbeiter der Intensivstation ohne implementierten Dokumentationsbogen äußerten sich in unterschiedlicher Weise zum Kenntnisgrad über die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“. A4 äußerte sich zu den Veränderungen des Bekanntheitsgrades des Bogens wie folgt:

Wobei es ja bei uns in der Abteilung nur so ist, dass es für die Intensivstation gilt, wobei es so war, ich meine, das war 2012 ja eine ganz andere Situation als jetzt, ne? Da war der Bogen ja neu. Da war es auch so, dass das, was hier festgelegt war, das war jetzt nicht automatisch so, dass es auf Normalstationen allen klar war, was dieser Bogen heißt, ne? Mittlerweile gibt es den ja ein paar Jahre, sodass eigentlich alle oder dass er fast allen Kollegen geläufig ist, ne? Damals war es so, wir haben hier damit angefangen und die Kollegen auf Normalstationen, auch wenn die schon länger dabei waren, die kannten den halt einfach noch nicht, ne? Mittlerweile ist es so, dass die meisten, die hier irgendwo im Haus in unserer Abteilung arbeiten, schon einmal auf der Intensivstation waren, die kennen den Bogen und die wissen auch was damit anzufangen. (A4, Z. 116-125)

Wenige Befragte äußerten sich konkret zu gewissen inhaltlichen Aspekten des Dokumentationsbogens. In diesem Zusammenhang wurden vor allem die Möglichkeit zu Reevaluation der getroffenen Entscheidung, die Dokumentation der Aufklärungsgespräche mit Angehörigen sowie die Option der Angabe von Zusatzinformationen in dem Textfeld des Bogens genannt. Dies wird durch die Äußerungen von A1 und P20 verdeutlicht:

Wir haben ja hinten auch extra nochmal ein Textfeld, wo man extra nochmal explizit aufschreibt, was mit den Angehörigen besprochen worden ist, mit wem man es besprochen hat und, wie gesagt, man hat dann noch einzelne Sachen zum Ankreuzen. (A1, Z. 80-82) […] Es gibt auch hinten extra noch die Teile der Reevaluation. (A1, Z. 154)

Und da auf dem Bogen steht auch noch, ob ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder nicht. (P20, Z. 88-89)

4.2.6 Einweisung in die Handhabung des Dokumentationsbogens

Im Rahmen der Einführung des Dokumentationsbogens im Jahr 2012 wurde eine ausführliche Einweisung des ärztlichen und pflegenden Personals der kardiologischen und nephrologischen Intensivstation in die Handhabung des Bogens durchgeführt. Durch die Rotation des medizinischen Personals zwischen verschiedenen Stationen wären aber laut einem Arzt

die damaligen Mitarbeiter zum aktuellen Zeitpunkt teilweise nicht mehr auf der Intensivstation tätig. Für neue ärztliche Mitarbeiter, denen der Dokumentationsbogen noch unbekannt wäre, wäre eine kurze Einweisung ausreichend. Dies bestätigen die Äußerungen von A1 und A4:

Und die jungen Kollegen bekommen eben bei uns eine Kurzeinführung von dem Bogen, aber die ausführliche Einführung, die damals gegeben worden ist, ist nicht mehr da. Es wäre auch schwierig, alle drei bis vier Monate die ganzen Kollegen neu einzuweisen, weil es halt eine große, ausführliche Einweisung und Besprechung von einem halben Tag war. Das ist natürlich dann nicht möglich. (A1, Z. 94-99)

Und ansonsten gibt es keine offizielle Einführung, dass irgendjemand irgendwo was unterschreiben muss. (A4, Z. 242-243) […] Dadurch, dass viele den Bogen schon kennen, ist es oft nicht nötig, dass man eine großartige Einführung macht. Also ist mein Eindruck. Und ansonsten, also wir haben ja eine Checkliste für die Einarbeitung, ich glaube, da steht der ehrlich gesagt nicht drauf, muss ich ganz ehrlich gestehen. Also. Aber wirklich, es ist tatsächlich so, dass den aus unserer Abteilung viele Kollegen kennen. (A4, Z, 246-250)

A2 merke jedoch an, dass auch im Jahr 2012 keinerlei Einweisung auf der betreffenden Intensivstation stattfand, sondern stattdessen eine automatische Übernahme des Bogens erfolgte:

Ne, das hat man nicht bekommen. Wir haben das quasi jetzt auf Station, irgendwann kam das einfach und dann hat man es quasi übernommen. Aber so eine richtige Einarbeitung oder Aufklärung über diesen Bogen gab es einfach halt bei uns nicht. (A2, Z. 158-160)

Für das Pflegepersonal gab es seit der ausführlichen Einführung im Jahr 2012 keine offizielle Einweisung in die Handhabung des Bogens. Bei Unklarheiten gäbe es eine Erklärung durch das mit dem Bogen erfahrene Personal, ansonsten wäre der Dokumentationsbogen jedoch selbsterklärend und bedürfte keiner eigenen Einweisung. Dies wird durch die Aussagen von P10 und P2 ersichtlich:

Dann bei Bedarf am Bett. (P10, Z. 184) […] Also wenn der Zettel da hing: „So und so ist das.". (P10, Z. 186) […] Aber ich weiß, dass ich das schon einmal gemacht habe, weil auch die Frage war: „Was ist das für ein Zettel?". Ich sage: „So und so, das ist besprochen, dafür ist der da.": (P10, Z. 189-190)

Das erlernt man. Also das kriegt man so mit. Da steht ja drauf ganz klar, wie viel, was noch gemacht werden soll. Da steht jetzt drauf, ob das der Patient selbst wünscht oder die Angehörigen oder ob es nochmal Diskussionsbedarf gibt, das steht ja alles darauf. Also eigentlich braucht man den nur lesen und dann kann man den eigentlich verstehen. (P2, Z. 104-107)

4.2.7 **Der Dokumentationsbogen als Instrument zur Handlung im Notfall**

Der Bogen wäre <u>einzelnen</u> Ärzten zufolge als Notfallinstrument geeignet, da aufgrund seiner Farbe und der Platzierung in den Patientenakten ein Vorliegen im Notfall gewährleistet wäre. Dies verdeutlicht auch die Aussage von A1:

Der wird oben auf die Akte geheftet, also als Oberstes, dass ihn wirklich jeder sofort sieht. Die Farbe ist auch so explizit gewählt, dass man ihn wirklich erkennt, weil wir keine andere Farbe haben, die so gewählt wird. Das heißt, jeder weiß, dass dieser Bogen ein Bogen ist, wo eben Besprechungen durchgeführt worden sind, wo Dinge festgelegt worden sind. (A1, Z. 71-74)

Auch die Eindeutigkeit der Handlungsanweisungen des Dokumentationsbogens im Notfall wäre gegeben. Der Bogen enthielte einzelnen Befragten zufolge eindeutige Formulierungen und klare Anweisungen, die im Notfall, verbunden mit gewisser Erfahrung des Personals, auch für Ärzte und Pfleger, die den Patienten noch nicht kennen, umgesetzt werden könnten. Dies bestätigen die Äußerungen von A2 und P2:

Eigentlich schon. Einfach halt verbunden mit gewisser Erfahrung des Arztes oder Ärztin, wo die einfach halt anhand des Bogens schon einfach eine Entscheidung treffen können, würde ich sagen, ja? Das heißt auch, da muss jemand, der Erfahrung hat, gucken. Es steht auch denke ich Facharzt, Oberarzt hinten. (A2, Z. 149-152)

Dazu ist er aber so eindeutig und übersichtlich formuliert, das ist ganz einfach umzusetzen. (P2, Z. 100-101)

4.2.8 Auswirkungen des Dokumentationsbogens auf Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende

Es wurden verschiedene Auswirkungen des Dokumentationsbogens auf die Probleme, Unsicherheiten oder Konflikte bei der Frage nach dem Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen benannt. Die Thematik der Entscheidungen am Lebensende im klinischen Alltag wäre präsenter, da der Dokumentationsbogen das behandelnde Personal dazu anrege, sich Gedanken über die Wünsche des Patienten zu machen und diese anzusprechen. Dies unterstützt die Aussage von P6:

Durch Einführung dieses lila Zettels ist es so, dass die Ärzte sich nochmal vielleicht noch einen Tucken früher schon damit auseinandersetzen, sich schon damit, auch dahingehend mit den Angehörigen unterhalten. Das haben sie vorher auch schon gemacht, kommt auf die Persönlichkeit des Arztes an. (P6, Z. 391-394) [...] Oder es kam immer auf die Persönlichkeit des Arztes an, wie er schon einmal erst einmal mit dem Patienten, wenn es nicht ging auch mit den Angehörigen schon einmal gesprochen hat daraufhin. Aber jetzt ist es eigentlich fast in jedem Doktor auch schon einmal drin, so mehr finde ich als vorher zumindest. (P6, Z. 396-399)

Außerdem wurde der Dokumentationsbogen von einzelnen Befragten als Entscheidungshilfe für Ärzte beschrieben, die entweder noch über wenig klinische Erfahrung verfügten oder den Patienten nicht gut kennten. Dies unterstützen die Äußerungen von P9 und P17:

Mhh. Wenn derjenige dann nach drei Tagen oder nach einer Woche zum Dienst kommt, einen Patienten betreut, den er nicht vorher hatte und sieht diesen Bogen, weiß er genau, dass sich Gedanken dazu gemacht wurden, ne? Deswegen finde ich den Bogen ganz wichtig und die Anwesenheit dieses Bogens eigentlich bei den meisten Patienten, die wir haben. (P9, Z. 285-288)

Ich finde es vor allem im Nachtdienst wichtig, weil da meistens Personal ist, also ärztliches Personal ist, was im Endeffekt ja nicht die endgültige Entscheidung treffen kann und es auch wahrscheinlich in der Nacht nicht treffen möchte und wenn dann so ein Zettel da ist und es passiert was, dann ist auch für alle Beteiligten die Situation leichter. (P17, Z. 192-195)

Zum anderen gäbe der Dokumentationsbogen als standardisiertes Dokument mit einem hohen Kenntnisgrad innerhalb des behandelnden Personals dem ärztlichen Personal die Sicherheit, die getroffene Entscheidung ausreichend und angemessen dokumentiert zu haben. Dies wird durch die Aussage von A3 verdeutlicht:

Ob er nun auf Intensivstation möchte oder auf IMC oder auf gar nichts von beidem und wie das mit Ernährung ist und wann es mit wem besprochen worden ist, ob der Patient das selber gesagt hat oder die Angehörigen und dann ist es schon sehr hilfreich, finde ich. Erstens, weil man halt ein standardisiertes Dokument hat, was man also aus dem Schrank nehmen muss und für jeden Patienten ausfüllt, man muss sich da nicht jedes Mal selber was Neues ausdenken. Zweitens, weil es alle kennen und drittens, weil man dann auch als Arzt irgendwo diese Sicherheit hat, dass man das Ganze gut dokumentiert hat, dass man an alles gedacht hat, ja, dass man unterschrieben hat, das Ganze nochmal fachärztlich gesehen worden ist und so weiter. (A3, Z. 84-92)

A2 zufolge wäre der Bogen zwar eine Hilfe bei der Entscheidung über den Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen, dürfte jedoch diesbezüglich nicht als alleiniges Entscheidungskriterium herangezogen werden:

Ja, das ist einfach halt so, dass der Bogen nicht einfach halt jetzt entscheiden soll, der soll bei der Entscheidung helfen, ja? Das ist einfach halt natürlich eine sehr große Hilfe, aber das ist nicht nur der einzige Punkt, nachdem ich einfach halt jetzt entscheide: „Mache ich es so oder so?". (A2, Z. 173-176)

<u>Einzelne</u> Befragte betonten, dass es wichtig wäre, die große Bedeutung von Besprechungen im Bogen getroffener Entscheidungen mit dem zuständigen Pflegepersonal. Dies bestätigt die Aussage von A4:

Aber prinzipiell, finde ich, ist der Bogen eine Sache, die für Ärzte und Pflege und quasi als Teamentscheidung gilt, auf jeden Fall. (A4, Z. 309-311) […] Auf jeden Fall. Also alle Behandelnden von dem Patienten, weil, wie gesagt, das ist, auch wenn der Patient alt ist, ist es nicht immer so einfach, da irgendwas festzulegen: „Soll gemacht werden, soll nicht gemacht werden.", also, ist oft schwierig. (A4, Z. 313-315)

Die Kommunikation der gefällten Entscheidung schaffte auch für das Pflegepersonal, das bei den Aufklärungsgesprächen mit dem Patienten selbst oder mit dessen Angehörigen nicht anwesend wäre, eine gewisse Sicherheit im Umgang mit dem Patienten. Dies betonten unter anderem P1 und P2:

Also sorgt auch für Sicherheit. Weil, wenn wir so im Kollegenkreis hier sitzen und bei diesen Übergaben gesagt wird: „Also es ist mit den Angehörigen gesprochen worden, diese Dokumentation ist mit denen besprochen, ausgefüllt, formal juristisch auch wirksam durch Unterschrift, dann haben wir schon ein klares Bild und eine klare Vorgehensweise und können uns auch darauf einrichten, was uns viel Sicherheit auch

dann im täglichen Umgang mit dem Patienten gibt. Also ich denke, meine Kollegen sehen das auch so. (P1, Z. 78-84)

Ja, kann. Da sieht man halt, die waren da, die Angehörigen waren da, der Patient war da. Man hat das besprochen und für uns ist es halt. Und dann können wir das auch nachvollziehen, weil wir ja bei diesen Gesprächen nicht anwesend sind. Wir wissen es ja oftmals nicht. (P2, Z. 371-373)

Die Überprüfung der getroffenen Entscheidung durch Gegenlesen und die Unterschrift eines Facharztes oder eines Oberarztes verleihe den Stationsärzten zusätzliche Sicherheit bei der Umsetzung im Bogen dokumentierter Entscheidungen. Dies bestätigen die Aussagen von A1 und P2:

Ausgefüllt wird er meist vom Stationsarzt oder von mir, wobei, wenn es, wie gesagt, dann Abend ist und wir nicht greifbar sind, muss es auch der zuständige Kollege ausfüllen. Aber wir überprüfen es meistens morgens nochmal, um einfach dann sicher zu sein. Es ist auch ein Facharzt oder ein Oberarzt für die Unterschrift gefordert, sodass wir es doch dann gegenlesen müssen. (A1, Z. 102-106)

Die brauchen vor allen Dingen den Bogen, um sich daran zu hangeln und sagen: „Hier, mein Oberarzt hat hier unterschrieben und mit dem Facharzt ist es abgestimmt.". Die sind diejenigen, die den am meisten brauchen, da können sie sich dann daran hangeln. Sie selber sind nämlich ganz dieser Entscheidungsgewalt beschnitten. (P2, Z. 280-284)

Eine Ärztin merkte in diesem Zusammenhang jedoch an, dass die Regelung der im Dokumentationsbogen erforderten fachärztlichen oder oberärztlichen Unterschrift oftmals nicht eingehalten werden könnte, da beispielsweise am Wochenende das entsprechende Personal nicht vor Ort wäre. Sicherheit bei der Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen sollte einzelnen Befragten zufolge auch die Möglichkeit der Reevaluation der getroffenen Entscheidung geben. Diese Möglichkeit warf in zwei Interviewgruppen Diskussionen auf. In der einen Gruppe war eine Pflegekraft der Meinung, die Reevaluation und damit die Änderung der Verzichtsentscheidung beinhalte lediglich eine Änderung in einen vermehrten und nicht in einen verminderten Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen:

Ich finde das fragwürdig. Also wenn so ein Bogen ausgefüllt wird, dann ist das in meiner Phantasie ein Patient, der keine Prognose hat. Das heißt aber nicht, dass der niemals wieder von Station geht. Das kann auch sein, dass der irgendwie, was weiß ich, wieder zu Hause landet. Das Thema ist einfach nur, ob der jetzt alle möglichen intensivmedizinischen Sachen, die möglich sind, was da eben jetzt ausgefüllt ist, kriegt oder nicht. Und ich finde, wenn einer wirklich langfristig keine Prognose hat und dieser Zettel ausgefüllt ist und er dann trotzdem sich so ein bisschen erholt, hätte ich ein Problem damit, zu sagen: „Ach, dann machen wir aber doch wieder alles.". (P11, Z. 300-307)

In einer anderen Interviewgruppe sah eine Pflegekraft die Möglichkeit der Reevaluation als Unsicherheitsfaktor, da die im Bogen getroffene Entscheidung nicht endgültig wäre und stets geändert werden könnte:

Also nicht, weil sich jetzt der Zustand des Patienten geändert hat, sondern weil irgendjemand von außen nochmal massiv eingegriffen hat aus eigenem Ansehen. Also dass jetzt ein Oberarzt oder irgendwer da zu einer anderen Entscheidung gekommen ist oder, ne, der Zettel war klar, wir halten und daran und dann kommt irgendjemand und sagt: „Ne, also ne, ne, ne, jetzt machen wir doch nochmal was.". Und dann wird in diesem Moment diese Dokumentation konterkariert und das ist natürlich nicht gut. (P1, Z. 308-313)

Andere Interviewteilnehmer der beiden Gruppen äußerten jedoch ihre Zweifel an den Aussagen von P11 und P1. Änderungen im Rahmen einer Reevaluation der Entscheidung müssten der Mehrzahl der befragten Pflegekräfte zufolge sowohl in die eine als auch in die andere Richtung notwendig sein. Änderungen der medizinischen Indikation oder ein geänderter Patientenwille wären Gründe, eine Reevaluation der Entscheidung vorzunehmen. P7 äußerte sich dazu folgendermaßen:

Also ich habe jetzt vor Kurzem eine Änderung erlebt, das war Herr (Name entfernt). Da stand ganz klar drin: Keine Reanimation, keine Intubation. NIV-Maske, ja. Von den Angehörigen entschieden, er selber konnte es nicht entscheiden. (P7, Z. 325-327) [...] Dann ist er gut geworden und dann hat er gesagt: „Ich möchte gerne einen Herzkatheter und ich möchte selbstverständlich intubiert werden.". Und dann ist natürlich auch dem Patientenwunsch entsprochen worden. (P7, Z. 329-331) [...] Also das, ich finde das schon ok, natürlich müssen Änderungen möglich sein. (P7, Z. 341)

Vollständige Sicherheit in der Einhaltung des (mutmaßlichen) Patientenwillens könnte der Bogen A4 zufolge jedoch trotz dessen Überprüfung durch einen Ober- oder Facharzt und der Möglichkeit zur Reevaluation der Entscheidung ohnehin nicht verleihen. Denn der Bogen vermöge er es nicht, konkrete Handlungsanweisungen für jeglichen klinischen Verlauf des Patienten zu enthalten:

Also das hilft mit Sicherheit und ist eine sehr gute Sache, also ich würde ihn auch nicht wieder, ich würde damit nicht, würde niemals sagen: „Wir schaffen den Bogen ab.", auf gar keinen Fall. Aber ich glaube, hundertprozentig wird man wahrscheinlich nicht gerüstet sein. Aber ich würde sagen, dass wir uns alle sehr bemühen, auch im Fall, dass sich die Situation ändert beim Patienten, dass es neue Aspekte gibt, es ist ja genug Platz. Also ich würde sagen, dass wir dann versuchen, dass wir es meistens auch einigermaßen hinkriegen, dann wirklich auf die neue Situation einzugehen. Aber ich glaube, ganz hundertprozentig, ich weiß nicht, was meine Kollegen gesagt haben, aber ich kann es mir nicht. (A4, Z. 185-192) [...] Aber trotzdem ist es sehr viel besser als gäbe es den Bogen nicht. (A4, Z. 197)

Bezüglich der rechtlichen Verbindlichkeit der im Bogen getroffenen Entscheidungen herrschte einzelnen befragten Ärzten zufolge anfänglich eine gewisse Unsicherheit. Dies wird durch die folgende Aussage von A4 deutlich:

Das war ja auch irgendwie, es war ja ganz am Anfang immer eine ganz große Frage: „Gilt der denn auch dann noch für Normalstationen? Ist das denn ein offizielles Dokument?" und so weiter. Da kann ich mich noch dran erinnern, da gab es ganz viele Diskussionen. (A4, Z. 250-253)

Mittlerweile wären diese Unsicherheiten bezüglich der rechtlichen Gültigkeit des Dokumentationsbogens jedoch beiseite geräumt worden, was die Aussagen von A1 und P1 bestätigen:

Das heißt, jeder weiß, dass dieser Bogen ein Bogen ist, wo eben Besprechungen durchgeführt worden sind, wo Dinge festgelegt worden sind und dieser Bogen ist dann auch bindend. (A1, Z. 73-75)

Und da, muss man sagen, hilft uns diese Dokumentation hier, bringt uns wirklich ein Stück weiter, um halt Rechtssicherheit darzustellen und darzulegen, weil auch trotz allem immer noch so diese, ja, diese Unsicherheit ist, ne, also: „Mache ich zu wenig oder mache ich es falsch?", „Was für Konsequenzen hat das?", „Wie sieht das überhaupt aus juristisch? Kann ich dafür belangt werden, wenn ich jetzt gewisse Sachen unterlasse?". (P1, Z. 66-71) [...] Ja, es gibt halt mehr Rechtssicherheit, kann man sagen. Also dadurch hat man natürlich, wenn man weiß woran man ist, dann geht man ja auch ganz anders damit um. Ja, dann weiß man, woran man sich zu halten hat, wie weit man gehen kann und das ist dann schon, das ist sehr, sehr hilfreich für alle Beteiligten. (P1, Z. 88-91)

4.2.9 Umgang mit dem Bogen auf Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen

Zu der Frage nach dem Umgang mit dem Dokumentationsbogen auf Stationen ohne eingeführten Bogen äußerte sich ausschließlich ärztliches Personal. A2 und A4 von Stationen mit implementiertem Dokumentationsbogen äußerten sich positiv hinsichtlich der Akzeptanz und Übernahme des Bogens sowie der Umsetzung der darin getroffenen Entscheidung auf der eigenen Station und auch bei einer Verlegung des Patienten auf anderen Stationen:

Viele kennen den Bogen ja, wie gesagt, schon, weil, wenn der Patient verlegt wird, geht der Bogen ja mit. Der kommt dann auf 1025, also auf unserer IMC-Station, auf Normalstationen in die Patientenakte, da ist aber auf jeden Fall damit kommuniziert: „Ok, es gibt eben eine Patientenverfügung.". (A4, Z. 239-242)

Aber natürlich, wenn jemand damit kommt, der zum Beispiel auf der IMC-Station liegt oder ein Patient, der so etwas hat, das wird von uns natürlich übernommen, wird in der Akte abgeheftet und quasi auch in unserem System vermerkt: „Das und das sollte man quasi einfach halt.". (A2, 136-139)

Ein Arzt einer Station ohne eingeführten Dokumentationsbogen merkte hingegen an, dass der Bogen aus Gründen des Datenschutzes bei einer Übernahme des Patienten nicht entsprechend übernommen würde und die darin vermerkte Entscheidung somit nicht umgesetzt werden könnte:

Eigentlich auch nicht, weil die Patienten sozusagen diese Bögen ja auch nicht mitbekommen. Also wenn wir den Patienten sozusagen überwiesen bekommen aus einer anderen Abteilung, dann bleibt die Akte ja dort, die kriegen wir aus Datenschutzgründen ja dann auch nicht, da ist dann dieser Bogen drin, ja, das ist dann schwierig. Eigentlich fragen wir jeden Patienten selbst. (A5, Z. 138-142)

4.2.10 Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer Umgestaltung oder einer veränderten Nutzungshäufigkeit des Dokumentationsbogens

Es wurden verschiedene Angaben zur Gestaltung und Struktur des Bogens gemacht und wenige Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer Umgestaltung des Dokumentationsbogens getätigt. Die Strukturierung des Bogens wäre nachvollziehbar und gut. Dies bestätigt die Aussage von A4:

Und dann finde ich eigentlich sehr gut, dass die Therapieeinschränkungen oben stehen, dann, ganz wichtig, Gründe für die Unterlassung, dann: „Hat der Patient eine Vorsorgevollmacht oder nicht?" und mit wem wurde das besprochen an dem Tag und warum ging es nur mit dem, wer ist der Betreuer und was ich zum Beispiel auch gut finde, ist, dass die Entscheidung auch im Team kommuniziert wurde, ne? (A4, Z. 126-131)

Das ärztliche und pflegende Personal beschrieb den Bogen als detailliert, übersichtlich, eindeutig formuliert und vollständig, um Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zu fällen und zu dokumentieren. Dies unterstützen die Aussagen von P2 und A1:

Da steht jetzt oben drauf, ob das der Patient selbst wünscht oder die Angehörigen oder ob es nochmal Diskussionsbedarf gibt, das steht ja alles drauf. (P2, Z. 104-106)

Von der Gestaltung her nein. Von den Formulierungen her finde ich es ganz klar. (A1, Z. 109)

Die Vollständigkeit des Dokumentationsbogens, der die entscheidenden Punkte enthielte, betonte A1. Sollten die aufgeführten Inhalte jedoch nicht ausreichen, böte das Feld für frei formulierbare Texte A1 und P8 zufolge Raum für patientenspezifische Ergänzungen:

Sonst bin ich ganz zufrieden. Also ich habe mit dem Bogen keine Probleme, wir haben es bis jetzt immer geschafft, die Dinge, die wir klären wollten, darauf auch festzulegen. Und, wie gesagt, vor allem der Freitext hinten bietet eben auch noch die Möglichkeit, wenn was nicht passt, das nochmal hinzuschreiben. (A1, Z. 129-132)

Das finde ich auch wichtig. Man hat ja nicht alles da drauf, was jetzt nicht gemacht werden sollte oder so. Da muss man sich halt tatsächlich dann nochmal hinsetzen mit den Angehörigen vielleicht oder jetzt die Pflegenden mit den Ärzten, ne? Je nachdem. (P8, Z. 205-208)

Als positive Merkmale der Gestaltung des Bogens wurden ebenfalls sowohl die Möglichkeit einer Reevaluation der im Bogen dokumentierten Entscheidung als auch die Dokumentation von Aufklärungsgesprächen mit dem Patienten oder dessen Angehörigen hervorgehoben. Dies bestätigen die Äußerungen von A1 und P20:

Es gibt auch hinten extra noch die Teile der Reevaluation. Also wenn wir jetzt sehen, dass der Patient am Anfang fast aussichtslos ist und er sich dann doch bessert, dann kann man nochmal hinschreiben: „Wir haben es neu reevaluiert und haben gegebenenfalls neue Dinge besprochen." Also die Möglichkeit besteht ja und die ist ja auch hier extra noch gegeben. Oder wenn man am Anfang nur eine Seite ausgeschlossen hat,

wir nehmen jetzt mal fiktiv die Intubation an, und er verschlechtert sich weiter und jetzt auch die Reanimation ausschließen und die (…) ausschließen möchte. (A1, Z. 154-160)

Und da auf dem Bogen steht auch noch, ob ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder nicht. Das finde ich sehr wichtig. (P20, Z. 88-89) [...] Wenn das mit auf dem Bogen steht, weiß man sofort Bescheid, was man noch besprechen muss. Das ist wichtig. (P20, Z. 91-93)

Seit der Einführung des Dokumentationsbogens im Jahr 2012 wurde bereits eine Ergänzung der auf dem Bogen ankreuzbaren Maßnahmen vorgenommen. Hierzu äußerten sich P8 und P13 wie folgt:

Oder jetzt zum Beispiel das Neueste, das Neueste nicht, aber ist die NIV-Maske, ne, dass man sagt, man macht zum Beispiel nichtinvasive Beatmung eben dann nicht, auch wenn es vielleicht geboten wäre von der Beatmungssituation, aber eben der Patient so krank und hinfällig ist, dass er vielleicht eh verstirbt. (P8, Z. 69-72)

Wir hatten das dazugeschrieben. (P13, Z. 81)

Weitere Vorschläge zur Ergänzung der im Dokumentationsbogen ankreuzbaren lebensverlängernden Maßnahmen wurden nicht getätigt. Ein Kritikpunkt hinsichtlich der Gestaltung des Bogens wäre A4 zufolge jedoch die Notwendigkeit des Gegenlesens und der Unterschrift eines Facharztes oder Oberarztes auf dem Bogen, da diese Vorschrift im klinischen Alltag oft nicht realisierbar wäre:

Also ich finde ihn eigentlich sehr gut. Das einzige Problem, was wir oft haben, ist eben diese Unterschrift, dass. (A4, Z. 265-266) […] Dass es oft keinen Oberarzt oder Facharzt gibt. Aber ansonsten fällt mir persönlich ehrlich gesagt nichts ein, was ich anders machen würde. (A4, Z. 268-269)

Eine Verbesserung der Gestaltung des Dokumentationsbogens würde A2 zufolge durch eine separate Dokumentationsmöglichkeit für das den Patienten behandelnde Pflegepersonal auf dem Bogen erreicht. Diesen Vorschlag begründete er durch den vermehrten und intensiveren Kontakt des Pflegepersonals mit dem Patienten und dessen Angehörigen, was die Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens erleichtere:

Ich würde vielleicht ergänzen, dass man auch einfach halt die Pflege, wie gesagt, mit in die Entscheidung beziehen soll, ja? Einfach halt auch vielleicht da involvieren soll, ja? Ich muss mir überlegen, wie man das hier formulieren soll, ja, wie man sagen soll: „Die Pflege und so weiter.". Die ist, denke ich, in dem Fragebogen auch wichtig, muss einfach unbedingt quasi berücksichtigt werden, ja? (A2, Z. 236-240)

Auf einer Normalstation hat die Pflege, denke ich auch und sage ich so, den quantitativ öfter einfach halt gesehen, war manchmal länger in Kontakt zu den Patienten als der Arzt. Der macht die Visite, wir entscheiden einfach, wie die Therapie ist, manchmal quasi einfach mit dem Computer. Wie gesagt, einmal pro Tag reden wir mit dem Patienten 10-15 Minuten und dann wird das Blut abgenommen und einfach halt gewisse Untersuchungen quasi angemeldet, aber es ist auch hilfreich, dass bei dieser Entscheidung, würde ich sagen, vielleicht auch die Pflege einfach halt mit einbezogen werden soll, weil die uns manchmal auch ganz gute Informationen liefern kann. (A2, Z. 212-219)

Von dem hinsichtlich des eben genannten Verbesserungsvorschlages befragten Pflegepersonal äußerte sich eine Pflegekraft positiv gegenüber der Einführung der separaten Dokumentationsmöglichkeit für Pflegepersonal. Eine Ärztin äußerte hingegen Zweifel an der Umsetzungsfähigkeit dieser Veränderung im klinischen Alltag. Generell wäre jedoch die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen eine gemeinsame Entscheidung des gesamten für die Behandlung des Patienten zuständigen Personals:

Dann müsste man wahrscheinlich den Bogen irgendwie, ja, ich glaube, ein Extrafeld, weiß ich nicht, was ist denn, wenn sich die widersprechen? Wäre wahrscheinlich schwierig. (A4, Z. 278-280) [...] Ne, wenn wir was anderes sagen, als, also. (A4, Z. 282) […] Also wenn die Ärzte irgendwas anderes sagen als die Pflege. (A4, Z. 284) [...] Also ist sicherlich nicht verkehrt, aber stelle ich mir irgendwie ehrlich gesagt schwierig, glaube ich, in der praktischen Umsetzung vor, ehrlich gesagt. (A4, Z. 288-290) [...] Ja, ja, also letztendlich finde ich, verstehe ich den Bogen irgendwie als Sache, die man als Arzt und Pflege zusammen ehrlich gesagt bespricht. (A4, Z. 294-295) […] Also ich würde das nicht getrennt sehen ehrlich gesagt. (A4, Z. 297)

Die befragten Interviewteilnehmer machten unterschiedliche Angaben bezüglich der stationsspezifischen Häufigkeit der Inanspruchnahme des Dokumentationsbogens sowie hinsichtlich der Beweggründe zu dessen Nutzung. A1 und P1 sprachen von einer hohen Nutzungshäufigkeit des Bogens auf ihrer Station. Die Beweggründe zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens wären die fehlende medizinische Indikation für den Einsatz gewisser lebenserhaltender Maßnahmen oder der (mutmaßliche) Wille des Patienten:

Auf unserer Station verwenden wir ihn wirklich sehr gerne. Wir verwenden ihn, wenn wir eben den Eindruck haben, dass die Patienten nicht alles möchten oder die Angehörigen mit uns natürlich bestimmte Gespräche führen oder auch wir den Eindruck haben, dass medizinisch keine sinnvollen Aktionen mehr für den Patienten möglich sind. Dann wenden wir den Bogen an. (A1, Z. 60-64)

Also sagen wir es mal so: Wenn das von Seiten des Patienten bzw. der Angehörigen klar formuliert wird: „Also Intensivtherapie ja, aber nur in einem gewissen Rahmen." und sie das klar kommunizieren, dann füllen wir sofort diesen Zettel aus. (P1, Z. 116-118)

Auf anderen Stationen wie der chronischen Dialyse oder auf Stationen der kardiologischen Abteilung würde die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" bereits ebenfalls genutzt. Dies verdeutlichen die Äußerungen von P13 und A3:

Es gibt aber auch schon allgemeine Pflegestationen, die den Bogen nutzen. Die Kardiologen benutzen den zum Beispiel schon. (P13, Z. 333-334) [...] Und in der Nephrologie, die chronische Dialyse benutzt ihn, die 21 hat ihn eigentlich auch eingeführt. (P13, Z. 336-337)

Aber zum Beispiel, was ich vorhin sagte, auf der Dialysestation, wo Patienten immer wieder kommen, die also nicht nach drei Tagen wieder weg sind, sondern man weiß genau, die sind in ein, zwei, drei Jahren immer noch hier und dialysieren und werden dabei tendenziell nicht unbedingt gesünder und haben auch schon Etliches an Vorerkrankungen, da finde ich das sehr, sehr sinnvoll, dass jeder Patient einen solchen Bogen

hat. (A3, Z. 124-129) [...] Denn auch wenn die Patienten da jünger sind, das, darüber macht sich ja irgendwo auch jeder Gedanken an Patientenseite. (A3, Z. 131-132) [...] Wenn nicht, dann sollte er sich die mal machen und dann kann man sie auch gleich aufschreiben. (A3, Z. 134-135)

Die Mehrzahl der befragten pflegerischen Mitarbeiter einer Intensivstation mit eingeführtem Dokumentationsbogen gab jedoch an, dass der Dokumentationsbogen auf ihrer Station nicht sehr häufig genutzt würde. Dies unterstützt ebenfalls die Aussage von A2, einem Arzt der betreffenden Station:

Das ist etwas, was meistens die IMC-Station oder die Normalstationen häufig verwendet. Wir haben momentan einfach halt diese interne Lösung, wir haben nicht so viele Patienten, wie haben acht Patienten, die da sind. (A2, Z. 130-133)

Laut einzelnen befragten Pflegekräften dieser Intensivstation mit eingeführtem, aber selten genutztem Bogen müsse die Initiative zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens beim Patienten von dem Pflegepersonal ausgehen, ansonsten käme es nicht zu einem Verfassen des Bogens. Dies bestätigt die Aussage von P9:

Aber wahrscheinlich muss er von uns eingefordert werden. (P9, Z. 53) [...] Da liegt nämlich das Problem. Also freiwillig kommt der nicht auf den Tisch. (P9, Z. 55)

Im Rahmen der Frage nach Verbesserungsvorschlägen hinsichtlich einer veränderten Nutzungshäufigkeit des Bogens auf der eigenen und auf anderen Stationen äußerten einzelne Befragte den Wunsch nach dessen vermehrtem Einsatz. Zum einen wäre es A1 zufolge sinnvoll, den Bogen aufgrund einer ähnlichen Patientenklientel auch auf anderen Intensivstationen einzuführen:

Da wäre es auch sicher wünschenswert. Denn die haben die gleichen Probleme wie wir auch. Wir haben Patienten, die halt schwer krank sind, wo es darum geht: „Möchte ich jetzt noch diese Intensivtherapie fortführen? Möchte ich sie noch so intensiv fortführen wie sie jetzt ist oder möchte ich sie doch etwas für den Patienten vielleicht doch leichter machen?". (A1, Z. 148-152)

Zum anderen wurde angegeben, dass auch Normalstationen von einer Einführung des Dokumentationsbogens profitieren könnten. Dies unterstützt die Aussage von A1:

Auf den Normalstationen würde ich es noch begrüßen, wenn die das auch noch mehr einsetzen würden, weil es da dann auch einfacher macht für den Diensthabenden nachts und auch dann eben für unsere Kollegen, wenn sie zur Reanimation gerufen werden. Das wäre schön, wenn es auch da noch viel mehr gebraucht würde. Es wird natürlich schwierig sein, das immer bei allen zu implementieren. Das ist schwierig, aber es wäre wünschenswert. (A1, Z. 135-139)

Eine Pflegekraft ging sogar noch einen Schritt weiter und stellte die Frage nach dem verpflichtenden Ausfüllen des Bogens bei jedem Patienten bei dessen Aufnahme ins Krankenhaus. Dies wäre jedoch einer anderen Pflegekraft zufolge ethisch nicht vertretbar. Außerdem fehlte den Ärzten auf Normalstationen A4 zufolge teilweise die Zeit und Muße, sich mit der

Thematik des Verzichts auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen beim Patienten auseinanderzusetzen:

Wäre sicherlich sinnvoll. Aber es ist natürlich so, wenn da jemand ist, ein Berufsanfänger, der irgendwie zehn Aufnahmen hat, der hat irgendwie natürlich weder Zeit noch Muße, sowas zu besprechen. Das ist ja eigentlich total wichtig, aber auf jeden Fall. (A4, Z. 374-376)

Einer Pflegekraft zufolge wäre die Einführung des Bogens nicht auf allen, jedoch insbesondere auf den hämatologischen und onkologischen Normalstationen zu befürworten, da dortige Patienten am ehesten aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation und Prognose für das Verfassen eines Bogens infrage kämen:

Einerseits finde ich, dass die Bögen viel zu spät eingeführt werden. Teilweise bei vielen Patienten, die zu uns kommen, fände ich es wichtig, dass die einfach früher ausgefüllt werden. Also wenn jetzt hier unsere hämatologischen Patienten von unten hochkommen, bis da ein Bogen ausgefüllt wird, dass überhaupt ein Bogen ausgefüllt wird, ist relativ selten, muss ich wirklich sagen, weil ich sie so sehe und das sind ja gerade unsere Patienten, die relativ selten die Station wirklich lebend verlassen, muss man wirklich mal so in die Statistik reinsehen, ist wirklich so. (P5, Z. 138-144) [...] Und ich finde, nicht alle Normalstationen sollten es haben, aber wirklich diese Stationen, wo halt auch die Sterberate relativ hoch ist. Und das sind gerade die onkologischen Stationen hier im Haus. (P5, Z. 166-168)

4.2.11 Über die Grenzen des Dokumentationsbogens hinausgehende Probleme, Herausforderungen und Wünsche

Die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ wurde konzipiert, um Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende beim Patienten zu vermindern. Jedoch vermag es der Bogen den befragten Interviewteilnehmern zufolge nicht, diese Schwierigkeiten vollends aus dem Weg zu räumen. Es existierten noch immer bleibende, über die Grenzen des Bogens hinausgehende Herausforderungen und Probleme im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende. In diesem Zusammenhang äußerten die Befragten ihre Wünsche für den zukünftigen Umgang mit Entscheidungen über den Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen, um diesen Herausforderungen in angemessener Weise begegnen zu können. Einzelnen Befragten zufolge bestünde ein über die Grenzen des Bogens hinausgehendes Problem in den fehlenden kommunikativen Möglichkeiten des medizinischen Personals zum Ansprechen der Thematik des Verzichts auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen gegenüber jedem aufgenommenen Patienten. Dies unterstützt die folgende Aussage von A3:

Ja, also prinzipiell wäre es ja sinnvoll, wenn eigentlich jeder Patient so einen Bogen hätte, genau wie eine Patientenverfügung, aber mir ist auch klar, dass man das im täglichen Geschäft natürlich nicht jedem Patienten, der ja nicht unbedingt todkrank sein muss, jetzt unter die Nase halten kann, ja? Wenn jetzt jemand zu einer Routineuntersuchung kommt und man kommt dann gleich mit der Frage: „Ja, wollen Sie eigentlich wiederbelebt werden und so?“, dann. (A3, Z. 117-122) […] Dann hält der einen ja für verrückt. (A3, Z. 124)

Einer Pflegekraft zufolge würde das Thema des Verzichts auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen sowohl vom Patienten selbst als auch von dessen behandelndem Personal nicht angesprochen und so die Möglichkeit des Ausfüllens des Dokumentationsbogens trotz dessen Einführung somit erst gar nicht in Erwägung gezogen:

Ja, ich wollte nur wegen onkologischen Normalstationen, da war ich auch und da ist es meistens das Problem, dass die Ärzte mit den Patienten nicht wirklich darüber sprechen, wie ernst die Erkrankung ist. Da kommt der Zettel oder überhaupt das Thema oft von den Ärzten aus nicht zustande oder dass die Patienten einfach immer glauben, dass es wieder wird. Also dass sie auf jeden Fall wieder gesund werden und ein normales Leben weiterführen können. In den meisten Fällen ist es aber nicht so, das ist wirklich, glaube ich, selten halt gewesen, was ich da oben gesehen habe, dass die gesund werden und nach Hause können und so weiterleben können wie vorher. Und ganz viele, die ich in der Ausbildung zum Beispiel da oben gesehen habe, sind dann hier in diesem halben Jahr auf Station verstorben und es wurde nichts geklärt da oben. Die sind hierher gekommen und dann hieß es: „Ja, und was machen wir jetzt? Wie sieht die Therapie aus? Machen wir weiter?". Und dann mussten immer die Onkologen eingeschaltet werden und die kamen dann runter und haben trotzdem noch alles versucht, obwohl es ja eigentlich schon abzusehen war. Ich glaube, vor zwei oder einem Jahr war es schon abzusehen, dass es nicht lange halten wird, aber.
(P4, Z. 233-246)

Ein Problem, das trotz der Einführung des Bogens noch immer bestünde, wäre die fehlende Zeit für ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten und/oder dessen Angehörigen, sodass trotz des Vorhabens zum Ansprechen der Thematik der Entscheidungen am Lebensende gegenüber den Betroffenen der Bogen letztendlich nicht zum Einsatz käme. Dies bestätigt die Äußerung von P8:

Aber wir sprechen, Zeitmangel ist ein gutes Thema, wir sprechen eigentlich gar nicht als Pflegende, Angehörige, Patient geht ja häufig nicht, und Ärzte zusammen, sondern, wenn ich heute an eins denke oder gestern an drei, da ist mit Zeit nichts. Da habe ich die Angehörigen am Bett stehen, während ich was erkläre, blutet der hin. Gestern lief das Bett aus, da lief das Blut aus der Dings, während man hier ein tolles Gespräch führt. Da muss man die Leute erstmal rausschicken. Da ist dann mit so einem Bogen, ist da nichts zu wollen. Es fehlt auch an der Zeit, zusammen mit dem Patienten und mit den Angehörigen. (P8, Z. 253-259)

Trotz des Ausfüllens des Dokumentationsbogens könnte man einer Ärztin zufolge jedoch nicht für alle eventuellen gesundheitlichen Entwicklungen des Patienten eine entsprechende Handlungsanweisung im Bogen dokumentiert haben:

Ich glaube, man kann nie einen Bogen so ausfüllen, dass für alle Fälle hundertprozentig alles geregelt ist, glaube ich nicht. Also man kann sich Mühe geben und letztendlich, wir dokumentieren ja immer zu wenig, meistens, das nervt ja auch, das Dokumentieren, ist aber wichtig, wird einem bloß im Nachhinein oft erst klar. Das gilt jetzt nicht nur für solche Sachen, sondern für alles, was im Krankenhaus ist, wir müssen ja eigentlich bei jeder Visite bei jedem Patienten was aufschreiben, damit alles dokumentiert ist. Hat man ja wenig Zeit für, ne, man möchte ja auch irgendwie Zeit für den Patienten haben und nicht nur für Papierkram. Aber ich denke, dass die wichtigsten Punkte hier darin stehen, aber trotzdem wird es immer wieder dazu kommen, dass sich möglicherweise irgendwas verändert. Irgendwie geht es in die eine oder in die andere

Richtung. Man kann glaube ich nicht für alle Eventualitäten geregelt sein, gerüstet sein. (A4, Z. 173-183)

Wünsche für den zukünftigen verbesserten Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen beim Patienten bestünden zum einen in der vermehrten Auseinandersetzung des Patienten und/oder dessen Angehörigen mit der Thematik der Entscheidungen am Lebensende. Zum anderen wäre es wünschenswert, wenn das ärztliche Personal mehr Mut fände, entsprechende Entscheidungen am Lebensende beim Patienten zu fällen und diese anschließend zu dokumentieren. Dies verdeutlichen die Äußerungen von P1:

Also grundsätzlich würde ich mir wünschen, dass sich jeder Mensch darüber Gedanken macht. Also muss ich ganz ehrlich sagen, ich erwarte eigentlich von jedem erwachsenen, normaldenkenden Menschen, dass er sich darüber Gedanken macht, dass er auch mal in solche Situationen kommen kann und dass er das von sich aus regelt. Also zu Hause schon mit seiner Familie und mit sich selbst klarmacht, sodass das von Vornherein irgendwie schon einmal was da ist, woran man sich halten kann. Das Zweite wäre: Ich würde mir wünschen, dass Pflegepersonal, Ärzte oder überhaupt allgemein Berufsgruppen, die damit konfrontiert werden, dass die im Rahmen der Ausbildung oder im Rahmen des Studiums, also explizit bei Ärzten halte ich das für dringend notwendig, dass die im Rahmen ihres Studiums damit auch mal konfrontiert werden, dass es halt wichtig ist, darauf zu achten und dass ihnen vor allen Dingen auch Mut zur Tat beigebracht wird. Das heißt also, ihnen klar zu machen, dass ich als Arzt zum Beispiel in diese Situation durchaus kommen kann, wo ich eine klare Entscheidung treffen muss oder wo ich eine klare Direktive vorgeben muss. Und dazu brauche ich Charakterstärke und dazu brauche ich halt Kompetenz, klar, aber ich muss in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen. Auch mal gegen Widerstände oder auch wenn man mal unsicher ist. (P5, Z. 170-185)

4.2.12 **Alternative Dokumentationssysteme**

Im Rahmen der Interviews mit ärztlichem und pflegendem Personal der Intensivstationen benannten sowohl die Mitarbeiter der Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen als auch jene von einer Station mit eingeführtem Bogen stationsspezifische alternative Systeme zur Dokumentation des Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen. Ein Arzt einer Station mit eingeführtem Bogen äußerte sich dazu wie folgt:

Wir haben momentan einfach halt diese interne Lösung, wir haben nicht so viele Patienten, wir haben acht Patienten, die da sind. Man kann das in Einzelgesprächen, diese paar Punkte auch natürlich einfach mit der Familie quasi oder dem Betreuer einfach halt besprechen, entscheiden und dokumentieren, ja? Dass man explizit diesen Bogen benutzt, würde ich jetzt nicht einfach sagen auf unserer Station. Die haben, wie gesagt, diese interne Lösung. (A2, Z. 131-136)

Eine Pflegekraft der anderen Station mit eingeführtem Bogen beschrieb dieses alternative System als ein Zeichensystem, in dem verschiedene Zeichen den Einsatz oder den Verzicht auf gewisse lebensverlängernde Maßnahmen symbolisieren:

Sie sagten auch, die 22 besitzt so einen Bogen? (P2, Z. 109) Die 22 macht eine ärztliche Übergabe und da heißt es, so war es auf jeden Fall noch vor einem halben Jahr, zu den Reanimationsmaßnahmen: „Doppelplus oder Plus oder wir machen." und dieser Bogen erscheint nicht oft. (P2, Z. 111-113)

Ein Arzt der Intensivstation ohne eingeführte „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" erklärte die Inhalte des stationseigenen Dokumentationssystems, wobei sich dieses aufgrund der teilweise nicht ausreichenden Detailliertheit von demjenigen auf den Normalstationen der Abteilung unterscheide:

Ja. Also wir haben hier so ein elektronisches Patientenmanagementsystem, mit dem wir die ganze Intensivstation betreiben und dann haben wir dann quasi so ein Feld, wo wir das reinschreiben. (A5, Z. 70-72) […] Ja. In der Neurologie, also bei uns in der Abteilung ist es historisch so, dass wir so ein, ja, so eine Zeichenkodierung haben, die in der Patientenplanette oder Akte vermerkt ist, also ein Plus, ja, dann kriegt der Patient alles. Ein Plus in Klammern, dann weiß jeder, der da draufguckt: Der Patient will nicht auf eine Intensivstation, will nicht intubiert werden, will nicht wiederbelebt werden. Und ein Minus heißt: Der Patient ist infaust. Der wird wahrscheinlich versterben, braucht eine palliative Therapie. Ja. Also das hat sich jetzt jahrelang hier so gehalten, aber für die Intensivstation hat sich das nicht bewährt, weil da natürlich viele Graustufen dazwischen sind. Was heißt jetzt irgendwie beatmet? Patient will nicht beatmet werden für eine kurze Zeit, für, wenn es reversibel ist, woher weiß ich, dass eine Pneumonie reversibel ist oder, ja, das ist immer total schwierig zu sagen. (A5, Z. 74-83)

Auf der Intensivstation wären die Dokumentationen von Entscheidungen über den Verzicht auf Wiederbelebung detailreicher als auf der Normalstation der Abteilung, ausführlich, eindeutig in seinen Formulierungen und Anweisungen und im Notfall schnell für das zuständige Pflegepersonal nachvollziehbar. Dies unterstützt die Aussage von A5:

Also ich finde schon. Wir schreiben es mittlerweile relativ genau auf, was wir mit den Angehörigen besprochen haben und gerade wenn es um detailliertere Entscheidungen geht, also: „Patient soll nicht reanimiert werden und intubiert werden.", das ist ja ganz klar. Das kann man relativ leicht aufschreiben und da stehen dann halt vier Wörter: „Keine Rea, keine Intubation.". Und das kann jeder Pfleger auch innerhalb von einer Sekunde erfassen. Wenn es dann um detailliertere Entscheidungen geht wie: „Keine Katecholamine oder Katecholamine nicht steigern." oder, ja, was gibt es noch, naja. (A5, Z. 103-109) […] Das schreiben wir dann rein. Wenn wir den Patienten oder die Angehörigen, die, also die betreuenden Angehörigen entsprechend befragt haben, dann schreiben wir das auch so detailliert auf, damit es sozusagen auch über die Schichten unter den Ärztinnen und Ärzten quasi übergeben ist und die Pfleger können da natürlich auch reinschauen, ja? (A5, Z. 111-115)

Einer Ärztin auf der Station ohne eingeführten Dokumentationsbogen zufolge wären die in der Notfallsituation entscheidenden Informationen für das zuständige Pflegepersonal schnell nachzuvollziehen. Ausführlichere Angaben beispielsweise zu Gesprächen mit dem Patienten oder dessen Angehörigen wären jedoch nicht sofort verfügbar:

Und das ist eher schnell im System nachzuschauen. Das System ist immer auch offen beim Pflegepersonal, also die Maske. Und wir haben auch eine Maske am Patientenbett, auch einen Computer, wo auch die

Maske für den Patienten offen ist. Es kann sein, wenn man es nicht weiß, dann ja, kann es schon sein, dass es 10-15 Sekunden dauert bis man es nachguckt. (A6, Z. 94-98) […] Ja, wir haben ja erst einmal eine Rubrik oben. Da steht ja ganz oben: Patientenname, Geburtsdatum und dann oben: Wiederbelebende Maßnahmen: Ja oder Nein. Das ist das, was man schnell nachgucken kann. Und dann werden natürlich in den Verläufen die Gespräche mit den Angehörigen auch dokumentiert. Das kann dann natürlich dauern, bis man da nachguckt. Aber das Entscheidende ist das, was gleich in der Maske oben steht. (A6, Z. 108-112)

Die im alternativen System dokumentierte Entscheidung über den Verzicht auf bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen würde der Mehrzahl der Befragten zufolge im Behandlungsteam kommuniziert, sodass das für die Betreuung des Patienten zuständige Personal über dessen Therapieänderungen informiert wäre. Dies verdeutlicht die Aussage von A5:

Und wir übergeben das auch mündlich, also einmal am Tag findet auch sozusagen eine Patientenübergabe von den Ärzten an die Pflege statt, sodass das da auch nochmal erwähnt wird, wenn es da Unklarheiten gibt. (A5, Z. 115-117)

Im Vergleich zum Bogen deckten sich laut den befragten Ärzten ohne eingeführten Dokumentationsbogen dessen Inhalte im Grad der Detailliertheit mit denen des alternativen Dokumentationssystems. Dies bestätigen die Äußerungen von A5 und A6:

Und prinzipiell momentan läuft es eigentlich, also ich bin mit dem, wie wir es momentan gestalten, eigentlich ganz zufrieden. Der Pflege ist es manchmal ein bisschen zu kompliziert, wenn wir detaillierte Festlegungen treffen, die wirklich bis ins kleinste Detail gehen. Manchmal ist es halt notwendig. Aber letztendlich ist der Bogen ja auch nicht einfacher. Also es ist ja auch eine A4-Seite mit viel Text. (A5, Z. 154-158) […] Sodass ich denke, dass unsere Dokumentation jetzt auch nicht komplizierter zu lesen ist in einer Notfallsituation. (A5, Z. 160-161)

Also ich kenne den Bogen nicht so im Einzelnen. Aber was Sie mir so, wie Sie ihn mir beschrieben haben, ist es im Prinzip das, was wir auch mit den Angehörigen besprechen. Es geht nur um die Dokumentation selbst. (A6, Z. 161-163)

Im Gruppeninterview mit dem Pflegepersonal der Intensivstation ohne eingeführten Dokumentationsbogen nannte eine Pflegekraft das Textfeld für frei formulierbare patientenspezifische Informationen als einen Vorteil des Bogens. Dieses bestätigt die Aussage von P20:

Ja, würde ich sagen. Und hinten ist auch nochmal ein Feld, wo man reinschreiben kann, was bei dem bestimmten Patienten noch dazukommt, eine Ausnahmeregelung zum Beispiel. (P20, Z. 97-99)

Außerdem würden in dem Bogen mehr Informationen über den Patienten und die getroffene Entscheidung festgehalten als in dem alternativen Dokumentationssystem. Insbesondere wurde diesbezüglich die Dokumentation der Aufklärungsgespräche mit dem Patienten oder dessen Angehörigen genannt. Dies verdeutlichen die Äußerungen von P20, P21 und P22:

Es werden schon mehr Dinge abgefragt, aber das ist ja auch gut. (P22, Z. 121)

Unser jetziges System ist auch gut, manchmal nicht so detailliert. (P21, Z. 113-114)

Bei uns in den Übergaben oder beim Patienten wird so oft gefragt, ob die Entscheidungen auch mit den Angehörigen besprochen wurden und es ist oft nicht klar und keiner weiß es. Wenn das mit auf dem Bogen steht, weiß man sofort Bescheid, was man noch besprechen muss. Das ist wichtig. (P20, Z. 89-93)

4.2.13 Erfahrungen mit dem Bogen auf der neurologischen Intensivstation ohne eingeführten Dokumentationsbogen

Persönliche Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen auf der Station ohne eingeführten Bogen wurden von der Mehrzahl des befragten Pflegepersonals sowie von den beiden Ärzten verneint. Dies beträfe sowohl Erfahrungen durch die Verlegung von Patienten mit bereits ausgefülltem Bogen als auch durch Erfahrungsberichte von Kollegen. Dies bestätigt die Aussage von A5:

Eigentlich auch nicht, weil die Patienten sozusagen diese Bögen ja auch nicht mitbekommen. (A5, Z. 138-139) […] Also ich weiß, dass manche Innere Abteilungen den halt einsetzen, aber ich habe mich da jetzt mit den Kollegen noch nicht drüber unterhalten, ehrlich gesagt. (A5, Z. 145-146)

Lediglich eine Pflegekraft der Station ohne eingeführten Dokumentationsbogen konnte über persönliche Erfahrungen mit dem Bogen berichten:

Ja. Ich bin im Moment in meiner Weiterbildung und muss deswegen zwischen den Stationen rotieren und habe den vor zwei Jahren auf der Station 1026 kennengelernt. (P20, Z. 81-82) […] Da hieß es halt immer in den Übergaben bei den entsprechenden Patienten: „Der hat einen rosa Zettel". Der war immer ganz vorne sichtbar auf der Patientenakte aufgeheftet und dann wusste man Bescheid, dass Einschränkungen gemacht wurden. (P20, Z. 84-86) […] *Und da auf dem Bogen steht auch noch, ob ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder nicht. Das finde ich sehr wichtig. (P20, Z. 88-93) […] Hier finde ich es auch gut, dass immer wieder reevaluiert wird und das Geschriebene an Veränderungen beim Patienten angepasst wird. (P20, Z. 124-125)*

4.2.14 Vorstellbarkeit der Einführung des Bogens auf der Station ohne implementierten Dokumentationsbogen

Bezüglich der Vorstellbarkeit einer Einführung des Dokumentationsbogens auf Stationen ohne implementierten Bogen äußerten sich die Interviewteilnehmer in unterschiedlicher Weise. Den beiden befragten Ärzten der Station zufolge bestünde ein Nachteil des Bogens, der gegen dessen Einführung spräche, in dessen mangelnder Detailliertheit beispielsweise in Bezug auf den Verzicht auf die Maßnahme der Intubation. Dies unterstreichen die Aussagen von A5 und A6:

Aber zum Beispiel fehlen mir hier so bestimmte Einstufungen. Intubation, Beatmung, ja? Für manche Patienten ist das wirklich ganz klar: „Ja, ich will das.". Aber bei unseren Patienten, wir haben ja häufig so Patienten, die dann potenziell zu langzeitbeatmeten Patienten werden könnten. Das wissen wir halt vorher

nicht. Also zum Beispiel: Großer Schlaganfall, klar, aufgrund der Akutsituation wird der Patient intubiert, beatmet, kriegt vielleicht eine Hemikraniektomie, kriegt dann eine Pneumonie und, ja, wie ist es jetzt? Kriegt man den Schlauch aus dem Hals wieder raus? Kann man vorher mit der Schwere der Hirnschädigung auch nicht sagen, weil die Patienten häufig dann Schluckstörungen haben, Atemstörungen. Ein Patient, der in der Inneren Medizin ist, der einfach nur in Anführungsstrichen eine Pneumonie hat, da weiß man: „Ok, da kommt der Schlauch rein, die Wahrscheinlichkeit, dass man die Pneumonie ausbehandeln kann, ist groß und dass man den Schlauch dann auch wieder rausnehmen kann, die Wahrscheinlichkeit ist groß.": Und das ist bei uns halt, ja, häufig schwierig einzuschätzen. Und deswegen fragen wir die Patienten halt häufig, die sagen immer: „Ja, ich will auf keinen Fall an eine Beatmungsmaschine.". Und wenn man dann genauer nachfragt: „Ja, aber wenn wir glauben, dass das eine reversible Situation ist.", also wie zum Beispiel eine Pneumonie, die man behandeln kann, ja dann würden sie das wollen, ja? Und diese Abstufung halt zu treffen, das ist manchmal doch recht relevant, ja. Und wenn die Patienten dann sagen: „Aber ich will keine Langzeitbeatmung, keine Tracheotomie oder sowas.", dann weiß man: Ok, man kann den Patienten intubieren und behandelt sie antibiotisch. Wenn es besser wird, ist gut und wenn nicht, dann kann man sozusagen auch immer noch die Behandlungen abbrechen, wenn es sich in eine Langzeitbeatmungssituation zum Beispiel entwickeln würde. Ja. Einfach dieses Vorhersehen ist nicht ganz so einfach, glaube ich. (A5, Z. 174-196)

Ich weiß, wir haben uns damals dagegen entschieden, weil wir das für uns einfach nochmal genauer machen, weil wir einfach nochmal Patienten mit Hirnschädigungen haben. Deshalb ist das bei uns nochmal genauer. (A6, Z. 165-168)

Trotz dessen mangelnder Ausführlichkeit wäre der Einsatz des Dokumentationsbogens in einer Notfallsituation A5 zufolge möglich und wichtig:

Ich meine, es ist ja auch nicht so schlimm, dass auf diesem Zettel dann, also der wäre für den absoluten Notfall, wenn da nicht detailliert draufsteht, was der Patient wollen würde. Das ist ja dann was, was man dann immer noch entscheiden kann. Aber einfach für den Notfall: Intubation, Reanimation, Defibrillation, ja, einfach so drei, vier Dinge, die dann halt abgelehnt oder nicht abgelehnt werden. Oder, ja, wo auch dokumentiert wird, dass der Patient sich vielleicht nicht sicher ist, sodass man trotzdem die Maßnahmen durchführt, aber dass man weiß, da bestehen irgendwelche Zweifel. Das fände ich schon ganz relevant. (A5, Z. 214-220)

Ein Nachteil des Bogens gegenüber dem stationsinternen System zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen bestünde A5 zufolge in der mangelnden Einfügung des Dokumentationsbogens aus Papier in die nur in elektronischer Form bestehende Akte des Patienten:

Also einerseits würde sich, ja, fügt er sich ein bisschen schlecht sozusagen in dieses Computersystem hier ein. Das ist halt, wir haben also eine elektronische Akte, das heißt, da kann man den schlecht abheften, ja? Der Pflege ist es manchmal ein bisschen zu kompliziert, wenn wir detaillierte Festlegungen treffen, die wirklich bis ins kleinste Detail gehen. Manchmal ist es halt notwendig. (A5, Z. 152-157)

Einer befragten Pflegekraft zufolge ließe sich das Problem der mangelnden Kompatibilität zwischen dem elektronischen und dem konventionellen System zur Dokumentation von Entscheidungen am Lebensende jedoch lösen. Ebenso wäre der Bogen in seinen Ausführungen detaillierter als das alternative Dokumentationssystem. Daher schlug sie vor, die beiden Dokumentationssysteme im klinischen Alltag zu kombinieren:

Nein, das würde kein Problem sein, dann müsste man ihn einfach nur einscannen. Unser jetziges System ist auch gut, manchmal nicht so detailliert. Man könnte den Bogen auf jeden Fall zusätzlich nehmen. (P21, Z. 113-115)

Dies verursachte zwar P20 und A6 zufolge im Vergleich zum jetzigen Zeitpunkt einen höheren Dokumentationsaufwand, doch A6 äußerte auch, dass ein klinikweit einheitliches System zur Dokumentation von Entscheidungen am Lebensende vorstellbar wäre:

Es ist natürlich aufwändig, so einen Bogen auszufüllen. Das nimmt vielleicht mehr Zeit in Anspruch als einfach nur ein Plus oder ein Minus hinzuschreiben und in ein oder zwei Sätzen ein bisschen was zu erläutern. (P20, Z. 118-120)

Aber klar, wenn es jetzt ein einheitlicher Bogen ist, wenn es den anderen Stationen helfen würde, ja. Also dagegen spricht nichts, nur, dass es noch mehr Dokumentation ist. (A6, Z. 174-175)

Ein Vorteil einer klinikweit einheitlichen Form der Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen wäre die Vereinfachung der Übergabe der getroffenen Entscheidung bei einer Verlegung des Patienten. Die Möglichkeit zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens beim Patienten könnte diesen oder dessen Angehörige ebenfalls dazu anregen, sich Gedanken über Vorstellungen und Wünsche am Lebensende zu machen, sodass dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entsprochen werden könnte. Dies gelänge jedoch ohnehin nicht immer, da bei Patienten unvorhergesehene gesundheitliche Entwicklungen geschehen könnten. Dies bestätigen die folgenden Äußerungen von A5 und P23:

Ne, ich finde das total gut, dass Sie sich darum kümmern und ich fände es relevant, oder ich fände es wichtig, wenn es das klinikweit einheitlich gäbe. Ich glaube, das wäre eine Sache, die alles erleichtern würde. Gerade, wenn ein Patient von A nach B verschoben wird und dann Ärzte und Pflege den nicht kennen und da gibt es ein ganz klar einheitliches Dokument, was das sozusagen belegt: „Patient will das und das nicht.". (A5, Z. 208-212)

Ich finde sowieso, etwas Einheitliches zu haben, das bei jedem Patienten gleich ist, was jeder, der mit dem Patienten in Kontakt kommt, sofort verstehen kann, sehr gut. Das würde viele Komplikationen und Fehler vermeiden. Und so beschäftigen sich viele Leute vielleicht auch früher mit ihrem eigenen Tod oder mit dem Tod ihrer Angehörigen und es werden mehr Entscheidungen getroffen, die dem Patientenwillen folgen. Allerdings gibt es natürlich auch immer wieder Notsituationen, vor allem auch bei jungen Patienten, die man nicht vorhersehen kann. Auf alle Eventualitäten kann man einfach nicht immer vorbereitet sein. (P23, Z. 203-209)

Da im Dokumentationsbogen auch die Aufklärungsgespräche mit dem Patienten und/oder dessen Angehörigen vermerkt werden, erhofften sich einzelne Pflegekräfte der Station ohne implementierten Dokumentationsbogen durch dessen Einführung eine klare, ausführliche und einheitliche Kommunikation sowohl innerhalb des behandelnden Personals als auch mit dem Patienten und dessen Angehörigen. Dies unterstützen die Aussagen von P20 und P23:

Ja, das Thema mit den Angehörigen ist eine Sache. Das würde der Bogen vielleicht verbessern, dass Dinge einfach klarer mit allen kommuniziert und besprochen werden. (P20, Z. 160-161)

Da wäre es toll, wenn der Bogen ein längeres Gespräch hervorrufen könnte, in dem man einfach sachlich aufgeklärt wird und dann entscheiden kann. Das Gespräch mit den Angehörigen müsste dann dokumentiert werden. Damit auch nicht jeder etwas anderes zu denen sagt. (P23, Z. 168-171)

Trotz der soeben genannten möglichen Erträge einer klinikweiten Einführung der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" wäre es schwierig, diese auf der Station ohne implementierten Bogen einzuführen. Mit dem alternativen System bestünde ein gut laufendes Dokumentationssystem, mit dem insbesondere das Personal auf den Normalstationen der Abteilung vertraut wäre. Dies verdeutlicht die Aussage von A5:

Aber ich sehe es jetzt nicht, dass wir den Bogen in der Neurologie jetzt so einfach adoptieren können, weil wir da eigentlich ein System haben, was relativ gut läuft und mit dem auch die Pflegenden irgendwie vertraut sind. Gerade auf den Normalstationen. Die gucken auf ihre Planette drauf und sehen diese ungefähre Abstufung halt: Komplette Maßnahme halt oder abgeschwächte Maßnahme oder was auch immer der Patient halt haben möchte. Ich glaube nicht, dass das das dann einfacher machen würde. (A5, Z. 220-226)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Mehrzahl der befragten Interviewteilnehmer der Station ohne eingeführten Dokumentationsbogen keine Erfahrungen mit diesem vorweisen konnte, was die folgende Aussage von A6 bezüglich der möglichen inhaltlichen Vorteile einer Einführung des Bogens nachvollziehbar erscheinen lässt:

Ob es wirklich inhaltlich auch viel bringt, weiß ich nicht, weil wir damit keine Erfahrung haben. (A6, Z. 175-176)

5 Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden retrospektiven Studie zur Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ wurde sowohl auf die quantitative als auch auf die qualitative Betrachtung der Inhalte des Dokumentationsbogens Wert gelegt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen lieferten erstmals sowohl Erkenntnisse über die in einem Bogen zum Therapieziel sowie der Behandlungswünsche von Patienten dokumentierten Inhalte sowie andererseits über persönliche Erfahrungen des ärztlichen und pflegenden Personals im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende. In diesem Zusammenhang konnte sowohl die Bedeutung der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ als auch diejenige alternativer Dokumentationssysteme in dem Prozess der Entscheidungsfindung am Lebensende eruiert werden. Diesbezüglich wurden die Stärken und Schwächen des neu implementierten Dokumentationsbogens sowie etwaige Verbesserungsvorschläge hinsichtlich dessen Gestaltung und Nutzungshäufigkeit analysiert. Aus der quantitativen und qualitativen Analyse dieser Arbeit gehen dementsprechend Ergebnisse hervor, die für die Evaluation sowie die kritische Hinterfragung der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ von Bedeutung sind.

5.1 Kenntnisstand, Nutzungshäufigkeit und Einsatzgebiete des Dokumentationsbogens

Die Ergebnisse der Interviews mit ärztlichem und pflegendem Personal der nephrologischen und kardiologischen Intensivstationen, auf denen der Bogen im Jahr 2012 eingeführt wurde, zeigen, dass der Bogen und seine Inhalte auf diesen Stationen über einen hohen Bekanntheitsgrad verfügen. Auf der neurologischen Station, auf der der Bogen nicht eingesetzt wird, wissen die Mitarbeiter zwar, dass es den Bogen gibt, sind aber über dessen Inhalte zumeist nicht informiert.

5.1.1 Kardiologische Intensivstation

Erste Kenntnisse über die Inhalte und Anwendungsgebiete des Dokumentationsbogens erlangten die ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter der kardiologischen Intensivstation im Rahmen einer ausführlichen Einweisung in dessen Handhabung im Jahr 2012. Seit dieser mittlerweile fünf Jahre in der Vergangenheit liegenden offiziellen Einführung gab es jedoch keine erneute vergleichbare Einweisung – weder für das ärztliche, noch für das pflegende Personal. Der befragte Oberarzt der kardiologischen Intensivstation begründete dies mit dem zeitlichen Aufwand und verwies darauf, dass die Ärzte, die neu auf der Station wären, eine Kurzeinführung in den Bogen erhielten. Eine solche ist nach Aussage der befragten Fachärztin aber nicht Teil der Checkliste für die Einarbeitung neuer ärztlicher Mitarbeiter, sodass anzunehmen ist, dass sie eher anlassbezogen als systematisch erfolgen dürfte. Glei-

ches gilt für das Pflegepersonal: Der Inhalt des Bogens und damit verbundene Fragen würden, so die Auskunft der befragten Pflegenden, anlassbezogen am Krankenbett besprochen. Dies wird von den Pflegenden aber nicht als Defizit wahrgenommen: Der Bogen sei vielmehr so eindeutig und selbsterklärend, dass man eine routinemäßige Einführung als verzichtbar ansehe.

Eine solche anlassbezogene, nicht systematische Einweisung birgt aber die Gefahr einer unterschiedlichen, personenabhängigen Fokussierung der übermittelten Inhalte sowie einer möglichen Auslassung wichtiger Informationen durch einfaches Vergessen. Demnach können sowohl beim ärztlichen als auch beim pflegenden Personal durch uneinheitliche Erklärungen des Bogens unterschiedliche Kenntnisstände über dessen Inhalte, Anwendungsgebiete und Handhabung resultieren, die einen angemessenen Umgang mit dem Bogen beim gesamten Personal erschweren. Die Uneinheitlichkeit des Einführungsverhaltens in den Bogen beim ärztlichen und pflegenden Personal kann durchaus als ein Grund für eventuelle unangemessen und in falscher Weise ausgefüllte Bögen in Erwägung gezogen werden. Vor dem Hintergrund der starken Mitarbeiterrotation auf Intensivstationen, sowohl das ärztliche als auch das pflegende Personal betreffend, ließe sich die erneute Durchführung einer ausführlichen oder zumindest einer vereinheitlichten, systematischen Einweisung durchaus diskutieren.

Dass der Umgang mit dem Bogen auf der kardiologischen Intensivstation dennoch gut zu funktionieren scheint, dürfte damit zusammenhängen, dass er auf dieser Station regelmäßig zum Einsatz kommt. Nach übereinstimmender Aussage der ärztlichen und pflegenden Mitarbeitenden wird bei fast jedem neu aufgenommenen Patienten die Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit des Einsatzes des Bogens geprüft. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der quantitativen Analyse wider, im Rahmen derer im ersten viermonatigen Untersuchungszeitraum zwölf und im zweiten elfmonatigen Untersuchungszeitraum 87 Bögen von der kardiologischen Intensivstation ausgewertet werden konnten.

Anlass für das Ausfüllen eines Bogens können nach Aussage der Ärzte und Pflegenden die fehlende medizinische Indikation, der von Angehörigen oder vom Patientenstellvertreter vorgetragene Patientenwille sowie vereinzelt auch der Wunsch des Patienten selbst sein. Auch diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der quantitativen Analyse bestätigt. Die häufigsten in den Bögen angegebenen Beweggründe für den Verzicht auf gewisse Maßnahmen waren die fehlende medizinische Indikation sowie eine Entscheidung des Patientenstellvertreters im mutmaßlichen Sinne des Patienten. Halb so häufig wurden Therapiemaßnahmen durch den einwilligungsfähigen Patienten selbst abgelehnt. In sechs Fällen wurden keine Gründe für das Unterlassen bestimmter lebenserhaltender Maßnahmen genannt, was eigentlich nicht sein sollte, denn medizinische Entscheidungsfindungen gründen sich auf den Säulen der medizinischen Indikation und des (mutmaßlichen) Patientenwillens. Wenn jedoch in einem Dokumentationsbogen kein Grund für die Entscheidung über Therapieziele am Lebensende angegeben ist, ist diese aus rechtlicher und selbstverständlich auch aus ethischer

Sicht nicht legitimiert. Grund für dieses unangemessene Ausfüllen des Dokumentationsbogens kann beispielsweise die bereits erwähnte unsystematische Einweisung der Mitarbeitenden in den Bogen sein. Wenn Mitarbeiter in die angemessene Handabung des Dokumentationsbogens eingeführt werden, kann der Bogen durchaus zur Verbesserung der Dokumentationsqualität von Therapiezielentscheidungen am Lebensende beitragen. Im Rahmen einer an der Universitätsklinik in Mainz durchgeführten Studie wurde die Qualität der Dokumentation von Therapiezielen am Lebensende sowohl vor als auch im Anschluss an eine Einführung eines entsprechenden Dokumentationsbogens untersucht. Hierbei wurden alle den internistischen Fachdisziplinen zugehörigen stationären Patienten im Hinblick auf das Vorhandensein sowie die Qualität einer entsprechenden Therapiezieldokumentation untersucht. Es stellte sich heraus, dass mit Einführung eines Dokumentationsbogens die Prävalenz entsprechender Dokumentationen zwar konstant blieb, der Anteil detaillierter Ausführungen in der entsprechenden Vorlage jedoch von 5,9 auf 65,4 % anstieg (Schmidt et al. 2015).

5.1.2 Nephrologische Intensivstation

Das ärztliche und pflegende Personal der nephrologischen Intensivstation erhielt ebenfalls eine ausführliche Einweisung in die Handhabung des Bogens im Jahr 2012. Auch auf dieser Station gab es seit dieser inzwischen fünf Jahre in der Vergangenheit liegenden offiziellen Einführung keine erneute vergleichbare Einweisung – weder für das ärztliche, noch für das pflegende Personal.

Die fehlende erneute Einweisung in den Bogen, verbunden mit der Tatsache, dass er auf dieser Station weniger häufig zum Einsatz kam, kann mit ein Grund dafür sein, dass der Dokumentationsbogen auf dieser Station mittlerweile nicht mehr genutzt wird. Es werde zwar dem befragten Oberarzt der nephrologischen Intensivstation zufolge bei fast jedem neu aufgenommenen Patienten die Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen geprüft, die getroffene Entscheidung jedoch nicht im Bogen dokumentiert. Dies lässt sich durch die Ergebnisse der quantitativen Analyse bestätigen, im Rahmen derer im ersten viermonatigen Untersuchungszeitraum vier und während des zweiten, elf Montate umfassenden Untersuchungszeitraumes kein einziger Dokumentationsbogen von der nephrologischen Intensivstation ausgewertet werden konnte.

Der befragte Oberarzt der nephrologischen Intensivstation betonte in diesem Zusammenhang die Bedeutung des stationsspezifischen alternativen Systems zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, welches den Bogen nach seiner Einschätzung entbehrlich macht. Die Pflegekräfte der nephrologischen Intensivstation äußerten jedoch zum einen ein Bedauern über die zurückgegangene Nutzungshäufigkeit des Dokumentationsbogens und formulierten zum anderen den Wunsch nach dessen vermehrter Inanspruchnahme auf ihrer und auch auf anderen Stationen. Da der Bogen auf Ini-

tiative der Ärzte hin nicht bzw. nur sehr selten zum Einsatz kommt, muss es den Pflegekräften der nephrologischen Intensivstation zufolge ihre eigene Aufgabe sein, das ärztliche Personal zum Ausfüllen des Bogens anzuregen.

5.1.3 Neurologische Intensivstation

Die ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter der neurologischen Intensivstation, auf der der Bogen nicht eingesetzt wird, wissen zwar größtenteils, dass es den Dokumentationsbogen gibt, sind aber über dessen Inhalte und Anwendungsgebiete zumeist nicht informiert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich das ärztliche Personal der neurologischen Intensivstation im Jahr 2012 bewusst gegen eine Einführung des Dokumentationsbogens entschieden und dementsprechend keine offizielle Einweisung in dessen Inhalte und Handhabung erhalten hatte. Der befragte Facharzt der neurologischen Intensivstation begründete die Ablehnung des Bogens mit dessen unzureichender Gestaltung sowie mit der Gewöhnung des Personals an das altbewährte System. Auf diese Gründe wird sowohl in den Kapiteln der Stärken und Schwächen des Bogens als auch im Kapitel zum Vergleich des Bogens mit stationsspezifischen alternativen Systemen zur Dokumentation von Therapieverzichtsentscheidungen eingegangen.

Den übereinstimmenden Aussagen des ärztlichen und pflegenden Personals der neurologischen Intensivstation zufolge werde zwar bei nahezu jedem neu aufgenommenen Patienten die Indikation bzw. Sinnhaftigkeit von möglichen Therapiezieländerungen überprüft, entsprechende Entscheidungen jedoch in einem alternativen abteilungsspezifischen System dokumentiert. Dementsprechend konnten auch von der neurologischen Intensivstation keine Dokumentationsbögen ausgewertet werden.

Unabhängig von den Vor- und Nachteilen in der Gestaltung des Dokumentationsbogens erschwert das teilweise beim neurologischen Pflegepersonal fehlende Wissen um die Existenz eines derartigen Bogens dessen mögliche Einführung auf dieser Intensivstation und eventuell auch auf weiteren Stationen. Die Option einer Entscheidung über dessen Implementierung kann so überhaupt nicht in Erwägung gezogen werden. Nun ließe sich argumentieren, dass das Pflegepersonal diesen Bogen ohnehin nicht ausfüllen würde und die Verantwortung für die Dokumentation von Entscheidungen am Lebensende allein beim ärztlichen Personal läge, das immerhin um die Existenz des Bogens wisse und somit eine Entscheidung über dessen Einführung treffen könnte. Doch auch das Pflegepersonal muss ärztlicherseits dokumentierte Entscheidungen verstehen und eindeutig umsetzen können, sodass die Meinung der Pflegenden bei der Diskussion um eine mögliche Einführung des Dokumentationsbogens eine tragende Rolle spielen sollte. Hierfür müsste das Wissen um die Existenz und die Inhalte des Bogens allerdings unabdingbare Voraussetzung sein.

Es ist zukünfig zu untersuchen, inwieweit neben dem unsystematischen Einweisungsverhalten in den Dokumentationsbogen weitere Faktoren einerseits zu dessen geringer oder feh-

lender Inanspruchnahme und andererseits zu dessen möglicherweise unangemessener Anwendung beitragen. In Betracht kommende Ursachen sind beispielsweise die unzureichende oder unpassende Gestaltung des Bogens sowie unüberwindbare stationsspezifische organisatorische Barrieren. Diese Faktoren spielten auch bei der Ablehnung einer Implementation des Dokumentationsbogens auf der neurologischen Intensivstation im Jahr 2012 eine Rolle. In den folgenden Kapiteln der Stärken und Schwächen des Dokumentationsbogens wird sowohl dessen Gestaltung als auch dessen klinische Alltagstauglichkeit näher beleuchtet und hinterfragt.

5.2 Stärken des Dokumentationsbogens

Die befragten ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter benannten verschiedene Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit Entscheidungen über Therapieziele am Lebensende. Aus den Äußerungen der Interviewteilnehmer geht hervor, dass der Dokumentationsbogen einen Teil dieser Schwierigkeiten zu lösen bzw. zu verringern vermag.

Bei vielen der benannten Probleme standen kommunikative Schwierigkeiten mit dem Patienten und dessen Angehörigen im Vordergrund. Insbesondere die Pflegenden äußerten sich dahingehend, dass die Thematik der Therapieziele am Lebensende gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen oftmals nicht rechtzeitig angesprochen wird und die Betroffenen alleine vor einer eventuellen Therapieverzichtsentscheidung stehen. Den Pflegekräften zufolge scheut sich das ärztliche Personal vor derartigen Gesprächen über Entscheidungen am Lebensende, da sie unangenehm und Wahrheiten über den Gesundheitszustand des Patienten oft schwer zu akzeptieren sind. Hier kann der Bogen ein Anstoß sein, die Frage nach den Grenzen der Intensivtherapie frühzeitig zu stellen und gegenüber dem Patienten bzw. dessen Angehörigen anzusprechen. Dem Problem der mangelnden Kommunikation zwischen dem Behandlunspersonal und dem Patienten über dessen Therapiewünsche am Lebensende wird, wie bereits in der Einleitung erwähnt, mit Konzepten der gesundheitlichen Vorausplanung begegnet. In der ambulanten Versorgung werden im Rahmen der Konzepte des *advance care plannings* in einigen Ländern durch qualifizierte Gesprächsbegleitung Behandlungswünsche des Patienten im Rahmen einer Patientenverfügung eruiert und dokumentiert. Das Konzept des *advance care planning* sieht auch Vorausverfügungen für Notfallsituationen vor, sodass im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit des Patienten die Einhaltung des Patientenwillens gewährleistet wird (Nauck et al. 2018). Eine Studie, die die Implementation derartiger Gesprächskonzepte und Vorausverfügungen in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen verfolgte und damit verbundene Veränderungen untersuchte, zeigt, dass die Einrichtung eines ACP-Programmes eine Intervention auf vielen verschiedenen Ebenen bedeutet. Neben genügend fachlich geschultem Personal bedarf die Implementierung des ACP viel Zeit und eine Einbeziehung der gesamten Organisationsstruktur einer Einrichtung. Ebenso ist eine öffentliche Aufklärung über das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung ratsam, damit dieses in der Bevölkerung keine „große Unbekannte“ bleibt (Hecht et al. 2018).

Ferner wurde im Rahmen der hier durchgeführten Studie von Kommunikationsproblemen innerhalb des Behandlungsteams berichtet. Der Umstand, dass die Therapieentscheidung in letzter Konsequenz von den Ärzten getroffen wird, sowie die Erfahrung, dass die eigene Einschätzung bei der Entscheidungsfindung oft nicht ausreichend berücksichtigt wird, befördert eine resignative Haltung bei den Pflegenden. Die Tatsache, dass der Bogen auch die Besprechung und Kommunikation der Entscheidung im Team abfragt, kann dazu beitragen, dass die pflegenden Mitarbeiter stärker in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Auch veranlasst die frühzeitige Auseinandersetzung mit der Frage nach den Grenzen der Intensivtherapie, dass mögliche Differenzen innerhalb des Teams eher zutage treten und folglich auch früher angesprochen und geklärt werden können. Unklarheiten und Uneinigkeiten bezüglich des mutmaßlichen Patientenwilllens können so aus dem Weg geräumt werden, so dass für den Fall einer Notfallsituation klare Handlungsanweisungen bestehen. Ein maximaler Therapieeinsatz, der nicht im Sinne des Patienten ist, kann somit von Vornherein unterbunden werden. Die Bedeutung der Kommunikation im multiprofessionellen Team wird auch im Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI zur Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin aufgegriffen. Entscheidungen sollten hiernach idealerweise im ärztlichen Konsens getroffen werden, da nur so eine sinnvolle Umsetzung einer Therapiezieländerung erfolgen kann. Im Falle eines bestehenden Dissens ist die Eruierung des mutmaßlichen Patientenwillens im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung im klinischen Ethikkomitee angeraten (Janssens et al. 2012). Die Dokumentation einer Beratung durch das KEK erfolgte im Sammlungszeitraum der Dokumentationsbögen jedoch nur in einem Fall.

Natürlich wäre es falsch zu glauben, der Bogen könne alle Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Personals oder mit den Angehörigen lösen. Dies ist aber auch gar nicht anzustreben, da eine konstruktive Auseinandersetzung unter Einbeziehung unterschiedlicher Meinungen und Einschätzungen dazu beitragen kann, die verschiedenen Perspektiven bei der Entscheidungsfindung angemessen zu berücksichtigten. Der Bogen kann eine solche Entscheidungsfindung anstoßen und durch seine Struktur anleiten.

Ferner kann der Dokumentationsbogen auch eine Entlastung für den behandelnden Arzt bewirken. Dieser trägt zwar die Verantwortung für die letzten Endes zu treffende Entscheidung zur Festlegung des Therapieziels. Die durch den Bogen angestoßene und unterstützte gemeinsame Entscheidungsfindung im Behandlungsteam kann ihn aber bei der Wahrnehmung dieser Verantwortung unterstützen und mögliche innere Konflikte (zum Beispiel bei unklarem Patientenwillen oder eigenen moralischen Bedenken) verringern.

Im Bogen werden die getroffenen Entscheidungen über Therapieziele dokumentiert. Dies trägt zusammen mit der besonderen Farbe und der Positionierung des Bogens in der Krankenakte dazu bei, dass getroffene Entscheidungen bei Verlegungen kommuniziert und in der Notfallsituation berücksichtigt werden.

Die Eignung des Bogens als Notfallinstrument ist durch dessen übersichtliche und klare Strukturierung gegeben. An erster Stelle sind die zu unterlassenden lebenserhaltenden Maßnahmen als Ankreuzoptionen aufgeführt. In nahezu allen Bögen wurden mehrere dieser Maßnahmen angekreuzt, fast immer wurde der Verzicht auf eine mechanische Reanimation erklärt. Alle anderen Therapiemaßnahmen wurden deutlich seltener ausgeschlossen, wobei beim Vergleich der beiden Untersuchungszeiträume die Defibrillation im ersten Untersuchungszeitraum deutlich häufiger und die Intubation/Beatmung deutlich seltener abgelehnt wurde. Auf sonstige Maßnahmen wurde in einem Drittel der Bögen verzichtet. Die ankreuzbaren Maßnahmen entsprechen demnach denjenigen Therapieoptionen, die am häufigsten eine Begrenzung erfahren. Die ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter gaben an, die Entscheidungen über Therapieziele vollständig und detailliert im Bogen dokumentieren zu können. Falls dessen vorgegebene Inhalte hierfür nicht ausreichen, besteht die Möglichkeit, in einem freien Textfeld zusätzliche Informationen zum Patienten und den Gründen für die Therapieziele anzugeben. Die Befragten hoben diese Option als besonders positiven Aspekt des Bogens hervor, was durch die quantitativen Ergebnisse bestätigt werden kann. Lediglich in vier der 103 Bögen wurde das freie Textfeld nicht ausgefüllt.

Im Dokumentationsbogen werden ferner Angaben über das Vorliegen einer Patientenverfügung abgefragt. Ein in den Interviews genanntes Problem im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende stellt jedoch die Uneindeutigkeit der Formulierungen in entsprechenden Verfügungen dar. Eine Studie, im Rahmen derer untersucht wurde, inwieweit sich die Behandlungswünsche des Verfassers aus seiner Patientenverfügung entnehmen lassen, gelangte zu dem Ergebnis, dass entsprechende Wünsche des Patienten aufgrund medizinisch in vielerlei Hinsicht interpretierbarer Aussagen schwer ablesbar seien (Nauck et al. 2014). In den im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews wurde ebenfalls die Thematik der fehlenden Vorhersehbarkeit der gesundheitlichen Entwicklung und Prognose des Patienten angesprochen. Diese Problematik erschwere zusätzlich die eindeutige Interpretierbarkeit von Patientenverfügungen zu Beginn des möglichen Einsatzes von Therapiemaßnahmen. Wie bereits erwähnt, erweist sich der Dokumentationsbogen zumindest für die Notfallsituation als Hilfe. Zwar kann auch der Bogen keine Vorbereitung für alle Eventualitäten in der gesundheitlichen Entwicklung des Patienten darstellen, da immer im Vorhinein nicht bedachte Veränderungen beim Patienten auftreten können. Doch die Tatsache, einen Bogen im mutmaßlichen Sinne des Patienten verfasst zu haben, verleiht den befragten Ärzten und Pflegenden zufolge eine gewisse Sicherheit im klinischen Handeln und im Umgang mit dem Patienten. Die Gewissheit, auf Handlungsanweisungen für den Notfall zurückgreifen zu können, erweist sich insbesondere für unerfahreneres oder im Nachtdienst arbeitendes Personal als beruhigend. Mit dem Bogen ein standardisiertes und rechtlich verbindliches Dokument ausfüllen zu können, verschafft ebenfalls Sicherheit, die getroffene Entscheidung in angemessener Form dokumentiert zu haben. Entsprechend der bereits erwähnten Studie, die die Dokumentation des DNR-Status der Patienten deutscher Krankenhäuser nach einer Implementation einer DNR-Anordnung untersuchte (Schmidt et al. 2015), führte auch die Einführung

des Dokumentationsbogens an der UMG zu einer verbesserten Dokumentation des DNR-Status. Die Aktualität der Notwendigkeit einer aussagekräftigen Handlungsanweisung für die Notfallsituation zeigt sich in der Empfehlung zur Dokumentation der Therapiebegrenzung der Sektion Ethik der DIVI. Darin wird ein mit dem Göttinger Dokumentationsbogen vergleichbares Dokument vorgestellt, worin Einschränkungen in der Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen vermerkt werden können (Neitzke et al. 2017). Der verbindliche Bogen dient ebenso wie die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" unter Einhaltung des (mutmaßlichen) Patientenwillens als verbindliche Handlungsanweisung für den Notfall.

Die ebenfalls von den befragten ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern genannte Angst vor rechtlichen Konsequenzen einer Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen übertrug sich anfänglich auch auf eine Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Verbindlichkeit des Bogens. Diese konnte jedoch ebenso wie die Frage nach dessen Gültigkeit auf anderen Stationen der Abteilung im Laufe der Zeit aus dem Weg geräumt werden. Die im Bogen dokumentierten Entscheidungen und Vorgehensweisen werden durch einen Oberarzt oder einen Facharzt überprüft und unterschrieben, wodurch die behandelnden Stationsärzte eine zusätzliche Sicherheit in ihren Handlungen gemäß den Anweisungen des Bogens erhalten.

Unter anderem ist im Rahmen einer Überprüfung des Bogens durch einen Ober- oder Facharzt eine Reevaluation der im Bogen dokumentierten Entscheidung möglich. Diese lässt sich stets bei Änderungen des mutmaßlichen Patientenwillens sowie einer veränderten medizinischen Indikationslage durchführen. Dies ist sowohl in Bezug auf die Ausweitung als auch die Einschränkung der zu unterlassenden Maßnahmen zu verstehen. Einer Pflegekraft der kardiologischen Intensivstation zufolge sei eine Reevaluation der getroffenen Entscheidung jedoch lediglich in die Richtung einer Ausweitung der zu unterlassenden lebenserhaltenden Maßnahmen möglich. Wenn ein Dokumentationsbogen bei einem Patienten ausgefüllt werde, habe dieser - so die Einschätzung dieser Pflegekraft - keine Prognose. Aus diesem Gesichtspunkt sei es nicht sinnvoll, bei einer leichten Besserung der klinischen Situation eine Änderung des Bogens vorzunehmen. Von den anderen Interviewteilnehmern wird die Möglichkeit der Reevaluation hingegen als Notwendigkeit erachtet, die bei entsprechendem Bedarf unbedingt stattfinden solle. Dieser Bedarf entstehe in beide Richtungen. In diesem Zusammenhang erweist es sich als bedeutsam, nicht alle Patienten mit ausgefülltem Bogen in eine Kategorie einzuordnen und verallgemeinernd zu behaupten, der Patient habe keine Prognose. Gesundheitszustände von Patienten auf Intensivstationen können sich rasch verändern und so muss die Möglichkeit bestehen, Entscheidungen im Bogen in alle Richtungen verändern zu können.

Abgesehen von der Frage nach den Richtungen der Reevaluationsmöglichkeit ist es wichtig zu verdeutlichen, dass mit dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zwar eine weit-

reichende Entscheidung getroffen wird, eine entsprechende Situation jedoch nicht zwangsläufig eintritt. In den von der pflegerischen Leiterin der kardiologischen Station dokumentierten Verläufen der Patientengeschichten wird ersichtlich, dass ungefähr die Hälfte der Patienten mit ausgefülltem Bogen verstorben ist, während die andere Hälfte auf andere Stationen oder in andere Krankenhäuser verlegt oder nach Hause entlassen wurde. Dem Patienten und dessen Angehörigen muss daher kommuniziert werden, dass mit dem Ausfüllen eines Dokumentationsbogens kein „Todesurteil" gefällt wird. Der Bogen stellt eine Absicherung für eintretende Notfallsituationen dar, in denen im Sinne des Patienten und der medizinischen Indikation gehandelt werden soll. Im Bogen wird also keinesfalls eine Reduktion der Bemühungen um den längst aufgegebenen Patienten dokumentiert. Es werden lediglich die Mittel, mit denen man sich um das gesundheitliche Wohl des Patienten kümmert, reduziert.

5.3 Schwächen des Dokumentationsbogens

Neben den Stärken des Bogens als Instrument zur Dokumentation von Entscheidungen über Therapieziele am Lebensende traten bei den quantitativen und qualitativen Analysen dieser Arbeit ebenfalls einige Schwächen des Dokumentationsbogens zutage. Diese bezogen sich sowohl auf Schwächen in der Gestaltung des Bogens als auch auf Probleme bei dessen Anwendung im klinischen Alltag.

5.3.1 Schwächen in der Anwendung des Dokumentationsbogens

Insbesondere im Rahmen der quantitativen Untersuchungen des Dokumentationsbogens zeigten sich verschiedene Ungenauigkeiten und Fehler bei der Anwendung des Bogens. Es wurden zwar in jedem Bogen Angaben zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten gemacht, in über der Hälfte der Dokumentationsbögen wurden jedoch keine Informationen darüber angegeben, durch wen die Einwilligungsfähigkeit festgestellt wurde. Gründe für diese Mängel könnten die Nachlässigkeit oder das Unwissen des Ausfüllenden, wie der Bogen korrekt auszufüllen ist, sein. Eine Gegebenheit zu dokumentieren und zu vermerken, wer diese Tatsache festgestellt hat, ist jedoch im klinischen Alltag hilfreich und empfehlenswert. Es erweist sich insbesondere mit Blick auf die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung für den Arzt, der letztendlich auf der Grundlage des Bogens entscheidet, beispielsweise keine Reanimation durchzuführen, als sinnvoll, zu dokumentieren, durch wen die Einwilligungsfähigkeit des Patienten festgestellt wurde.

Ebenso ist bei der Auswertung der gesammelten Dokumentationsbögen aufgefallen, dass in einem Viertel der Fälle, in denen angekreuzt war, dass der Patient eine Patientenverfügung erstellt habe, das entsprechende Dokument nicht vorlag. Im ersten Untersuchungszeitraum traf dies sogar in rund zwei Drittel der Fälle zu. Der Oberarzt der kardiologischen Intensivstation nannte als mögliche Ursache für die oft nicht vorliegenden Patientenverfügungen das mangelnde Bewusstsein der Patienten und Angehörigen über die Notwendigkeit, entspre-

chende Willensbekundungen mit ins Krankenhaus zu bringen. Eine Pflegekraft der neurologischen Intensivstation erwähnte sogar, dass Patientenverfügungen teilweise mit Absicht seitens der Angehörigen nicht vorgelegt würden, da diese wohlmöglich nicht möchten, dass gewisse in der Verfügung dokumentierte lebenserhaltende Maßnahmen beim Patienten unterlassen werden. In diesem Zusammenhang erweist es sich als notwendig, dass Ärzte und Pflegekräfte sowohl die Patienten als auch deren Angehörige über die Bedeutung einer Patientenverfügung, die bei fehlender Vorlage nicht als Grundlage für die Entscheidungsfindung am Lebensende genutzt werden kann, aufzuklären. Ebenso sollte durch das medizinische Personal verdeutlicht werden, dass der Patient und dessen Angehörige stets im Wissen darüber sein sollten, an welchem Ort sich die Verfügung befindet und auf welchem Wege sie ins Krankenhaus gelangen kann, sodass auf ihrer Basis Entscheidungen im (mutmaßlichen) Sinne des Patienten gefällt werden können.

Vorsorgevollmachten lagen weitaus häufiger vor, wohingegen in fast der Hälfte der Fälle, in denen auf dem Bogen angegeben war, dass der Patient einen Betreuer habe, der Betreuungsausweis nicht vorlag. Patientenstellvertreter besitzen die Legitimation, Entscheidungen im (mutmaßlichen) Sinne des Patienten zu treffen. In circa einem Drittel der in den Bögen dokumentierten Stellvertreterentscheidungen einwilligungsunfähiger Patienten lagen jedoch keine Dokumente zum Nachweis der Patientenstellvertretung vor. In diesen Fällen fehlte die Legitimation einer Stellvertreterentscheidung. Rechtlich darf ein Stellvertreter nur dann für den Patienten entscheiden, wenn er sich entsprechend legitimieren kann. Hierauf weist auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin in ihrem Positionspapier zum Thema der Therapiezieländerung (Janssens et al. 2012) hin: „Ein Bevollmächtigter legitimiert sich, indem er die schriftlich erteilte Vollmacht im Original vorweist. Dabei muss sich die Vollmacht ausdrücklich auf Gesundheitsangelegenheiten beziehen und explizit die mögliche Zustimmung zu gefährlichen Heilbehandlungen und die Ablehnung lebenserhaltender Therapien (§ 1904 Abs. 1, 2, 5 BGB) enthalten. Ein Betreuer legitimiert sich, indem er seinen Betreuerausweis vorlegt.“ (Janssens et al. 2012, S. 6). Demnach entspricht die klinische Praxis in vielen Fällen nicht den vom Recht und von der Fachgesellschaft aufgestellten Vorgaben. Das medizinische Personal gab zwar an, bei jedem neu aufgenommenen Patienten die Vorlage einer Willensbekundung oder die Ernennung eines Stellvertreters zu eruieren. Auch der Bogen stößt durch seine Gestaltung dazu an, ein Vorliegen entsprechender Dokumente zu vermerken. Allerdings ist sich das medizinische Personal offensichtlich der Tatsache nicht ausreichend bewusst, dass ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer nur bei Vorliegen der entsprechenden Dokumente (Vorsorgevollmacht oder Betreuungsausweis) stellvertretende Entscheidungen für den nicht einwilligungsfähigen Patienten treffen darf. Inhaltlich widersprüchlich und rechtlich problematisch waren auch jene beiden Bögen, in denen die Entscheidung zum Verzicht auf Wiederbelebung damit begründet wurde, dass der einwilligungsfähige Patient die entsprechenden Maßnahmen ablehne, der Patient zugleich aber vom ausstellenden Arzt als nicht einwilligungsfähig eingeschätzt wurde.

Nun stellt sich die Frage, worin neben der bereits erwähnten mangelnden Einweisung in den Bogen weitere Ursachen für derartige Fehler beim Ausfüllen desselben liegen. Eigentlich sollte die Richtigkeit der Angaben noch einmal von einem Ober- oder Facharzt geprüft und mit Unterschrift bestätigt werden. Eine solche Kontrolle durch einen erfahrenen Arzt ist jedoch einer befragten Fachärztin der kardiologischen Intensivstation zufolge im klinischen Alltag kaum realisierbar. Am Wochenende oder in der Nacht ist oftmals kein entsprechender Kollege vor Ort und die Stationsärzte müssen Entscheidungen alleine treffen. Der Oberarzt der kardiologischen Intensivstation betonte hingegen, dass die Kontrolle des Bogens in solchen Fällen schnellstmöglich nachgeholt wird. Bei der quantitativen Auswertung der Dokumentationsbögen waren in 68 der 103 Bögen (d. h. in 66 % der Bögen) zwei Unterschriften erkennbar, sodass davon ausgegangen werden kann, dass bei mindestens zwei Drittel der Bögen die geforderte oberärztliche oder fachärztliche Überprüfung stattfand. Bei den verbleibenden 35 Bögen mit nur einer Unterschrift ist nicht festzustellen, ob diese durch einen Ober- bzw. Facharzt selbst oder durch einen Assistenzarzt getätigt wurde. Die Überprüfung der im Bogen dokumentierten Entscheidung ist jedoch den befragten pflegenden Mitarbeitern zufolge insbesondere für unerfahrene Ärzte äußerst wichtig. Diese können sich so auf eine abgestimmte Entscheidung mit einem erfahrenen Kollegen berufen und sicherer in deren Umsetzung agieren. Die Lösung des Problems der auf dem Bogen fehlenden ober- oder fachärztlichen Unterschrift liegt nach Einschätzung der Autorin nicht in einer Abschaffung der bestehenden Regelung, sondern in deren konsequenter Einhaltung. Nur durch eine solche kann der Bogen seine Stärke, nämlich abgestimmte und überprüfte Entscheidungen für den Notfall zu dokumentieren, ausspielen.

Die besondere Bedeutung der Kommunikation und Besprechung der getroffenen Entscheidung im gesamten Team wurde bereits im vorherigen Kapitel erwähnt. Dennoch wurde nur in der Hälfte der Dokumentationsbögen eine Besprechung im Behandlungsteam angegeben. Ob in der verbleibenden Hälfte der Bögen keine Kommunikation der Entscheidung im Team stattgefunden hat oder ein entsprechendes Gespräch, der Nachlässigkeit geschuldet, nicht dokumentiert wurde, ist schwer nachzuvollziehen. In den Interviews betonte das ärztliche Personal, Fragen und Entscheidungen über Therapieziele am Lebensende stets mit dem zuständigen Pflegepersonal zu besprechen. Die befragten pflegenden Mitarbeiter gaben jedoch teilweise an, Entscheidungen über den Einsatz von oder den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen in einigen Fällen von den Angehörigen oder dem Patienten selbst erfahren zu haben. Man kann also festhalten, dass das mit dem Bogen verbundene Anliegen, die Transparenz von Entscheidungen im gesamten Team zu erhöhen, nur zum Teil erreicht wurde.

Um Festlegungen im Sinne des Patienten treffen zu können, müssen Gespräche mit dem Patienten bzw. dessen Stellvertretern und Angehörigen geführt werden. Entsprechende Gespräche waren aber nur in einem Teil der Bögen dokumentiert. Lediglich in einem Drittel der Dokumentationsbögen wurde ein Gespräch mit dem Patienten selbst und in zwei Drittel der Bögen ein entsprechendes Gespräch mit dem Bevollmächtigen oder dem Betreuer des

Patienten angegeben. Bei alleiniger Betrachtung der einwilligungsfähigen Patienten fällt auf, dass 17 % der Patienten ohne ein Aufklärungsgespräch blieben. Bei den einwilligungsunfähigen Patienten wurde in circa drei Viertel der Fälle ein Gespräch mit dem Patientenstellvertreter, jedoch nur in 11 % der Fälle eines mit dem Patienten selbst dokumentiert. Somit blieben 89 % der einwilligungsunfähigen Patienten ohne Aufklärungsgespräch. Nach § 630e Abs. 5 BGB ist jedoch auch ein nicht einwilligungsfähiger Patient über die wesentlichen Umstände einer Maßnahme aufzuklären, soweit dieser „aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft". In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass unter den einwilligungsunfähigen Patienten sicherlich einige Patienten waren, mit denen ein solches Aufklärungsgespräch nicht hätte geführt werden können. Dennoch ist zu vermuten, dass dieser Patientenanteil nicht bei 89 % liegt, sodass anzunehmen ist, dass die klinische Praxis nicht den im Gesetzestext festgelegten Aufklärungspflichten gegenüber einwilligungsunfähigen Patienten entspricht. Möglicherweise wurden auch stattgefundene Aufklärungsgespräche nicht im Bogen dokumentiert, welches sich jedoch im Nachhinein schwerlich nachvollziehen lässt. Der Bogen, in dem derartige Aufklärungsgespräche explizit dokumentiert werden, sollte ein Anstoß für das ärztliche Personal sein, sich gemeinsam mit den Betroffenen mit Fragen der Therapiebegrenzung auseinanderzusetzen. Hierbei sind augenscheinlich noch entscheidende Verbesserungen vorzunehmen.

Schließlich enthält der Dokumentationsbogen die Option, die getroffene Entscheidung zu reevaluieren und bei Bedarf an den aktuellen (mutmaßlichen) Patientenwillen oder die gegebene medizinische Indikationslage anzupassen. Eine Reevaluation erfolge den pflegenden Interviewteilnehmern zufolge durchweg aufgrund einer veränderten medizinischen Indikationslage oder Änderungen des Patientenwillens, finde jedoch selten statt. Diese Seltenheit einer Reevaluation bestätigen auch die quantitativen Auswertungsergebnisse. In den Bögen des ersten Untersuchungszeitraumes wurde eine Reevaluation noch in fast einem Drittel und in denen des zweiten Untersuchungszeitraums nur noch in knapp jedem zehnten Bogen in Anspruch genommen. Mögliche Ursachen für die wenig in Anspruch genommene Reevaluationsmöglichkeit könnten eine konstante medizinische Indikationslage oder der unveränderte (mutmaßliche) Patientenwille darstellen. Es ist jedoch auch zu erwägen, ob die Notwendigkeit einer Reevaluation durch mangelndes Hinterfragen getroffener Therapieverzichtsentscheidungen übersehen wird. Bei fehlendem Überprüfen der medizinischen Indikation und des Patientenwillens scheint die Option einer Reevaluation nicht in Betracht zu kommen. Derartige Überprüfungen und nachfolgende Reevaluationen sind jedoch insbesondere auf Intensivstationen, auf denen sich die gesundheitlichen Situationen der Patienten rasch ändern können, von großer Bedeutung. Eine Reevaluation verleiht dem behandelnden Personal dahingehend eine Sicherheit, dass im Bogen dokumentierte Entscheidungen stets dem klinischen Verlauf des Patienten angepasst sind. Die große Bedeutung einer Regelhaftigkeit der Anpassung der Behandlungswünsche des Patienten an dessen aktuelle Krankheits-

situation wird auch im Konzept des *advance care planning* berücksichtigt. In regelmäßigen Abständen, bei Wunsch des Patienten oder einer Veränderung dessen gesundheitlicher Situation (Nauck et al. 2018).

In der Interviewgruppe mit dem Pflegepersonal der nephrologischen Intensivstation bezeichnete eine Pflegekraft die Möglichkeit einer Reevaluation hingegen als einen Unsicherheitsfaktor im Umgang mit dem Dokumentationsbogen. Die Entscheidung erhalte dadurch nicht ihre notwendige Endgültigkeit und würde immer wieder durch das ärztliche Personal geändert. Eine Änderung der im Bogen getroffenen Entscheidung werde jedoch weder aufgrund einer veränderten medizinischen Indikationslage noch aufgrund eines veränderten Patientenwilllens vorgenommen, sondern „weil irgendjemand von außen nochmal massiv eingegriffen hat aus eigenem Ansehen" (P1, Z. 308-309). Die anderen Interviewteilnehmer widersprachen jedoch dieser Aussage. Sie betonten, dass Änderungen der im Bogen dokumentierten Entscheidung durchweg mit einer veränderten medizinischen Indikationslage oder Änderungen des Patientenwillens begründbar seien.

Schließlich besteht eine weitere Schwäche in der Anwendung des Bogens in dessen fehlender Übernahme bei einer Verlegung des Patienten in eine Abteilung ohne implementierten Bogen. Zwar wird in Abteilungen mit eingeführtem Bogen dieser bei einer abteilungsinternen Verlegung von den jeweiligen Stationen übernommen. Wird ein Patient mit ausgefülltem Dokumentationsbogen jedoch von einer Station mit Bogen auf eine Station verlegt, die den Bogen nicht nutzt, wird dieser den beiden Ärzten der neurologischen Intensivstation zufolge aus Datenschutzgründen nicht übernommen. Folglich müssen Fragen zu Therapiezielen am Lebensende beim Patienten aufs Neue gestellt und entsprechende Entscheidungen erneut dokumentiert werden. Derartige abteilungsübergreifende Barrieren, die eine Mitnahme des Bogens bei einer Verlegung des Patienten erschweren, können unter anderem ursächlich für dessen geringe Nutzungshäufigkeit sein.

5.3.2 Schwächen in der Gestaltung des Dokumentationsbogens

Die befragten ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter benannten neben den Schwächen bei der Anwendung des Bogens ebenfalls Schwachstellen in dessen Gestaltung. Der Oberarzt der nephrologischen Intensivstation bemängelte das Fehlen einer separaten Dokumentationsmöglichkeit im Bogen für zuständiges Pflegepersonal. In einem entsprechenden Textfeld könnte das Pflegepersonal seine Ansichten bezüglich der gesundheitlichen Situation und Prognose des Patienten vermerken und eine eigene Einschätzung bei der Frage nach dem Umfang einer Therapiebegrenzung begründet dokumentieren. Die Forderung nach einem entsprechenden Textfeld begründete der Oberarzt der nephrologischen Intensivstation mit einem im Vergleich zum ärztlichen Personal engeren Kontakt der Pflegekräfte zum Patienten und dessen Angehörigen. Dadurch erhalten pflegende Mitarbeiter möglicherweise zusätzliche Informationen über die Behandlungswünsche der Betroffenen. Das ärztliche Personal

trifft unter anderem dem Zeitmangel geschuldet weitreichende Therapieentscheidungen teilweise telefonisch ohne den Patienten jemals gesehen zu haben. Ein separates Dokumentationsfeld für das Pflegepersonal würde zum einen dessen Partizipation am Entscheidungsprozess über Therapieziele am Lebensende erhöhen. Zum anderen würden möglicherweise verschiedene Sichtweisen bezogen auf die gesundheitliche Entwicklung und damit verbundenen Therapieoptionen beim Patienten Eingang in den Bogen finden. Allerdings kann diese Entwicklung der Fachärztin der kardiologischen Intensivstation zufolge auch ein Problem in der täglichen Anwendung des Bogens darstellen. Eine Stärke des Dokumentationsbogens ist dessen Eindeutigkeit sowohl in der Festlegung von Entscheidungen als auch in der Formulierung von Handlungsanweisungen im Notfall. Diese Eigenschaft kann durch sich widersprechende Einschätzungen verschiedener Berufsgruppen verloren gehen, wodurch der Bogen seine Verbindlichkeit verlieren würde. Vielmehr ist es von großer Bedeutung, im Vorhinein einer Inanspruchnahme des Bogens Gespräche im Team zu führen, damit Entscheidungen auf der Basis aller vorhandenen Informationen und Einschätzungen gefällt werden können.

In der Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung wird darauf hingewiesen, dass der behandelnde Arzt gemäß der medizinischen Indikation und unter Achtung des Patientenwillens die Verantwortung für Art und Ausmaß einer ärztlichen Maßnahme trägt. Bei seiner Entscheidungsfindung sollte er jedoch die unterschiedlichen Blickwinkel der verschiedenen an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen in die Entscheidungsfindung einbeziehen und einen gemeinsamen Konsens mit seinen ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern suchen (Bundesärztekammer 2011). Die am Ende dieses Prozesses stehende Entscheidung gilt dann als Teamentscheidung, die eine separate Dokumentationsmöglichkeit für Pflegepersonal ohnehin überflüssig erscheinen lässt.

Eine Schwäche des Bogens bestehe den Ärzten der neurologischen Intensivstation zufolge in dessen mangelnder Detailliertheit in Bezug auf die Angabe einzelner lebenserhaltender Maßnahmen. Die Maßnahme der Intubation/Beatmung müsse einige Abstufungen enthalten, die beispielsweise die Option einer reversiblen Beatmungssituation, einer Langzeitbeatmung und einer Tracheotomie mit einbeziehen. Insbesondere bei Patienten mit Hirnschädigungen ist die Prognose hinsichtlich einer Reversibilität der Beatmungssituation schwierig, sodass im Vorhinein klarere Festlegungen erforderlich sind. Diese Schwäche in der Gestaltung des Bogens bewegte die ärztlichen Mitarbeiter der neurologischen Intensivstation im Jahr 2012 dazu, sich gegen eine Einführung und Nutzung des Dokumentationsbogens in ihrer Abteilung zu entscheiden. Dementsprechend wird der Bogen auch aktuell weder auf den Normalstationen noch auf den Intensivstationen der Neurologie eingesetzt.

Im Rahmen der quantitativen Analyse der Bögen fiel auf, dass bei dem Drittel der Bögen, in denen auf sonstige Maßnahmen verzichtet wurde, in drei Viertel der Fälle die Maßnahme der Kontinuierlichen Venovenösen Hämofiltration (CVVH) abgelehnt wurde. Diese Tatsache des häufigen Verzichts auf eine CVVH eröffnet die Option, diese Maßnahme in die Reihe der ankreuzbaren lebenserhaltenden Maßnahmen aufzunehmen. In den Interviews wurde

ein derartiger Verbesserungsvorschlag allerdings nicht getätigt. In diesem Zusammenhang ist eine sorgfältige Abwägung einer Hinzunahme der CVVH zu den ankreuzbaren Maßnahmen unter anderem vor dem Hintergrund einer eventuellen Übersichtlichkeitseinbuße vorzunehmen.

5.3.3 Schwächen in der Nutzungshäufigkeit des Dokumentationsbogens

Der Dokumentationsbogen wurde im Jahr 2012 auf den kardiologischen und nephrologischen Intensiv- und IMC-Stationen sowie in der chronischen Dialyse eingeführt (Klinisches Ethikkommitee, UMG 2015). Zum aktuellen Zeitpunkt wird er jedoch lediglich auf der kardiologischen Intensiv- und IMC-Station sowie in der chronischen Dialyse regelmäßig eingesetzt. Gründe für die fehlende Inanspruchnahme des Bogens auf den nephrologischen Stationen sind möglicherweise in der fehlenden Einweisung in den Bogen und damit verbunden in der mangelnden Erfahrung mit dem Bogen sowie in dessen gestalterischen Schwächen zu suchen.

Der befragte Oberarzt der kardiologischen Intensivstation würde es jedoch befürworten, den Dokumentationsbogen auch auf anderen Intensivstationen einzusetzen, da diese über eine ähnliche Patientenklientel mit hoher Multimorbidität wie die kardiologische Intensivstation verfügen. Auch auf Normalstationen wäre ein vermehrter Einsatz des Dokumentationsbogens sinnvoll. Dadurch würden die diensthabenden Ärzte in der Nacht über eindeutige Handlungsanweisungen für den Notfall verfügen. Ein Einsatz des Bogens bei normalstationären Patienten würde ebenfalls die Arbeit des Reanimationsteams der Intensivstation erleichtern, da möglicherweise Reanimationen, die nicht im Sinne des Patienten sind, durch den Einsatz des Bogens vermieden werden können. Eine Pflegekraft der nephrologischen Intensivstation ging sogar einen Schritt weiter und forderte einen verpflichtenden Einsatz des Dokumentationsbogens bei der Aufnahme eines jeden Patienten. Diese Forderung wurde jedoch von den anderen Pflegekräften abgelehnt. Eine Pflegekraft befürwortete einen vermehrten Einsatz des Bogens zumindest auf den hämatologischen und onkologischen Normalstationen. Aufgrund der gesundheitlichen Situation und Prognose der dortigen Patienten würden Fragen nach Therapiezielen am Lebensende öfter gestellt werden müssen, sodass der Bogen eine Hilfe bei der Dokumentation entsprechender Entscheidungen darstellen könnte.

Der Oberarzt der kardiologischen Intensivstation erwähnte jedoch auch, dass eine Implementierung des Bogens auf Stationen teilweise mit einem hohen Organisationsaufwand verbunden ist. Um die Vor- und Nachteile einer Einführung des Bogens auf weiteren Stationen diskutieren zu können, ist ein Vergleich des Bogens mit den jeweiligen stations- und abteilungsspezifischen Alternativen zur Dokumentation von Entscheidungen am Lebensende notwendig.

5.4 Der Bogen im Vergleich zu alternativen Dokumentationssystemen

Um einen Vergleich zwischen dem Bogen und alternativen Systemen zur Dokumentation von Entscheidungen über Therapieziele am Lebensende durchführen zu können, erweist es sich als notwendig, die alternativen Dokumentationssysteme der nephrologischen und der neurologischen Intensivstation zunächst vorzustellen.

5.4.1 Die zum Bogen alternativen Dokumentationssysteme der nephrologischen und neurologischen Intensivstationen

Sowohl auf der nephrologischen als auch auf der neurologischen Intensivstation existieren spezielle Dokumentationssysteme zur Erfassung von Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen.

Dem befragten Oberarzt zufolge wird auf der acht Betten fassenden nephrologischen Intensivstation die Frage nach Therapiezielen beim Patienten direkt bei dessen Aufnahme thematisiert und eine entsprechende Entscheidung dokumentiert. Einer Pflegekraft zufolge besteht diese interne Lösung aus einem System der Zeichenkodierung, in welchem durch Plus und Minus Abstufungen hinsichtlich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen vermerkt werden. Dieses System ist jedoch den pflegenden Mitarbeitern zufolge nicht so detailliert wie der Bogen.

Die Festlegungen im elektronischen alternativen Dokumentationssystem der neurologischen Intensivstation ist dem befragten Facharzt zufolge detailreicher als jene des Bogens. Während auf den Normalstationen der Abteilung ebenfalls ein Zeichenkodierungssystem genutzt wird, hat sich auf der Intensivstation ein ausführlicheres Dokumentationssystem etabliert. Dieses enthält den befragten Ärzten zufolge eindeutige Formulierungen und Handlungsanweisungen für den Notfall und ist auch in entsprechenden Situationen für das Pflegepersonal rasch nachvollziehbar. Ausführlichere Angaben, beispielsweise bezüglich der Aufklärungsgespräche mit dem Patienten oder dessen Angehörigen, lassen sich jedoch nicht so zeitnah erfassen. Die sehr detaillierten Angaben seien dem befragten Facharzt zufolge für das Pflegepersonal manchmal etwas zu kompliziert, müssten jedoch entsprechend detailreich getroffen werden. Insgesamt ist man in der neurologischen Abteilung, insbesondere auf den Normalstationen, an das bestehende Dokumentationssystem gewöhnt und mit dessen Gestaltung zufrieden. Dokumentierte Entscheidungen werden ebenfalls im Team kommuniziert und diskutiert.

5.4.2 Einführbarkeit des Dokumentationsbogens auf der neurologischen Intensivstation

Um über die Einführbarkeit des Dokumentationsbogens auf der neurologischen Intensivstation diskutieren und entscheiden zu können, müssen die verantwortlichen Personen über

die Inhalte und Anwendungsbereiche des Bogens informiert sein. Mit Ausnahme einer Pflegekraft gaben jedoch alle verbleibenden Pflegekräfte und Ärzte an, die Inhalte des Bogens nicht im Detail zu kennen.

Die über Erfahrungen mit dem Bogen verfügende Pflegekraft der neurologischen Intensivstation benannte ausschließlich positive Aspekte des Bogens. Im Vergleich zum stationsspezifischen Dokumentationssystem würden im Bogen mehr Informationen über den Patienten und die Entscheidung angegeben. Diese Aussage bezog sich vor allem auf Angaben zu Aufklärungsgesprächen oder auf patientenspezifische Angaben im freien Textfeld. Ebenso hob die Pflegekraft die Vorteile der Reevaluationsmöglichkeit des Bogens sowie dessen Kenntlichmachung auf der Patientenakte hervor.

Nach einer Erklärung der Inhalte und Anwendungsgebiete des Bogens sowie einer Einsicht des ärztlichen und pflegenden Personals der neurologischen Intensivstation in den Bogen konnte im Rahmen der durchgeführten Interviews eine Diskussion um eine mögliche Einführung des Bogens auf der neurologischen Intensivstation stattfinden. Im Rahmen dieser Diskussion ergaben sich bei den befragten Mitarbeitern geteilte Meinungen. Während die befragten Ärzte neben den positiven Auswirkungen einer Einführung des Bogens ebenfalls Faktoren nannten, die gegen dessen Einführung sprechen (siehe unten), standen die Pflegekräfte der neurologischen Intensivstation einer eventuellen Implementierung des Bogens durchweg positiv gegenüber. Seitens der Pflegekräfte wurde der bereits erwähnte Vorteil des Bogens bezüglich der Dokumentation von Aufklärungsgesprächen mit den Betroffenen benannt. Auf der neurologischen Intensivstation, wo entsprechende Gespräche in den Therapieverläufen des Patienten dokumentiert werden, ist bei Teambesprechungen oftmals unklar, ob überhaupt Gespräche mit dem Patienten oder dessen Angehörigen stattgefunden haben. Eine Einführung des Bogens, die eine in einem Formular gesammelte Dokumentation aller wichtigen Informationen zur Entscheidung über Therapieziele am Lebensende bewirken würde, hätte den Vorteil einer steten sofortigen Verfügbarkeit notwendiger Auskünfte über Aufklärungsgespräche mit den Betroffenen. Der Bogen könnte demzufolge laut den befragten Pflegekräften eine einheitliche, klarer strukturierte Kommunikation sowohl mit dem Patienten und dessen Angehörigen als auch innerhalb des Behandlungsteams bewirken.

Hinsichtlich des Grades der Detailliertheit der unterschiedlichen Dokumentationssysteme gaben die pflegenden Mitarbeiter der neurologischen Intensivstation nach einer Einsicht in den Bogen an, dass dieser ausführlichere Informationen über den Patienten und die dokumentierte Entscheidung enthalte. Das ärztliche Personal hingegen brachte das Defizit des Bogens hinsichtlich der bereits erwähnten fehlenden Abstufungen einzelner lebenserhaltender Maßnahmen zur Sprache. Diese mangelnde Detailliertheit des Bogens führte im Jahr 2012 beim ärztlichen Personal der neurologischen Intensivstation zu einer Entscheidung gegen dessen Implementierung. Der Bogen ist zwar dahingehend gestaltet, dass beispielsweise die Maßnahme der Intubation/Beatmung als komplette Maßnahme durch Ankreuzen abge-

lehnt oder durch fehlendes Ankreuzen nicht abgelehnt werden kann. Er enthält jedoch ebenfalls die Rubrik „Sonstige“, in welcher zusätzliche Angaben beispielsweise bezüglich eventueller Abstufungen der Intubation/Beatmung angegeben werden können. Hier kann unter anderem bei hirngeschädigten Patienten mit möglicher Beteiligung des Atemzentrums genau vermerkt werden, ob beispielsweise nur bei einer Reversibilität der Beatmungssituation intubiert werden soll, eine Tracheotomie vorgenommen werden darf oder eine Langzeitbeatmung vermieden werden soll.

Als weiteren Nachteil des Bogens benannten die beiden befragten Ärzte der neurologischen Intensivstation, dass dieser schlecht in das elektronische Computersystem der Abteilung einzufügen sei. Derartige organisatorische Barrieren würden eine mögliche Einführung des Bogens auf weiteren Stationen erschweren. Das Pflegepersonal hingegen sah diesbezüglich kein Hindernis, da sich der Bogen einscannen lasse und anschließend in elektronischer Form vorläge.

Die pflegenden Mitarbeiter der neurologischen Intensivstation schlugen eine Kombination beider Dokumentationssysteme vor. Ihnen zufolge könne der Bogen eine Ergänzung zu dem bestehenden System darstellen. Dieses würde zwar einen höheren Dokumentationsaufwand bedeuten, hätte jedoch den Vorteil eines klinikweit einheitlichen Systems zur Erfassung von Entscheidungen über Therapieziele am Lebensende beim Patienten. Ein Ertrag dieses abteilungsübergreifend einheitlichen Systems wäre die Vereinfachung von Übergaben entsprechender Entscheidungen bei einer Verlegung des Patienten. Diesen Vorteil sahen sowohl die befragten pflegenden als auch die ärztlichen Mitarbeiter der neurologischen Intensivstation. Wenn alle Beschäftigten der Klinik mit dem Bogen und seinen Inhalten vertraut wären, könnten darin dokumentierte Entscheidungen vom Personal aller Abteilungen übernommen werden und Fragen nach Therapiezielen am Lebensende müssten nicht wieder aufs Neue diskutiert und dokumentiert werden.

Eine klinikweite Einführung des Bogens befürwortete insbesondere der befragte Facharzt der neurologischen Intensivstation. Das zuvor von ihm benannte Problem der mangelnden Detailliertheit des Bogens bezüglich fehlender Abstufungen einzelner lebenserhaltender Maßnahmen spiele in der Notfallsituation keine entscheidende Rolle. Für den Notfall müsse der Bogen nicht die geforderte Detailliertheit haben. In einer Notfallsituation reiche es, wenn Handlungsanweisungen bezüglich der wichtigsten intensivtherapeutischen Maßnahmen vorlägen, alles andere könne man im Nachhinein entscheiden. Eine Eignung des Bogens für die Notfallsituation wurde demnach ausdrücklich bejaht. Die befragte Oberärztin erwähnte in diesem Zusammenhang, dass sich die in den verschiedenen Systemen dokumentierten Inhalte ohnehin nicht stark voneinander und lediglich in ihrer Dokumentationsform unterscheiden würden.

Außerdem könne der Bogen dem befragten Pflegepersonal zufolge ein Anstoß für die Betroffenen sein, sich Gedanken um die eigenen Behandlungswünsche am Lebensende zu machen, um eine Entscheidung über eventuelle Therapiezieländerungen fällen zu können.

Die befragte Oberärztin merkte jedoch an, dass Diskussionen über mögliche inhaltliche Vorteile und andere Auswirkungen einer Einführung des Dokumentationsbogens auf der neurologischen Intensivstation schwer zu führen seien. Da der größte Teil des pflegenden und ärztlichen Personals keine persönlichen Erfahrungen mit dem Bogen habe, seien die Auswirkungen seiner Implementierung schwer beurteilbar. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, die Mitarbeiter der neurologischen Intensivstation und anderer Abteilungen genau über die Inhalte des Bogens aufzuklären, sodass Entscheidungen über dessen Einführung auf der Grundlage aller über den Bogen und dessen Anwendungsgebiete verfügbaren Informationen gefällt werden können.

5.5 Limitationen der Arbeit

In der vorliegende Arbeit zur Evaluation der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ wurden sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsansätze angewendet. Bei der Betrachtung der quantitativen Auswertung der Dokumentationsbögen ist festzustellen, dass im zweiten Unersuchungszeitraum lediglich Bögen der kardiologischen Intensivstation gesammelt werden konnten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auf der nephrologischen Intensivstation keine Dokumentationsbögen ausgefüllt wurden, sodass alle in dem zweiten Untersuchungszeitraum in der Universitätsmedizin Göttingen ausfgefüllten Dokumentationsbögen in die Auswertungen dieser Arbeit einfließen.

Die qualitative Interviewstudie weist Limitationen auf, die die Stichprobenzusammensetzung betreffen. In dem Sample befand sich zwar ärztliches und pflegerisches Personal sowohl mit als auch ohne implementierten Dokumentationsbogen. Jedoch wurden insgesamt lediglich sechs ärztliche und 23 pflegerische Mitarbeiter befragt. Daher wurde keine Sättigung der Stichprobe erreicht. Die genannten Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende sowie genannte Strategien, Verbesserungsvorschläge und Alternativen können somit keinesfalls den Anspruch der Vollständigkeit erfüllen. Es können daher aus den Ergebnissen dieser Arbeit zwar verallgemeinerbare Aussagen über die in der befragten Stichprobe vertretenen Meinungen, jedoch keine repräsentativen Aussagen zur quantitativen Verteilung bestimmter Meinungen für eine Grundgesamtheit formuliert werden. Vielmehr sollte eine bezüglich der untersuchungsrelevanten Merkmale möglichst kontrastierte Stichprobe gewonnen werden, um die Wahrscheinlichkeit, wichtige Informationen nicht erheben zu können, zu verringern (Reinders 2012).

6 Zusammenfassung

6.1 Forschungsziel

Gegenstand dieser Arbeit war eine Evaluation des Göttinger Dokumentationsbogens einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung mit Blick auf dessen Tauglichkeit und angemessene Anwendung im klinischen Alltag. Dabei wurde ein besonderes Augenmerk auf die Auswirkungen des Bogens auf dieTransparenz getroffener Entscheidungen sowie auf deren Kommunikation im Behandlungsteam gelegt.

6.2 Theoretischer Hintergrund

Die Intensivmedizin durchlief in den letzten Jahrzehnten einen rasanten Fortschritt, der es ermöglicht, das Leben von Patienten auch in kritischen Situationen ihrer Erkrankung zu retten, zu erhalten oder zu verlängern (Pais et al. 2017). Die Entscheidung über den Einsatz oder den Verzicht auf entsprechende Maßnahmen wird unter Berücksichtigung der medizinischen Indikation und unter Achtung des (mutmaßlichen) Patientenwillens getroffen. Zur Eruierung der Behandlungswünsche des Patienten können Patientenverfügungen und andere willensbekundende Dokumente herangezogen werden. Die Formulierungen in diesen Dokumenten sind aktuellen Studien zufolge jedoch häufig uneindeutig und in einer akuten Notfallsituation bei der Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen nicht anwendbar (Nauck et al. 2014) (Thompson et al. 2003).

Daher wurde im Jahr 2012 auf zwei Intensivstationen der Universitätsmedizin Göttingen die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ nach dem Vorbild der Erlanger „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ entwickelt und eingeführt. Beide Bögen wie auch der Bogen der DIVI sind als Hilfe für die Dokumentation von Therapieverzichtsentscheidungen konzipiert und sollen klare Handlungsanweisungen für den Notfall geben.

6.3 Methodisches Vorgehen

Bei der Datenauswertung wurden qualitative und quantitative Forschungsmethoden nebeneinander angewandt. Im Rahmen der quantitativen Untersuchungen wurden retrospektiv die in zwei Untersuchungszeiträumen auf der kardiologischen sowie auf der nephrologischen Intensivstation der Universitätsklinik Göttingen ausgefüllten, gesammelten und anonymisierten Dokumentationsbögen analysiert. Dabei wurden die einzelnen Merkmale der ausgefüllten Bögen erfasst, miteinander verglichen und ausgewertet. Im Rahmen des qualitativen Untersuchungsansatzes zur Evaluation des Dokumentationsbogens wurden Gruppeninterviews mit Pflegepersonal sowie Einzelinterviews mit ärztlichen Mitarbeitern durchgeführt. Die Interviews wurden mit Mitarbeitern von Stationen, auf denen der Bogen verwendet wurde,

sowie mit Personal einer Station, auf der der Bogen bislang nicht verwendet wurde, geführt. Als Grundlage für die halboffenen Interviews dienten vier Interviewleitfäden. Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet, pseudonymisiert, transkribiert und in der Folge inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

6.4 Ergebnisse

6.4.1 Ergebnisse der quantitativen Untersuchungen

Für die quantitativen Untersuchungen der Dokumentationsbögen konnten im ersten Untersuchungszeitraum insgesamt 16 Bögen von beiden Intensivstationen, im zweiten Zeitraum jedoch ausschließlich 87 Bögen der kardiologischen Intensivstation ausgewertet werden. Dementsprechend ist fünf Jahre nach der Einführung des Bogens dessen Einsatz auf der nephrologischen Intensivstation eingestellt worden.

Auf 29 Dokumentationsbögen wurde angekreuzt, der Patient habe eine Patientenverfügung, auf 22 Bögen wurde ein entsprechendes Vorliegen der Verfügung dokumentiert. Dementsprechend lag in einem Viertel der Patientenfälle eine angeblich existierende Patientenverfügung nicht vor. Im Bogen angegebene Vorsorgevollmachten lagen in 87 % der Fälle tatsächlich vor, wohingegen lediglich bei 54 % der Patienten, in deren Bogen ein Betreuer angegeben war, ein entsprechender Betreuungsausweis vorlag.

Ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten wurde in 33 der insgesamt 103 Dokumentationsbögen (32 %) angegeben. Ein entsprechendes Gespräch mit dem Bevollmächtigten oder dem Betreuer wurde auf 66 Bögen (64 %) vermerkt. Auf 44 Bögen (43 %) wurde angekreuzt, dass die Familie des Patienten über die Entscheidung informiert wurde und in 55 Bögen (53 %) wurde angegeben, dass die Entscheidung im Team besprochen wurde. Eine Beratung durch das KEK wurde auf einem Bogen (1 %) vermerkt.

In 25 der insgesamt 30 Dokumentationsbögen einwilligungsfähiger Patienten (83 %) wurde ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten angegeben. Demnach wurde bei 17 % der einwilligungsfähigen Patienten kein Aufklärungsgespräch im Bogen dokumentiert. In 8 der 73 Bögen einwilligungsunfähiger Patienten (11 %) wurde ein Gespräch mit dem Patienten angegeben, womit bei 89 % der einwilligungsunfähigen Patienten kein Aufklärungsgespräch im Bogen dokumentiert war.

Von den 73 Fällen einwilligungsunfähiger Patienten der beiden Untersuchungszeiträume wurde in insgesamt 20 Fällen (27 %) eine Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen von einem Patientenstellvertreter getroffen, dessen Legitimation in Form einer Vorsorgevollmacht oder eines Betreuungsausweises nicht vorlag.

In zwei Dokumentationsbögen wurde angegeben, dass die Entscheidung zum Verzicht auf Wiederbelebung vom Patienten getroffen wurde, obwohl in den entsprechenden Bögen angegeben wurde, dass der Patient nicht einwilligungsfähig wäre.

6.4.2 Ergebnisse der qualitativen Untersuchungen

In den Interviews benannten die befragten Ärzte und Pflegekräfte verschiedene Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende. Diese bezogen sich zum einen auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie dessen Angehörigen. Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende entstehen beispielsweise durch den Wunsch nach der Fortführung intensivmedizinischer Therapiemaßnahmen seitens der Angehörigen des Patienten bei hierfür nicht mehr gegebener medizinischer Indikation. Zum anderen bestehen Probleme, Unsicherheiten und Konflikte bei der Kommunikation und Besprechung einer getroffenen Entscheidung innerhalb des Behandlungsteams des Patienten beispielsweise durch Übergabeprobleme zwischen den Schichten. Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Personals bezüglich der klinischen Prognose und den therapeutischen Möglichkeiten des Patienten schaffen ebenfalls Konfliktpotenzial.

Neben kommunikativen Schwierigkeiten tragen das teilweise fehlende Vorliegen sowie die nicht eindeutige Interpretierbarkeit von Patientenverfügungen zu Problemen, Unsicherheiten und Konflikten bei der Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens bei.

Probleme, Unsicherheiten und Konflikte im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ergeben sich auch bei der Entscheidungsfindung durch den zuständigen Stationsarzt, der diese Entscheidung nicht eigenmächtig treffen kann. In diesem Zusammenhang nannten wenige Befragte die Unsicherheit vor allem unerfahrener Ärzte, welche aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen Entscheidungen über Therapieziele am Lebensende vermeiden. Schwierigkeiten bei der Eruierung der Behandlungswünsche des Patienten am Lebensende ergeben der Mehrzahl der befragten Interviewteilnehmer zufolge Konsequenzen, die den Einsatz eines breiten Spektrums intensivtherapeutischer Maßnahmen nach sich zögen.

Bei der Einführung des Dokumentationsbogens im Jahr 2012 erhielten die Mitarbeitenden der nephrologischen und kardiologischen Intensivstation eine ausführliche Einweisung in die Handhabung des Bogens. Seitdem erhalten neue Mitarbeitende eine eher anlassbezogene als eine systematische Einweisung in die Handhabung des Bogens.

Die Möglichkeit, einen Dokumentationsbogen beim Patienten auszufüllen, regt das behandelnde Personal dazu an, sich Gedanken über die Behandlungswünsche des Patienten zu machen und diese anzusprechen, wodurch die Thematik der Entscheidungen am Lebensende im klinischen Alltag präsent ist. Beweggründe zum Ausfüllen des Bogens beim Patienten bilden zum einen die medizinische Indikationslage sowie zum anderen der (mutmaßliche) Wille des Patienten. Der Bogen erweist sich aufgrund klarer Formulierungen und eindeutiger Handlungsanweisungen als geeignetes Instrument zur Handlung im Notfall. Des Weiteren gibt der Bogen als standardisiertes Dokument dem ärztlichen Personal die Sicherheit, die getroffene Entscheidung ausreichend und angemessen dokumentiert zu haben. Die Kommunikation der gefällten Entscheidung im Team schafft auch für das Pflegepersonal eine

gewisse Sicherheit im Umgang mit dem Patienten. Die Überprüfung der getroffenen Entscheidung durch Gegenlesen und die Unterschrift eines Ober- oder Facharztes verleiht den Stationsärzten zusätzliche Sicherheit bei der Umsetzung im Bogen dokumentierter Entscheidungen.

Auf Stationen mit eingeführtem Dokumentationsbogen wird dieser bei Patienten mit bereits ausgefülltem Bogen übernommen. Auf Stationen ohne implementierten Bogen wird dieser jedoch bei einer Verlegung des Patienten nicht übernommen und die darin vermerkte Entscheidung nicht umgesetzt.

Einige befragte Interviewteilnehmer äußerten den Wunsch nach einem vermehrten Einsatz des Bogens aufgrund einer ähnlichen Patientenklientel auf weiteren Intensivstationen. Auch auf Normalstationen, insbesondere auf den hämatologischen und onkologischen Stationen, wurde die Einführung des Bogens befürwortet.

Sowohl auf einer Intensivstation mit eingeführtem Dokumentationsbogen als auch auf der Intensivstation ohne implementierten Bogen existieren stationsspezifische alternative Systeme zur Dokumentation von Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Die darin dokumentierten Entscheidungen sind im Notfall rasch nachvollziehbar und in konkrete Handlungen umsetzbar. Ausführlichere Angaben beispielsweise zu Gesprächen mit dem Patienten oder dessen Angehörigen sind jedoch nicht sofort verfügbar.

Persönliche Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen auf der Station ohne implementierten Bogen wurden von der Mehrzahl der Befragten verneint. Dies betrifft sowohl Erfahrungen durch die Verlegung von Patienten mit bereits ausgefülltem Bogen als auch Erfahrungsberichte von Kollegen.

Da im Bogen Aufklärungsgespräche mit dem Patienten und/oder dessen Angehörigen vermerkt werden, erhofft sich das Pflegepersonal auf der Station ohne implementierten Bogen durch dessen Einführung eine klare, ausführliche und einheitliche Kommunikation sowohl innerhalb des behandelnden Personals als auch mit dem Patienten und dessen Angehörigen.

6.5 Empfehlungen für die Praxis

6.5.1 Stärken und Potenziale des Bogens

Der Bogen kann einen Anstoß geben, die Frage nach den Grenzen der Intensivtherapie gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen frühzeitig zu stellen. So kann eine Beteiligung der Betroffenen am Entscheidungsprozess über Therapieziele und Therapiebegrenzungen gewährleistet werden. Durch die im Bogen explizit abgefragte Kommunikation der Entscheidung im Team kann dieser ebenso eine stärkere Einbeziehung des Pflegepersonals in Entscheidungsfindungen am Lebensende bewirken. Dabei können teaminterne Differenzen eher zutage treten und ein gemeinsamer Konsens ärztlicher und pflegender Mitarbeiter gesucht werden, sodass letzten Endes eine Entscheidung gemäß der medizinischen Indikation und unter Achtung des (mutmaßlichen) Patientenwillens im Bogen dokumentiert werden kann.

Die Verantwortung für die letztendliche Entscheidung trägt immer der behandelnde Arzt, er kann jedoch in seiner Verantwortungsübernahme durch die gemeinsame Entscheidungsfindung im Team unterstützt und entlastet werden. Im Bogen werden die zu unterlassenen Maßnahmen und die Gründe hierfür übersichtlich und nachvollziehbar dokumentiert, sodass für eine etwaige Notfallsituation klare Handlungsanweisungen bestehen. Natürlich kann der Bogen keine Vorbereitung für alle Eventualitäten der gesundheitlichen Entwicklung des Patienten darstellen, aber er kann dem behandelnden Personal eine Sicherheit im klinischen Handeln und im Umgang mit dem Patienten verleihen.

6.5.2 Schwächen in der Handhabung des Bogens

Sobald eine Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen beim Patienten getroffen wurde, muss diese durch den verantwortlichen Arzt dokumentiert werden. Bei der Auswertung der quantitativen Untersuchungsergebnisse traten jedoch einige Fehler und Ungenauigkeiten beim Ausfüllen des Bogens zutage. Teilweise wurden darin keine Gründe für das Unterlassen bestimmter lebenserhaltender Maßnahmen angegeben oder es wurde nicht dokumentiert, durch wen die Einwilligungsfähigkeit des Patienten festgestellt wurde. Um dem Personal die Wichtigkeit eines vollständigen Ausfüllens des Dokumentationsbogens zu verdeutlichen, wäre eine ausführliche, oder zumindest eine vereinheitlichte, systematische Einweisung in den Bogen zu diskutieren. Diese fand nur einmal im Jahr 2012 statt. Seitdem finden Einweisungen in die Handhabung des Bogens eher anlassbezogen als systematisch statt. Daraus resultieren unterschiedliche Kenntnisstände über den Bogen, die einen angemessenen Umgang mit diesem erschweren.

Unzureichend ausgefüllte Dokumentationsbögen sollten im Rahmen der Überprüfung durch einen Ober- oder Facharzt auffallen, sodass die fehlenden Informationen nachgetragen werden können. Die geforderte Kontrolle des Bogens erfolgt jedoch im klinischen Alltag aus

Gründen des Zeitmangels und möglicherweise auch aufgrund von Nachlässigkeit nicht regelmäßig.

Der Bogen soll durch explizites Abfragen dazu anstoßen, Angaben über das Vorliegen von Patientenstellvertreternachweisen oder einer Patientenverfügung zu tätigen, sodass diese ins Krankenhaus befördert und als Kopie dem Bogen beigefügt werden können. Die entsprechenden Dokumente lagen jedoch oftmals nicht auf der Station vor, sodass teilweise Stellvertreterentscheidungen getroffen wurden, ohne dass hierfür eine entsprechende Legitimation (Vorsorgevollmacht oder Betreuungsausweis) vorlag. Nur bei der Vorlage der entsprechenden Dokumente können rechtlich legitimierte Stellvertreterentscheidungen im Sinne des Patienten getroffen werden.

Der Bogen leitet durch seine Gestaltung ebenfalls dazu an, Aufklärungsgespräche und Diskussionen mit dem Patienten, dessen Angehörigen und Stellvertretern zu führen und anschließend zu dokumentieren. Sowohl bei den einwilligungsfähigen als auch bei den nicht einwilligungsfähigen Patienten wurden jedoch zum Teil keine entsprechenden Gespräche angegeben. Wie bereits erwähnt, ist jeder Patient nach § 630e Abs. 5 BGB über die wesentlichen Umstände einer Maßnahme aufzuklären, soweit dieser „aufgrund, der seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft". Dementsprechend müssten solche Gespräche mit dem Patienten bzw. mit dessen Angehörgen standardmäßig erfolgen und sollten auch in dem Bogen dokumentiert werden.

Durch die explizite Abfrage einer Kommunikation der getroffenen Entscheidung im Team soll der Bogen dazu anleiten, die Transparenz von Entscheidungen im gesamten Team zu erhöhen, um eine Beteiligung des ärztlichen und pflegenden Personals am Entscheidungsprozess über Therapieziele am Lebensende zu ermöglichen. Das Pflegepersonal beklagte in den Interviews jedoch die unzureichende Informationsweitergabe sowie die mangelnde Partizipation der eigenen Berufsgruppe bei Entscheidungen am Lebensende. Zum einen muss der verantwortliche Arzt sicherstellen, dass Entscheidungen über den Verzicht auf Wiederbelebung an das ärztliche und pflegende Personal weitergegeben werden. Zum anderen sollte das Behandlungsteam bereits in den Prozess der Entscheidungsfindung mit dem Ziel eines gemeinsamen Konsenses bei der Therapie des Patienten einbezogen werden.

6.5.3 Empfehlungen für die Handhabung des Bogens

Die aufgezeigten Schwächen des Dokumentationsbogens können in der Praxis dazu führen, dass die Nachvollziehbarkeit der dokumentierten Entscheidung sowie die Eindeutigkeit der Handlungsanweisung leidet. Bei einer erneuten, systematischen Einweisung in den Dokumentationsbogen sollte darauf hingewiesen werden, dass im Dokumentationsbogen folgende Informationsangaben getätigt werden müssen:

- Art und Ausmaß der zu unterlassenen lebenserhaltenden Maßnahmen

- Gründe für den Verzicht auf bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen
- Einwilligungsfähigkeit des Patienten sowie die feststellende Person
- Aufklärungsgespräche und Diskurse mit dem Patienten, den Angehörigen, dem Stellvertreter des Patienten, im Behandlungsteam und im KEK
- Weitere Auskünfte über den Gesundheitszustand des Patienten und den Entscheidungsprozess
- Gegebenenfalls die Kopie der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht und/oder des Betreuungsausweises bei Vorlage der entsprechenden Dokumente
- Überprüfung der Entscheidung durch einen Ober- oder Facharzt sowie die Bestätigung der Entscheidung durch dessen Unterschrift
- Reevaluation der Entscheidung bei einer Änderung des (mutmaßlichen) Patientenwillens oder der medizinischen Indikationslage

Eine systematische Einweisung in die Handhabung des Dokumantationsbogens könnte beispielsweise durch eine neu formulierte *standard operating procedure* (SOP) zur korrekten Nutzungsweise des Bogens erfolgen. Dieses Dokument, das unter anderem die oben genannten wichtigen Informationen zur Handhabung des Bogens enthält, sollte von jedem ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter der Station im Rahmen der Einarbeitung gelesen und unterschrieben werden. So kann ein einheitlicher Kenntnisstand über die korrekte Anwendung des Dokumentationsbogens erzielt und Fehler bei dessen Ausfüllen minimiert werden. Die Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) bereits einen entsprechenden Dokumentationsbogen sowie eine Empfehlung zur Dokumentation der Therapiebegrenzung veröffentlicht (Neitzke et al. 2017). Diese kann bei der Konstruktion einer entsprechenden Empfehlung an der Universitätsmedizin Göttingen als Vorlage dienen. Im Hinblick auf die zunehmende Digitalisierung der medizinischen Dokumentation könnte in Zukunft auch eine digitale Version des Dokumentationsbogens hilfreich sein. Hierbei wären, um dem Bogen im klinischen Alltag eine höhere Prräsenz zu verschaffen, Pflichtfelder für bestimmte Dokumentationen zu diskutieren.

Die fehlende Übernahme des Bogens bei einer Verlegung des Patienten auf eine Station einer Abteilung, die den Bogen nicht verwendet, stellt eine große organisatorische Barriere bei der Nutzung des Bogens dar. Durch eine klinikweite Einführung des Bogens könnte dieser bei Patientenverlegungen zwischen den Abteilungen übernommen werden, sodass bereits getroffene Therapiezielentscheidungen abteilungsübergreifend sichtbar werden. Zwar würde diese Einführung auf einigen Stationen einen höheren Dokumentationsaufwand mit sich bringen. Doch die Vorteile einer Einführung des Bogens, der alle verfügbaren Informationen über den Patienten und die getroffene Entscheidung in einem Dokument vereint und eine klare Handlungsanweisung für den Notfall vorgibt, würden eindeutig überwiegen.

7 Fazit und Ausblick

7.1 Fazit

Die Dokumentation von Therapiezielen und einer möglichen Therapiebegrenzung auf dem eingesetzten Bogen kann die Behandlung von Patienten nicht nur auf den Intensivstationen optimieren, indem sowohl der medizinischen Indikation, als auch dem Patientenwillen mehr Beachtung geschenkt wird. Unter anderem verleiht er dem Personal durch seine klare Strukturierung und die Vorgabe eindeutiger Handlungsanweisungen für den Notfall mehr Sicherheit im Umgang mit dem Patienten. Durch explizites Abfragen einer Kommunikation und Besprechung der Entscheidung im Team kann der Bogen zu einem Diskurs und zur Findung eines Konsenses im Behandlerteam beitragen.

Die Stärken des Bogens einer klaren, nachvollziehbaren Dokumentation von Entscheidungen über Therapieziele am Lebensende beim Patienten sowie deren transparenter Kommunikation kann dieser nur bei einer korrekten Anwendung und einer entsprechenden Nutzungshäufigkeit erreichen. Dieses könnte durch eine systematische Einweisung in die Handhabung des Bogens geschehen, sodass im Team abgestimmte Entscheidungen nachvollziehbar und ausführlich vermerkt werden können. Die in den Interviews angesprochenen kommunikativen Barrieren im Team und mit dem Patienten stellen noch immer entscheidende Probleme im klinischen Alltag dar. Dies stellte sich ebenfalls im Rahmen einer Interviewstudie mit Pflegepersonal aus dem Jahr 2014 heraus. Neben unzureichend dokumentierten Therapiezielen stellten unnformierte Patienten und Angehörige sowie mangelnde Diskussion innerhalb des Behandlungsteams und mit den Betroffenen die größten Barrieren bei der Umsetzung von Behandlungswünschen dar. Daher ist es umso wichtiger, dem gesamten Behandlungspersonal klare Angaben über Therapiezielentscheidungen am Lebensende ersichtlich zu machen und alle an der Entscheidungsfindung beteiligte Parteien in diese mit einzubinden (Pettersson et al. 2014). Der Dokumentationsbogen kann durch sein explizites Abfragen stattgefundener Gespräche die große Bedeutung im Team abgestimmter und dem Patienten und dessen Angehörigen kommunizierter Entscheidungen stets erneut ins Gedächtnis rufen. Durch seine Gestaltung kann der Bogen eine Art Leitfaden für Aufklärungsgespräche mit den Betroffenen und für den teaminternen Diskurs darstellen.

Bei einer sorgfältigen und angemessenen Anwendung des Bogens kann dieser folglich eine wichtige Hilfe sowohl bei der Dokumentation als auch bei der Umsetzung von Entscheidungen z.B. über den Verzicht auf Wiederbelebung darstellen und für mehr Transparenz sorgen

7.2 Ausblick

Das ärztliche und pflegende intensivmedizinische Personal benannte in den Interviews über die Grenzen des Bogens hinausgehende Herausforderungen, die dieser nicht zu lösen vermag. Einige Pflegekräfte erklärten, dass trotz der Möglichkeit, einen Dokumentationsbogen

für einen Patienten auszufüllen, das Ansprechen der Thematik eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen vom Patienten und vom medizinischen Personal gescheut werde. Eine Pflegekraft betonte daher die Wichtigkeit einer stärkeren Integration der Thematik des Umgangs mit den Grenzen der Intensivtherapie in die medizinische Ausbildung. Eine zufriedenstellende Beantwortung der Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen kann nur durch eine respektvolle und verständnisvolle Kommunikation zwischen Arzt und Patient erreicht werden. Dabei sollte der Arzt das Ziel einer häufigeren und bewussteren Gesprächsführung mit dem Patienten anstreben. Nur unter diesen Voraussetzungen kann ein angemessener Diskurs zwischen dem Behandlungsteam, dem Patienten und dessen Angehörigen entstehen und ein gemeinsamer Konsens bei der Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen erreicht werden.

8 Anhang

8.1 Die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ (ÄNo)

DiV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DiV-BVP e.V. 2018-06 | Deutschland | S. 7

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung

Vorname _____

geb. am ___.___._____

Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

☐ **A** **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

☐ **B0** **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

☐ **B1** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

☐ **B2** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

☐ **B3** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus *
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

☐ **C** **Ausschließlich lindernde Maßnahmen***
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

_____, den ___ . ___ . 20___
„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung.“

☐ * Ein Krisenplan wurde erstellt.

×
Unterschrift und Stempel des zertifizierten **Arztes**

_____, den ___ . ___ . 20___
„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
×
Unterschrift der **oben genannten Person**

„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“
×
Ggf. Unterschrift und NAME des **Bevollmächtigten/Betreuers**

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
×
Unterschrift und NAME des DiV-BVP-**Gesprächsbegleiters**

Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen aus gegebenem Anlass (z.B. OP, intensivmedizinische Behandlung oder dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit) eine abweichende Regelung vereinbart wird.

Muster

8.2 Der Göttinger Palliativnotfallbogen

PALLIATIVNOTFALLBOGEN

Name: _____

Geb.Datum: _____

Adresse: _____

_____

Diagnosen: _____

_____

_____

Aktuelle Probleme: _____

_____

Besonderheiten: _____

_____

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?

O Ja O Nein

Krankenhauseinweisung gewünscht?

O Ja (Erläuterung Rückseite) O Nein

Aufklärung Prognose/Diagnose?

Patient:	O Ja	O Nein
Angehörige:	O Ja	O Nein
Patientenverfügung:	O Ja	O Nein
Vorsorgevollmacht:	O Ja	O Nein

Hinterlegung der Dokumente: _____

Datum Name Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

(Aktualisierungen siehe Rückseite, der Notfallbogen entspricht der gültigen Gesetzgebung zu Patientenverfügungen §1901a Abs. 1-5 BGB)

WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern:

Nächster Angehöriger: _____

_____

Bevollmächtigter: O Ja O Nein

Name/Geb.Datum: _____

Adresse: _____

_____

(o.g. Bevollmächtigter gem. §1896 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)

( ) Palliativteam: _____

( ) Hausarzt: _____

( ) Pflegedienst: _____

( ) Kassenärztl. Notdienst: _____

( ) Notarzt: 112

( ) Seelsorge: _____

( ) Hospiz: _____

Ablehnung weiterer Maßnahmen:

_____

_____

Letzter Klinikaufenthalt: _____

Klinik/Einrichtung: _____

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum Name des Arztes Unterschrift

(mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert; die volle Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor)

Reihenfolge der Kontakte individuell eintragen

© Wiese, Geyer, Pfirsinger, Duttge 2010

8.3 Dokumentation Therapiebegrenzung der DIVI

Dokumentation Therapiebegrenzung DIVI

Datum:.....

Gültig maximal bis: .....

(Gültigkeit erlischt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus)

Patientenetikett

❶ Folgende Maßnahmen werden *nicht* durchgeführt*:

Reanimation:
- ❑ Herzdruckmassage
- ❑ Defibrillation / Kardioversion
- ❑ Medikamente
- ❑ Assist Devices

Beatmung:
- ❑ Invasiv
- ❑ Nicht-invasiv (Maskenbeatmung)
- ❑ Intensivierung der Beatmung
- ❑ Lungenersatzverfahren (z.B. ECMO)

❒ **Verlegung Intensiv/IMC/andere Klinik**

Künstliche Ernährung:
- ❑ Enteral (Sondenkost)
- ❑ Parenteral

Andere:
- ❑ Antiinfektive Therapie (z.B. Antibiotika)
- ❑ Andere Medikamente (unter Besonderheiten benennen)
- ❑ Blutprodukte
- ❑ Nierenersatzverfahren (z.B. Dialyse)
- ❑ Operative / diagnostische Maßnahmen
- ❑ Passagerer Schrittmacher
- ❑ Weitere: _____

Besonderheiten:

❷ Grund für die Begrenzung der Maßnahmen

❑ **Medizinische Indikation nicht gegeben**
(Therapie führt wegen schlechter Gesamtprognose nicht zum Erreichen des angestrebten Therapieziels oder Sterbephase hat begonnen)

❑ **Therapiebegrenzung auf Grund des Patientenwillens**
(Aussage kann von Patient/in jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden)

Erläuterung zum Patientenwillen:
- ❑ Patient/in kann eigene Situation erfassen und die Folgen der Therapiebegrenzung verstehen
- ❑ Patientenwille wurde durch Betreuer oder Bevollmächtigten zur Geltung gebracht

Patientenwille gesichert auf Basis von:
- ❑ Patientenverfügung
- ❑ Behandlungswünschen
- ❑ Mutmaßlichem Patientenwillen

Besonderheiten:

Informationsgespräch erfolgte am: _____
am: _____
am: _____
am: _____

- ❑ mit Patient/in
- ❑ mit Betreuer/ Vorsorge-Bevollmächtigtem
- ❑ mit Pflegekraft
- ❑ mit Angehörigen u. sonstigen Vertrauenspersonen, nämlich: _____

❸ Autorisierung

[Unterschrift Ärztin/Arzt Name in Druckbuchstaben]

[*Zur Kenntnis genommen* Unterschrift der/des Pflegenden Name in Druckbuchstaben]

***Die Therapiebegrenzung gilt nur für die oben genannten Maßnahmen. Basisbetreuung sowie palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen werden dadurch nicht eingeschränkt.**

8.4 Die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ (VaW-Anordnung)

Patientenaufkleber

Universitätsklinikum Erlangen

Verzicht auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung)

Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Normalstation	Intensivstation*)
1. Intubation/Beatmung ☐ 2. Reanimation ☐	1. Intubation/Beatmung ☐ 2. mechanische Reanimation ☐ 3. medikamentöse Reanimation ☐ 4. Defibrillation ☐ *) siehe auch „Anordnung zur Therapiebegrenzung“

Gründe für die Unterlassung der Maßnahmen:

☐ Medizinische Indikation nicht gegeben (z.B. Ausweitung der Therapie nicht sinnvoll, inkurables Grundleiden mit begrenzter Lebenserwartung, Sterbephase hat eingesetzt)

☐ Patient lehnt Reanimation ab (Aussage kann vom Patienten jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)

☐ _____

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin:

☐ Ist zu Person/Zeit/Ort orientiert

☐ Kann eigene Situation erfassen, kann die Folgen einer VaW-Anordnung verstehen

☐ Psychiatrisches Konsil liegt vor

☐ Patient ist betreut

Aufklärungsgespräch erfolgt am _____ ☐ mit Patient

am _____ ☐ mit Angehörigen (Familie, Lebenspartner, engen Freunden)

am _____ ☐ mit Betreuer/Vorsorgebevollmächtigtem

Teambesprechung/Stationsbesprechung erfolgt ja ☐ am _____ nein ☐

Ethikberatung erfolgt ja ☐ am _____ nein ☐

Auf eine suffiziente Symptomkontrolle, Pflege und menschliche Begleitung ist zu achten.

Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin und/oder dem Entscheidungsprozess:

Es liegt vor:

Unterschrift Patient für VaW	ja ☐	nein ☐
Patientenverfügung	ja ☐	nein ☐
Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung	ja ☐	nein ☐
(ggf.) Betreuungsausweis	ja ☐	nein ☐

Die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW) muss ärztlich angeordnet, bei Schichtübergaben mitgeteilt und nach 24 Stunden überprüft und dokumentiert werden.

Ort/Datum Oberarzt/ärztin, Facharzt/ärztin

Nähere Ausführungen finden Sie in den „Empfehlungen zur Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung“ unter: www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/index_ger.html

8.5 Die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“

Patientenaufkleber

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung

Muss von einer/einem verantwortlichen Oberärztin/-arzt bzw. Fachärztin/-arzt ausgefüllt werden

Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Normalstation		Intensivstation	
1. Intubation/Beatmung	☐	1. Intubation/Beatmung	☐
2. Reanimation	☐	2. Nichtinvasive Beatmung	☐
3. Verlegung auf IMC	☐	3. mechanische Reanimation	☐
4. Verlegung auf IPS	☐	4. Defibrillation	☐
Sonstige:			
Katecholaminobergrenze:			

Gründe für die Unterlassung: (*bitte im Feld „Weitere wichtige Informationen“ auf Seite 2 erläutern*)

☐ Medizinische Indikation nicht gegeben (z.B. Ausweitung der Therapie nicht sinnvoll, Sterbephase hat eingesetzt)

☐ Der einwilligungsfähige Patient/in lehnt Maßnahmen ab (die Verzichtserklärung kann von der Patientin/dem Patienten jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)

☐ Der Bevollmächtigte/Betreuer der/des nicht einwilligungsfähigen Patientin/-en lehnt Maßnahmen ab

☐ _____

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit der Patientin/des Patienten:

Patient/in ist einwilligungsfähig ja ☐ nein ☐

Einwilligungsfähigkeit bzw. fehlende Einwilligungsfähigkeit wurde festgestellt

☐ durch unterzeichnende Oberärztin/-arzt bzw. Fachärztin/-arzt

☐ im Zweifelsfall: durch psychiatrisches Konsil vom _____

☐ _____

Patient/-in hat (*bitte dokumentieren, sofern vorhanden*)

☐ eine Patientenverfügung (Original bzw. Kopie liegt vor ja ☐ nein ☐)

☐ einen Bevollmächtigten (Vorsorgevollmacht liegt vor ja ☐ nein ☐)

☐ einen Betreuer (Betreuungsausweis liegt vor ja ☐ nein ☐)

_____

ggf. Name und Telefonnummer des Bevollmächtigten/Betreuers

Aufklärungsgespräch erfolgt am _____ ☐ mit Patient/in
am _____ ☐ mit Bevollmächtigtem/Betreuer

Die Familie des Patienten wurde über die Entscheidung informiert: am _____

Die Entscheidung wurde im Team besprochen bzw. dem Team kommuniziert: am _____

Die Entscheidung erfolgte nach Beratung durch das Klinische Ethikkomitee: am _____
keine Beratung ☐

Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin und/oder dem Entscheidungsprozess:

*Die Entscheidung **über** den Verzicht auf Wiederbelebung muss bei **Schichtü**bergaben mitgeteilt und regelmä**ßig ü**b**erprüft und** dokumentiert werden. Bei **Ä**nderungen des klinischen Verlaufes oder der klinischen Ei**nschätzung ist** eine Reevaluation und erneute Dokumentation zwingend.*

Datum Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Reevaluation

Datum Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Datum Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

Datum Unterschrift Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

8.6 Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des ersten Untersuchungszeitraumes

Tabelle 15: Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des ersten Untersuchungszeitraumes

Nummer	Alter	W	M	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1	3.2	3.3	3.4
	73	6	10	6	2	16	12	7	4	8	3	5	3	3	5	0	0
1	80	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
2	60	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
3	90	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
4	70	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
5	61	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
6	83	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
7	77	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
8	82	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
9	65	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
10	84	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
11	61	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
12	61	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
13	56	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
14	66	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
15	85	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
16	83	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0

Nummer	4.1	4.11	4.2	4.22	4.3	4.33	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	6	Verstorben
	3	1	2	1	5	2	4	7	6	3	0	14	5
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
6	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
7	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
9	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
10	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
13	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
14	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1
15	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
16	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1

8.7 Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des zweiten Untersuchungszeitraumes

Tabelle 16: Auswertungstabelle der Dokumentationsbögen des zweiten Untersuchungszeitraumes

Nummer	Alter	W	M	Aufnahmediagnose	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	2.1	2.2	2.3	2.4
	75	23	64		53	11	82	38	30	27	35	25	40	7
1	81	1	0	Septischer Schock bei COPD	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
2	84	0	1	Akute kardiale Dekompensation bei STEMI	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
3	50	0	1	Infektexazerbierte COPD	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
4	80	1	0	Kardiale Dekompensation	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
5	75	0	1	Kardiale Dekompensation	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0
6	67	0	1	Aspirationspneumonie bei Dysphagie	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0
7	56	0	1	Reanimation bei infaustem Bronchial-CA	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
8	45	0	1	Sepsis bei Pneumonie	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
9	82	0	1	Kardialer Schock bei Bronchial-CA	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0
10	62	1	0	Hämorrhargischer Schock	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
11	90	0	1	Z.n. Reanimation	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
12	98	0	1	Pneumonie	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0
13	81	1	0	Pneumonie	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
14	73	0	1	Kardialer Schock	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
15	74	0	1	Kardiale Dekompensation/Schock	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
16	71	0	1	Pneumonie	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
17	57	0	1	Pneumonie	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
18	75	0	1	Kardialer Schock	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
19	59	0	1	Schock bei ethyltoxischem Leberversagen	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0
20	72	0	1	Respiratorische Insuffizienz	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0
21	62	0	1	Reanimation	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
22	76	0	1	Reanimation	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0
23	94	1	0	Kardiale Dekompensation bei Infarkt	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0
24	87	0	1	Reanimation	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
25	90	0	1	Kardiale Dekompensation	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0

Nummer	Alter	W	M	Aufnahmediagnose	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	2.1	2.2	2.3	2.4
	75	23	64		53	11	82	38	30	27	35	25	40	7
26	57	0	1	Pneumonie	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
27	66	0	1	Lungenfibrose im Endstadium	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0
28	85	0	1	Kardiale Dekompensation	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
29	80	1	0	Kardiale Dekompensation	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
30	71	0	1	Pneumonie, Multimorbidität	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
31	66	0	1	Reanimation bei kardialer Dekompensation	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
32	75	1	0	KHK bei metastasiertem CA	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0
33	86	0	1	Reanimation	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0
34	78	0	1	Reanimation bei Pankreatitis	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0
35	72	0	1	Septischer Schock bei metastasiertem CA	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
36	85	1	0	Z.n. Reanimation bei Mamma-CA	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
37	69	0	1	Z.n. Reanimation, hypoxischer Hirnschaden	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
38	79	0	1	Z.n. Reanimation, hypoxischer Hirnschaden	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0
39	79	1	0	Z.n. Mediainfarkt, Herzinsuffizienz	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
40	68	0	1	Dekompensierte Herzinsuffizienz	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
41	88	0	1	beidseitige Lungenarterienembolie	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
42	74	0	1	ALS, jetzt Pneumonie	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
43	58	0	1	Z.n. Reanimation, hypoxischer Hirnschaden	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0
44	79	1	0	Kardiale Dekompensation mit ANV	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0
45	66	0	1	Z.n. Mitral- und Trikuspidalklappenersatz	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
46	89	0	1	Pneumonie, Multimorbidität	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
47	89	0	1	Z.n. TAVI	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
48	89	0	1	Dekompensierte Herzinsuffizienz, Z.n. TAVI	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0
49	77	0	1	Aortenstenose, Prä-TAVI	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
50	73	1	0	Lungenfibrose	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0

Nummer	Alter	W	M	Aufnahmediagnose	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	2.1	2.2	2.3	2.4
	75	23	64		53	11	82	38	30	27	35	25	40	7
51	53	0	1	Gastrointestinale Blutung, Multimorbidität	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0
52	88	0	1	Herzinsuffizienz, Urothel-CA, Reanimation	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0
53	85	0	1	Sepsis bei Endokarditis nach TAVI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
54	83	0	1	Kardiale Dekompensation	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
55	59	1	0	akute myeloische Leukämie, Sepsis	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
56	86	0	1	STEMI	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
57	71	0	1	exazerbierte COPD, Pneumonie	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
58	77	0	1	Reanimation	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
59	50	1	0	Reanimation	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
60	62	1	0	Lungenfibrose	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0
61	72	0	1	Pneumonie	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
62	81	1	0	Pneumonie bei Herzinsuffizienz	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1
63	81	1	0	Herzinfarkt, Non-Hodgkin-Lymphom	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0
64	87	0	1	Z.n. TAVI	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
65	89	1	0	Prä-TAVI	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
66	80	0	1	Lungenfibrose, Cor Pulmonale	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
67	59	0	1	Myelodysplastisches Syndrom, GvHD	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
68	69	0	1	Lungenfibrose	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
69	65	0	1	Schwerste COPD	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
70	54	0	1	Schwerstes ARDS mit Multiorganversagen	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0
71	70	0	1	Dekompensierte Herzinsuffizienz	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
72	84	1	0	Reanimation bei Kammerflimmern	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0
73	62	1	0	Akute Blutung bei Lymphom	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
74	72	0	1	Kardiale Dekompensation	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0
75	67	0	1	Exazerbierte COPD	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0

Nummer	Alter	W	M	Aufnahmediagnose	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	2.1	2.2	2.3	2.4
	75	23	64		53	11	82	38	30	27	35	25	40	7
76	81	1	0	Respiratorische Insuffizienz bei Aspiration	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
77	78	0	1	Schwere Herzinsuffizienz	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
78	85	0	1	KHK, pAVK, ANV mit urämischer Enzephalopathie	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0
79	81	1	0	Kammerflimmern	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1
80	72	0	1	Pneumonie	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
81	88	0	1	Herzinfarkt, Demenz	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
82	88	0	1	Kardiale Dekompensation	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
83	80	0	1	Reanimation, Demenz	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
84	77	0	1	Schwere Demenz, respiratorische Insuffizienz	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
85	63	1	0	Fulminanter septischer Schock	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0
86	64	0	1	Sepsis und Schock	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0
87	92	1	0	Perikarderguss	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0

Nummer	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.11	4.2	4.22	4.3	4.33	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	6	7
	27	29	0	13	26	21	28	25	19	11	29	59	38	52	1	85	8
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0
2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
5	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
9	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
10	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
11	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
13	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0
14	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1
15	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0
16	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
17	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
18	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
19	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
20	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0
21	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
23	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
24	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

Nummer	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.11	4.2	4.22	4.3	4.33	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	6	7
	27	29	0	13	26	21	28	25	19	11	29	59	38	52	1	85	8
26	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
27	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
28	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
29	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
30	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0
31	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
32	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
35	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
36	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
37	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
38	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
39	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
40	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
41	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
42	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0
43	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0
44	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
46	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
47	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1
48	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
49	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
50	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0

Nummer	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.11	4.2	4.22	4.3	4.33	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	6	7
	27	29	0	13	26	21	28	25	19	11	29	59	38	52	1	85	8
51	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
52	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
53	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
54	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0
55	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0
56	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
57	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
58	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
60	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1
61	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
62	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
63	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0
64	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
65	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
66	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
67	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0
68	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
69	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
70	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0
71	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
72	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
73	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
74	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
75	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0

Nummer	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.11	4.2	4.22	4.3	4.33	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	6	7
	27	29	0	13	26	21	28	25	19	11	29	59	38	52	1	85	8
76	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
77	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
78	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
79	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
80	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
82	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
83	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
86	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
87	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0

Nummer	Verlg. externes Krankenhaus	Verlg. Normalstation	Verlg. IMC	Verlg. ITS	Verlg. Palliativstation	Verlg. nach Hause	Verstorben
	17	10	1	9	5	4	41
1	1	0	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	1
4	1	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	1
6	0	0	0	0	0	0	1
7	0	0	0	0	0	0	1
8	0	0	0	0	0	0	1
9	0	0	0	0	1	0	0
10	0	0	0	0	0	0	1
11	0	0	0	0	0	0	1
12	0	0	0	0	0	0	1
13	0	0	0	0	1	0	0
14	1	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	1	0
16	0	0	0	0	0	0	1
17	0	0	0	1	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	1
19	0	0	0	0	0	0	1
20	0	0	0	0	0	0	1
21	0	0	0	0	0	0	1
22	0	0	0	0	0	0	1
23	0	0	0	1	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	1
25	1	0	0	0	0	0	0

Nummer	Verlg. externes Krankenhaus	Verl.g Normalstation	Verlg. IMC	Verlg. ITS	Verlg. Palliativstation	Verlg. nach Hause	Verstorben
	17	10	1	9	5	4	41
26	0	0	0	0	0	0	1
27	0	0	0	0	1	0	0
28	0	0	0	1	0	0	0
29	0	1	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0	1
31	0	0	0	0	0	0	1
32	0	0	0	0	0	0	1
33	1	0	0	0	0	0	0
34	0	0	0	0	0	0	1
35	0	0	0	0	0	0	1
36	1	0	0	0	0	0	0
37	0	0	0	1	0	0	0
38	0	0	0	0	0	0	1
39	0	1	0	0	0	0	0
40	0	0	0	0	0	0	1
41	1	0	0	0	0	0	0
42	0	0	0	0	0	1	0
43	0	0	0	0	0	0	1
44	0	0	0	0	0	0	1
45	0	0	0	0	1	0	0
46	0	0	0	1	0	0	0
47	0	0	0	0	0	0	1
48	0	0	0	1	0	0	0
49	0	0	0	1	0	0	0
50	0	0	0	0	0	0	1

Nummer	Verlg. externes Krankenhaus	Verlg. Normalstation	Verlg. IMC	Verlg. ITS	Verlg. Palliativstation	Verlg. nach Hause	Verstorben
	17	10	1	9	5	4	41
51	1	0	0	0	0	0	0
52	0	0	0	0	0	0	1
53	0	0	0	0	0	0	1
54	0	0	0	0	0	0	1
55	0	0	0	0	0	0	1
56	0	0	0	1	0	0	0
57	0	0	0	0	0	0	1
58	0	1	0	0	0	0	0
59	0	0	0	0	0	0	1
60	0	0	0	0	0	0	1
61	1	0	0	0	0	0	0
62	1	0	0	0	0	0	0
63	1	0	0	0	0	0	0
64	0	0	0	1	0	0	0
65	0	0	0	0	0	0	1
66	0	1	0	0	0	0	0
67	0	0	0	0	0	0	1
68	1	0	0	0	0	0	0
69	1	0	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	0	0	1
71	0	1	0	0	0	0	0
72	0	0	0	0	0	0	1
73	0	1	0	0	0	0	0
74	1	0	0	0	0	0	0
75	1	0	0	0	0	0	0

Nummer	Verlg. externes Krankenhaus	Verlg. Normalstation	Verlg. IMC	Verlg. ITS	Verlg. Palliativstation	Verlg. nach Hause	Verstorben
	17	10	1	9	5	4	41
76	1	0	0	0	0	0	0
77	0	0	0	0	0	1	0
78	0	1	0	0	0	0	0
79	0	1	0	0	0	0	0
80	1	0	0	0	0	0	0
81	0	1	0	0	0	0	0
82	0	0	0	0	0	1	0
83	0	0	0	0	1	0	0
84	0	0	0	0	0	0	1
85	0	0	0	0	0	0	1
86	0	0	0	0	0	0	1
87	0	0	1	0	0	0	0

8.8 Die Interviewleitfäden

8.8.1 Leitfaden der Gruppeninterviews mit P1-P18

Traten in der Vergangenheit Konflikte, Probleme oder Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auf?

- Wussten Sie schon einmal nicht, welche lebensverlängernden Maßnahmen beim Patienten gewünscht und welche nicht erwünscht waren?
- War Ihnen schon einmal nicht bekannt, auf welche lebensverlängernden Maßnahmen aufgrund fehlender medizinischer Indikation verzichtet werden soll?
- Wie verfahren Sie in solchen Situationen?
- Haben Sie den Eindruck, dass in diesem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen getroffen wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren?

Die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" wurde bei Ihnen auf der Station eingeführt. Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen?

- Ist Ihnen der Bogen ausreichend bekannt? Kennen Sie die Inhalte des Bogens?
- Wird der Dokumentationsbogen auf Ihrer Station eingesetzt?
- Wie wird Ihnen mitgeteilt, dass ein Bogen bei einem Patienten verfasst wurde?
- Enthält der Bogen Ihrer Meinung nach klare Formulierungen und Anweisungen, die in konkretes Handeln umgesetzt werden können
- Haben Sie eine Einführung in die Handhabung des Bogens erhalten?

Würden Sie Verbesserungen in der Gestaltung des Bogens oder im Umgang mit diesem vornehmen?

- Gibt es einzelne unklare Formulierungen? Haben Sie alternative Formulierungsvorschläge?
- Gibt es Vorschläge für einen verbesserten Umgang?

8.8.2 Leitfaden des Gruppeninterviews mit P19-P23

Traten in der Vergangenheit Konflikte, Probleme oder Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auf?

- Wussten Sie schon einmal nicht, welche lebensverlängernden Maßnahmen beim Patienten gewünscht und welche nicht erwünscht waren?
- War Ihnen schon einmal nicht bekannt, auf welche lebensverlängernden Maßnahmen aufgrund fehlender medizinischer Indikation verzichtet werden soll?
- Wie verfahren Sie in solchen Situationen?
- Haben Sie den Eindruck, dass in diesem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen getroffen wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren?

Haben Sie Wünsche zur Vermeidung derartiger Probleme?

- Haben Sie Ideen oder Vorschläge, um mehr Klarheit im Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung zu schaffen?
- Werden getroffene Entscheidungen in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung dokumentiert? Wenn ja, auf welche Art und Weise?
- Wie wird Ihnen mitgeteilt, dass eine Entscheidung über den Verzicht auf wiederbelebender Maßnahmen getroffen wurde?
- Enthalten die Dokumentationen auf Ihrer Station Ihrer Meinung nach klare Formulierungen und Anweisungen, die in konkretes Handeln umgesetzt werden können?

Auf der nephrologischen und kardiologischen Intensivstation sowie auf der *intermediate care* Station und einigen Normalstationen wurde die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" eingeführt. Haben Sie überhaupt schon einmal von einem derartigen Bogen gehört?

- Haben Sie eventuell durch eine Tätigkeit auf einer Station mit eingeführtem Dokumentationsbogen bereits Erfahrungen mit dieser gemacht? Wenn ja, welche?
- Haben Sie von anderen Mitarbeitern Erfahrungen berichtet bekommen?
- Würden Sie sich die Einführung des Dokumentationsbogens auch für Ihre Station wünschen?

8.8.3 Leitfaden der Einzelinterviews mit A1-A4

Traten in der Vergangenheit Konflikte, Probleme oder Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auf?

- Wussten Sie schon einmal nicht, welche lebensverlängernden Maßnahmen beim Patienten gewünscht und welche nicht erwünscht waren?
- Wie verfahren Sie in solchen Situationen?
- Haben Sie den Eindruck, dass in diesem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen getroffen wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren?

Die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" wurde bei Ihnen auf der Station eingeführt. Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen?

- Ist Ihnen der Bogen ausreichend bekannt? Kennen Sie die Inhalte des Bogens?
- Wird der Bogen auf Ihrer Station eingesetzt?
- Enthält der Bogen Ihrer Meinung nach klare Formulierungen und Anweisungen, die in konkretes Handeln umgesetzt werden können?
- Haben Sie eine Einführung in die Handhabung des Bogens erhalten?

Würden Sie Verbesserungen in der Gestaltung des Bogens oder im Umgang mit diesem vornehmen?

- Gibt es einzelne unklare Formulierungen? Haben Sie alternative Formulierungsvorschläge?
- Gibt es Vorschläge für einen verbesserten Umgang mit dem Bogen?

8.8.4 Leitfaden der Einzelinterviews mit A5 und A6

Traten in der Vergangenheit Konflikte, Probleme oder Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auf?

- Wussten Sie schon einmal nicht, welche lebensverlängernden Maßnahmen beim Patienten gewünscht und welche nicht erwünscht waren?
- Wie verfahren Sie in solchen Situationen?
- Haben Sie den Eindruck, dass in diesem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen getroffen wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren?

Haben Sie Wünsche zur Vermeidung derartiger Probleme?

- Haben Sie Ideen oder Vorschläge, um mehr Klarheit im Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung zu schaffen?
- Werden getroffene Entscheidungen in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung dokumentiert? Wenn ja, auf welche Art und Weise?
- Enthalten die Dokumentationen auf Ihrer Station Ihrer Meinung nach klare Formulierungen und Anweisungen, die in konkretes Handeln umgesetzt werden können?

Auf der nephrologischen und kardiologischen Intensivstation sowie auf der *intermediate care* Station und auf einigen Normalstationen wurde die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ eingeführt. Haben Sie überhaupt schon einmal von einem derartigen Bogen gehört?

- Haben Sie eventuell durch eine Tätigkeit auf einer Station mit dem Dokumentationsbogen bereits Erfahrungen mit diesem gemacht? Wenn ja, welche?
- Haben Sie von anderen Mitarbeitern Erfahrungen berichtet bekommen?
- Würden Sie sich eine Einführung des Dokumentationsbogens auch für Ihre Station wünschen?

8.9 Die Interviewtranskripte

8.9.1 Gruppeninterview mit P1-P7

I: Ja. Dann, meine erste Frage wäre, ob sozusagen vor der Einführung des Bogens in der Vergangenheit irgendwelche Konflikte, Probleme, Unsicherheiten in Bezug auf die Frage nach dem Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen zustande gekommen sind. Ob vielleicht, ja, Sie in irgendeiner Situation, wo ein Patient war, der wiederbelebt werden musste oder sollte, ob Sie da vielleicht nicht wussten, was Sie machen sollen, wie Sie vorgehen sollen.

P1: Also eigentlich, eigentlich nicht, weil. Unsere Intention ist ja immer, wenn bei uns ein Notfallgeschehen passiert, dann müssen wir natürlich reagieren.

I: Ja.

P1: Und natürlich per se erst einmal mit allen Möglichkeiten, die wir haben. Also ich sage jetzt mal so das volle Programm. Gut. Vor, sage ich mal zwanzig, fünfundzwanzig Jahren war es ja auch in der Intensivpflege noch so, dass das ja noch gar nicht so publik war. Da kam das ja auch erst so mit den Patientenverfügungen, die halt die Patienten dann mitbrachten. Aber das waren nur ganz seltene Fälle. Also im Prinzip war das: Wenn irgendwas passierte, dann halt das ganze Programm. Und da, also ich weiß nicht, wie es meinen Kollegen so ging, aber ich glaube, da haben wir früher uns auch so, gar nicht so groß Gedanken drüber gemacht, sondern, ne? Ein Notfallgeschehen passierte und wir haben reagiert im Rahmen unserer Möglichkeiten ohne jegliche Diskussion.

I: Also alles, was gemacht werden konnte, wurde gemacht.

P1: Ja.

I: Ok.

P1: Im Prinzip ja.

I: Bei egal welchem Patienten?

P1: Ja. Also soweit ich mich erinnern kann, also, war das noch so.

P2: Das stimmt schon. Aber wie man sich darunter gefühlt hat, ist eine ganz andere Situation.

I: Ja.

P2: Also das Gefühl ist natürlich dann nicht schön, wenn man Patienten hat, 90 Jahre alt, und man muss erst einmal reagieren, weil keine andere Anweisung da ist. Dann fühlt man sich schon etwas schlecht dabei.

I: Ja. Haben Sie denn da, in dem Zusammenhang schon einmal das Gefühl gehabt, dass zum Beispiel, dass einfach nicht der Wille des Patienten, der ja schon sehr wichtig ist, dass der nicht berücksichtigt wurde? Oder dass er einfach nicht bekannt war?

P2: Es war einfach nicht bekannt oder spielte in dem Fall überhaupt gar keine Rolle.

I: Sondern man hat einfach gehandelt.

P2: Genau.

I: Ja?

P3: Ich habe auch was zu sagen. Also im Großen und Ganzen kann ich meinen beiden Vorrednern zustimmen. Ich erinnere mich aber an zwei exemplarische Situationen, die man ruhig erwähnen kann. In einem Fall war es eine sehr, sehr betagte Patientin, die einen Herzstillstand erlitt und junge Doktoren rannten auf den Alarm hin ins Zimmer und der vorsprechende Kollege sagte: „Ich bitte euch!“ Und daraufhin haben die gezögert, es überdacht, kurz miteinander geredet und dann keine Maßnahmen ergriffen. Das fand ich sehr, sehr erstaunlich. Und das Zweite ist, dass ein aus einem auswärtigen Haus zu uns verlegt wurde mit einer infausten Prognose eines Lungenkarzinoms und unser damaliger Chef entschieden hat, dass der therapiert werden sollte mit Chemo und Bestrahlung, obwohl er selbst, solange er noch dazu fähig war, sämtliche therapeutische Maßnahmen abgelehnt hatte. Also im Prinzip eigentlich einen lila Zettel ausgefüllt hatte.

I: In Gedanken sozusagen.

P3: In Gedanken. Und daraufhin hat unser damaliger Chef das Vormundschaftsgericht eingeschaltet, einen gerichtlichen Vormund bestellt, der dann die Entscheidung im Sinne des Therapiewunsches des Chefs durchgesetzt hat.

I: War das alles vor der Einführung dieses Bogens?

P3: Alles, lange vorher.

P1: Lange vorher. Also natürlich gab es auch früher Situationen, entweder, wenn es klar war, es gab ja auch Angehörige, die bei Aufnahme dann gleich sagten: „Also passen Sie auf, wir haben also hier ganz klares, eine ganz klare Vorgehensweise in unserer Familie besprochen, also das und das möchten wir und das und das möchten wir nicht.“ Da wurde sich natürlich selbstverständlich dran gehalten. Auch wenn das, wie gesagt, wir sind ja erst im Laufe der letzten Jahre dafür auch mehr sensibilisiert worden. Früher wurde das halt zur Kenntnis genommen und es wurde gesagt: „Ok, wenn das so ist, dann halten wir uns daran.“ Wobei das Schwierige gerade ja bei diesen Prozessen und bei diesen Abläufen ist ja immer, also speziell bei den Ärzten halt auch: „Wie weit kann ich das selber händeln oder inwieweit habe ich pro cura, das jetzt so zu entscheiden?“ Weil, man merkt es oft bei vielen, gerade jungen Medizinern, dass die halt total verunsichert sind, weil die immer so etwas wie so ein formal juristisches Damoklesschwert über sich schweben sehen. Also weil die rechtliche Situation auch nicht bekannt ist oder nicht richtig definiert ist, das ist auch ein Manko des Gesetzgebers meiner Ansicht nach. Also es sind viele Sachen in der Schwebe. Und da, muss man sagen, hilft uns diese Dokumentation hier, bringt uns wirklich ein Stück weiter, um halt Rechtssicherheit darzustellen und darzulegen, weil auch trotz allem immer noch so diese, ja, diese Unsicherheit ist, ne, also: „Mache ich zu wenig oder mache ich es falsch?“, „Was für Konsequenzen hat das?“, „Wie sieht das überhaupt aus juristisch? Kann ich dafür belangt werden,

wenn ich jetzt gewisse Sachen unterlasse?“. Oder wenn ich jetzt sage: „Ok, ich, da steht jetzt die Ehefrau und sagt: „Also ne, hier jetzt nicht.“.“ So, wie mein Kollege das eben gesagt hat. Also der muss jetzt reanimiert werden, aber hat Krebs und die Frau steht daneben und sagt: „Ne, um Gottes Willen.“. Wo Sie dann da stehen und sagen: „Ja, kann ich das jetzt? Darf ich das? Soll ich das?“. Und das ist halt das Problem.

I: Ja.

P1: Da hilft uns zwar jetzt letztlich dieser Zettel auch nicht so unbedingt weiter, also um so richtig Klarheit zu schaffen, aber es erleichtert uns doch ungemein. Also sorgt auch für Sicherheit. Weil, wenn wir so im Kollegenkreis hier sitzen und bei den Übergaben gesagt wird: „Also es ist mit den Angehörigen gesprochen worden, diese Dokumentation ist mit denen besprochen, ausgefüllt, formal juristisch auch wirksam durch Unterschrift.“ Dann haben wir schon ein klares Bild und eine klare Vorgehensweise und können uns auch darauf einrichten, was uns viel Sicherheit auch dann im täglichen Umgang mit dem Patienten gibt. Also ich denke, meine Kollegen sehen das auch so.

I: Das heißt Ihrer Meinung nach, der Bogen hat auch klare Anweisungen, die halt konkret in irgendwelche Handlungen umgesetzt werden können?

P2: Ja, so ist es.

P1: Ja, es gibt halt mehr Rechtssicherheit, kann man sagen. Also dadurch hat man natürlich, wenn man weiß, woran man ist, dann geht man ja auch ganz anders damit um. Ja, dann weiß man, woran man sich zu halten hat, wie weit man gehen kann und das ist dann schon, das ist sehr, sehr hilfreich für alle Beteiligten.

I: Haben Sie denn bevor der Bogen eingeführt wurde, das war ja vor ein paar Jahren erst, der ist ja jetzt noch nicht so alt, eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Aspekte erklärt worden sind?

P4: Ich glaube nicht.

P1: Ne, kann ich mich nicht dran erinnern.

P3: Ärztlicherseits sicherlich schon, bei uns nein. Der wird ja auch vom Arzt ausgefüllt.

I: Ja. Aber trotzdem muss das Pflegepersonal den Bogen ja auch kennen und wissen was darin steht und wie man das Ganze umsetzen soll.

P2: Dazu ist er aber so eindeutig und übersichtlich formuliert, das ist ganz einfach umzusetzen.

I: Ok. Würden Sie sich eine Einführung vielleicht trotzdem wünschen, wenn Sie hier neu auf die Station kämen?

P2: Das erlernt man. Also das kriegt man so mit. Das steht ja drauf ganz klar, wie viel, was noch gemacht werden soll. Da steht jetzt drauf, ob das der Patient selbst wünscht oder die

Angehörigen oder ob es nochmal Diskussionsbedarf gibt, das steht ja alles drauf. Also eigentlich braucht man den nur lesen und dann kann man den eigentlich verstehen.

I: Finden Sie denn, dass der Bogen auch in angemessener Häufigkeit eingesetzt wird?

P2: Also hier schon, ne? Hier schon. Sie sagten auch, die 22 besitzt auch so einen Bogen?

I: Ja.

P2: Die 22 macht eine ärztliche Übergabe und da heißt es, so war es auf jeden Fall noch vor einem halben Jahr, zu den Reanimationsmaßnahmen: „Doppelplus oder Plus oder wir machen." und dieser Bogen erscheint nicht oft. Aber hier ist er eigentlich obligat bei jemandem, wo es Einschränkungen geben soll oder auch nicht. Also wir haben schon fast immer einen liegen.

P1: Also sagen wir es mal so: Wenn das von Seiten des Patienten bzw. der Angehörigen klar formuliert wird: „Also Intensivtherapie ja, aber nur in einem gewissen Rahmen." und sie das klar kommunizieren, dann füllen wir sofort diesen Zettel aus.

P4: Wir nicht. Den füllen die Ärzte aus.

P1: Also ich meine jetzt wir als Klinik sozusagen, also die Ärzte auf dieser Station, um halt für uns eine Direktive festzulegen, ja? Was ich persönlich problematisch finde, ist, dass das manchmal nicht allumfassend abdeckend ist, also es ist jetzt nicht allumfassend. Ich weiß jetzt nicht, ob es sein kann, aber. Und was mir aufgefallen ist, ist, dass es auch hin und wieder vorkommt, dass zwar dieser Zettel am Patienten liegt und auch fest fixiert geregelt ist, aber dann plötzlich wieder aufgrund von Änderungswünschen von Angehörigen oder des Patienten selber, er wieder geändert wird. Ja, das heißt also, wenn es vorher hieß: „Also keine Intubation, keine Reanimation." und dann kommen, ich meine, wenn der Patient selber das äußert, finde ich das unproblematisch, aber ich finde es dann ja manchmal schwierig, wenn dann Angehörige kommen, mit denen das vorher festgelegt wurde und jetzt kommen sie wieder und wollen es doch wieder anders haben, ja? Also das finde ich manchmal problematisch.

I: Wie verfahren Sie dann in solchen Situationen? Also schalten Sie dann den Arzt ein?

P1: Klar, das muss ja mit den Ärzten besprochen werden. Wir haben ja nicht, wie gesagt, nicht die pro cura das zu entscheiden. Natürlich wird das dann mit den Ärzten besprochen. Und die Ärzte gehen, soweit ich das jetzt mitbekommen habe, gehen die dann auch in der Regel dann darauf ein und ändern dann diese Vorgaben, ja?

I: Ja. Genau. Es ist ja so wie. Ja?

P5: Einerseits finde ich, dass die Bögen viel zu spät eingeführt werden. Teilweise bei vielen Patienten, die zu uns kommen, fände ich es wichtig, dass die einfach früher ausgefüllt werden. Also wenn jetzt hier unsere hämatologischen Patienten von unten hochkommen, bis da ein Bogen ausgefüllt wird, dass überhaupt ein Bogen ausgefüllt wird, ist relativ selten, muss ich wirklich sagen, weil ich die so sehe und das sind ja gerade unsere Patienten, die relativ

selten die Station wirklich lebend verlassen, muss man wirklich mal so in die Statistik reinsehen, ist wirklich so. Und auch bei vielen Patienten, wo wirklich die Chancen relativ gering sind, dass sie wirklich diese Station verlassen, wird einfach zu spät, finde ich, mit dem Patienten gesprochen. Ich finde, dann sollte man schon von Anfang an darüber reden: „Wie soll es denn sein, wenn es soweit kommen würde?".

I: Ja.

P5: Und viele, gut, am Anfang, wenn sie gleich kommen, ist es natürlich zu viel. Die Entscheidung fällt dann natürlich nicht gleich leicht, aber man sollte dann doch schon, wenn es so sich absehen lässt, dass sie länger hierbleiben und dass die Therapie einfach nicht wirkt, finde ich einfach, dass das dann doch mal angesprochen werden soll. Also das ist bei uns oft ein Rauszögern einfach. Und dann ist es soweit und dann stehen wir halt alle da. Da ist halt nichts entschieden worden und ob das hier im Sinne des Patienten war, wurde vorher nicht besprochen einfach. Also das fällt mir halt relativ oft immer wieder auf.

I: Würden Sie sich da vielleicht auch wünschen, dass es zum Beispiel auf einer Normalstation, einer onkologischen oder hämatologischen Station, da vielleicht auch schon diese Bögen gäbe für den eventuellen Notfall, der vielleicht gar nicht eintritt, aber dass man es halt vorher geregelt hat, dass man vorher.

P5: Ich würde schon einmal mindestens mit den Patienten drüber gesprochen haben, dass es möglich ist, dass diese Therapie einfach nicht wirkt und dass es sein kann, dass sie hierher kommen oder dass sie es vielleicht gar nicht schaffen da oben.

I: Ja.

P5: Einfach mal den Wunsch des Patienten, so. Weil viele, es sind oft ältere Patienten auch, wo wir halt wirklich dann auch alles machen und am Ende halt trotzdem keine Aussicht auf Überleben besteht. Und ich finde, nicht alle Normalstationen sollten es haben, aber wirklich diese Stationen, wo halt auch die Sterberate relativ hoch ist. Und das sind gerade die onkologischen Stationen hier im Haus.

I: Ja.

P1: Also grundsätzlich würde ich mir wünschen, dass sich jeder Mensch darüber Gedanken macht. Also muss ich ganz ehrlich sagen, ich erwarte eigentlich von jedem erwachsenen normaldenkenden Menschen, dass er sich darüber Gedanken macht, dass er auch mal in solche Situationen kommen kann und dass er das von sich aus regelt. Also zu Hause schon mit seiner Familie und mit sich selbst klarmacht, sodass von Vornherein irgendwie schon einmal was da ist, woran man sich halten kann. Das Zweite wäre: Ich würde mir wünschen, dass Pflegepersonal, Ärzte oder überhaupt allgemein Berufsgruppen, die damit konfrontiert werden, dass die im Rahmen der Ausbildung oder im Rahmen des Studiums, also explizit bei Ärzten halte ich das für dringend notwendig, dass die im Rahmen ihres Studiums damit auch mal konfrontiert werden, dass es halt wichtig ist, darauf zu achten und dass ihnen vor allen Dingen auch Mut zur Tat beigebracht wird. Das heißt also, ihnen klar zu machen, dass ich

als Arzt zum Beispiel in diese Situation durchaus kommen kann, wo ich eine klare Entscheidung treffen muss oder wo ich eine klare Direktive vorgeben muss. Und dazu brauche ich Charakterstärke und dazu brauche ich halt Kompetenz, klar, aber ich muss in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen. Auch mal gegen Widerstände oder auch wenn man mal unsicher ist. Und ich mache so die Erfahrung, dass viele junge Mediziner einfach dahingehend eher verunsichert sind, als, sage ich mal, ausgebildet sind. Oder irgendein Werkzeug gefunden haben, damit umzugehen. Ja, also es kommt auch oft vor, Entschuldigung, wenn ich das noch anhängen darf, dass auch uns gegenüber immer wieder argumentiert wird: „Also Patient, infauste Prognose, ja, ist mehr tot als lebendig." und dann wird uns als Pflegepersonal oft gesagt: „Naja, also, ja, können wir nicht machen. oder Oberarzt so und so hat jetzt gesagt, also das wird jetzt noch gemacht und das.", und die eigentlichen Entscheidungsträger, die also vor Ort sind, die unten an der Basis sind, die es eigentlich entscheiden müssten, sind dann so verunsichert und ja, so, sage ich mal, auch durch die Strukturen so weichgespült, dass sie nicht in der Lage sind, dann klare Entscheidungen zu treffen. Und dadurch verzögert sich dieser Sterbeprozess oder so gewisse Sachen, ja? Das ist ja nicht nur moralisch, ethisch fragwürdig, sondern auch, ja, es werden Ressourcen verschwendet, ja, weil einfach niemand da ist, der jetzt mal klar sagt: „Hier Leute, so und so sieht es aus. Jetzt wird eine Entscheidung getroffen und daran halten wir uns dann auch.".

I: Aber würden Sie sagen, dass sich das durch diese Einführung des Bogens schon verändert hat? Also, dass Unsicherheiten.

P1: Verändert nicht, aber es hilft, was ich vorhin sagte.

I: Ja.

P1: Es hilft schon, weil man jetzt klar, eine klar definierte Struktur auf dieser Patientenkurve hat, wo man draufgucken kann, ne? Wie gesagt, ich komme jetzt als Pflegekraft an das Bett eines Patienten, den ich noch nicht kenne und habe diesen Bogen da oben drauf, dann kann ich ihn durchlesen und weiß halt explizit: Ok, das und das wird gemacht, das und das nicht. Es gibt mir eine Sicherheit.

I: Ja, ja.

P1: Aber sie ist halt nicht, sie ist halt nicht, sage ich mal, endgültig sozusagen.

P3: Ne, das ist aber.

P1: Also sie kann immer noch, immer noch irgendwie.

I: Inwiefern endgültig, also.

P1: Also es ist jetzt nicht, jetzt eine ganz klare, abgesegnete Geschichte, sage ich mal so, ja? Und also, es kann immer wieder eingegriffen werden, ne?

I: Muss es ja auch, wenn sich irgendwas verändert.

P4: Ja.

P3: Ja, das ist ja.

P6: Es kann niemals die Entscheidung sein: Lila Zettel, so.

P3: So. Ja, eben.

I: Ja.

P6: So ist es ja nicht.

P1: Ne, ne, das meine ich nicht, das meine ich nicht. Natürlich muss so etwas flexibel sein. Ja, ich meine, es kann ja auch eine Wunderheilung stattfinden oder der Totgeglaubte kommt wieder ins Leben, aber das habe ich zwar noch nie erlebt.

I: Deswegen muss man es immer wieder reevaluieren.

P7: Genau.

P1: Ja, so ist es auch.

I: Je nach Situation, wenn sich die Situation verbessert, verschlechtert, vielleicht andere Maßnahmen zu ergreifen.

P6: Genau.

P2: Ja, richtig.

I: Ja, genau. Sie wollten noch was sagen?

P4: Ja, ich wollte nur wegen onkologischen Normalstationen, da war ich auch und da ist es meistens das Problem, dass die Ärzte mit den Patienten nicht wirklich darüber sprechen, wie ernst die Erkrankung ist. Da kommt der Zettel oder überhaupt das Thema oft von den Ärzten aus nicht zustande oder dass die Patienten einfach immer glauben, dass es wieder wird. Also dass sie auf jeden Fall wieder gesund werden und ein normales Leben weiterführen können. In den meisten Fällen ist es aber nicht so, das ist wirklich, glaube ich, selten halt gewesen, was ich da oben gesehen habe, dass die gesund werden und nach Hause können und so weiterleben können wie vorher. Und ganz viele, die ich in der Ausbildung zum Beispiel da oben gesehen habe, sind dann hier in diesem halben Jahr auf dieser Station verstorben und es wurde nichts geklärt da oben. Die sind hierher gekommen und dann hieß es: „Ja, und was machen wir jetzt? Wie sieht die Therapie aus? Machen wir weiter?“. Und dann mussten immer die Onkologen eingeschaltet werden und die kamen dann runter und haben trotzdem noch alles versucht, obwohl es ja eigentlich schon abzusehen war. Ich glaube vor zwei oder einem Jahr war es schon abzusehen, dass es nicht lange halten wird, aber.

I: Ja!

P4: Keiner redet mit dem Patienten. Ich glaube, das ist das größte Problem, dass die Ärzte sich nicht trauen, das so direkt anzusprechen und wenn sie es sich trauen, dann nehmen die Patienten das nicht so ernst wie sie es vielleicht sollten.

P3: Das liegt auch mit an der Politik, mit der die Stammzelltransplantation vertreten wird. Es wird nämlich überall der Eindruck vermittelt, dass mit der Speichelprobe allein Spender werden alles geklärt ist und damit das Therapieziel schon versprochen ist.

P1: Es fehlt halt oftmals der Mut zur Wahrheit.

P3: Ja.

P7: Ja, ja, genau.

P1: So kann man es glaube ich trefflich aussprechen, ne? Es ist allen bewusst, ja? Die Tatsachen stehen, im wahrsten Sinne vor einem, aber es wird trotzdem immer noch relativiert, weil einfach der Mut zur Wahrheit fehlt. Und das ist zum Beispiel eine Sache, was, entschuldige, dass ich es jetzt mal so profan formuliere, aber das kotzt einen als Pflegekraft auch oftmals an. Ja, dass man bei Gesprächen zwischen Ärzteschaft und Angehörigen daneben steht und man genau weiß, ja, wirklich in den nächsten zwei Stunden ist dieser Mensch tot da, aber es wird den Leuten halt trotzdem nicht so richtig die Wahrheit gesagt, obwohl ja viele Menschen, rein intuitiv ja schon, ich meine, man muss ja keine ausgebildete Fachkraft sein, wenn man so manchem Menschen in so einer Situation ins Gesicht guckt, dann weiß man irgendwie intuitiv schon, dass das irgendwie, also dass er den morgigen Tag nicht mehr überlebt und das finde ich, das ist schon sehr bedrückend und sehr belastend.

I: Wie ist das in solchen Situationen? Stoßen Sie dann auch manchmal die Ärzte an? Dass Sie den Ärzten sagen: „Ja, jetzt (Pause) sprechen Sie den Patienten vielleicht nochmal auf diese Situation an.“. Oder denken Sie an den Bogen vielleicht auch? Oder den Bogen mit dem Patienten zu besprechen oder einfach die zukünftige Situation vielleicht einfach mal zu besprechen?

P2: Also das mit diesen kleinen Ärzten zu besprechen, ist ausgesprochen schwierig. Die tun sich da ganz schwer und dieser Bogen selber muss ja von einem Facharzt oder von einem Oberarzt oder so ausgefüllt werden.

I: Ja.

P2: Also die können das höchstens anregen.

I: Mhh.

P2: Aber sie selber, das ist das, was P1 ja schon sagte, haben ja ganz dolle Angst, irgendwelche Entscheidungen zu treffen. Ihnen fällt es. Die brauchen vor allen Dingen den Bogen, um sich daran zu hangeln und sagen: „Hier mein Oberarzt hat hier unterschrieben und mit dem Facharzt ist es abgestimmt.“. Die sind diejenigen, die den am meisten brauchen, da können sie sich dann daran hangeln. Sie selber sind nämlich ganz dieser Entscheidungsgewalt beschnitten. Und wenn wir dann da so ein bisschen stressen müssen und sagen: „Was soll denn das noch oder was?“, dann werden die manchmal auch ganz schön kiemich zu uns und sagen: „Ja, ihr müsst ja nicht entscheiden.“.

P1: Das ist das, was ich vorhin meinte. Also das war vielleicht ein bisschen missverständlich. Genau das, was ich meinte, ist: Der Zettel ist da, er ist ausgefüllt, aber er wird dann trotzdem immer wieder geändert aus solchen Gründen. Und wissen Sie, und das, das konterkariert diese ganze Geschichte. Ja, also alle finden es schön, dass er da ist, er ist ausgefüllt, ja, aber dann kommen durch solche, verursacht durch solche Situationen wird er dann doch wieder schnell mal geändert, wird durchgestrichen, wird was anderes hingeschrieben und wissen Sie, und dann.

P6: Also das ist aber nicht so.

P7: Ne.

P6: Das ist aber nicht so.

P7: Es geht ja nicht normalerweise so. Es ist so.

P1: Entschuldigung, das habe ich aber schon so erlebt, absolut.

P6: Aber nicht, dass das in den meisten Fällen so ist, dass da irgendwas durchgestrichen wird und wieder.

P1: Ich sage nicht in den meisten Fällen. Ich habe gesagt, dass das vorkommt, ja? Also wir haben hier schon, das ist schon öfters vorgekommen, dass diese Zettel nochmal geändert wurden.

P6: Ja, natürlich.

P7: Ja, klar.

P1: Aufgrund solcher Situationen, ja?

P6: Ja, das soll es ja auch.

P1: Also nicht, weil sich jetzt der Zustand des Patienten geändert hat, sondern weil irgendjemand von außen nochmal massiv eingegriffen hat aus eigenem Ansehen. Also, dass jetzt ein Oberarzt oder irgendwer da zu einer anderen Entscheidung gekommen ist oder, ne, der Zettel war klar, wir halten uns daran und dann kommt irgendjemand und sagt: „Ne, also ne, ne, ne, jetzt machen wir doch nochmal was.“. Und dann wird in diesem Moment diese Dokumentation konterkariert und das ist natürlich nicht gut.

I: Wobei ein Oberarzt natürlich auch mehr Erfahrung hat, vielleicht viel mehr über das Fortgehen von irgendwelchen Situationen weiß und vielleicht dann Änderungen auch vorgenommen werden müssen, weil der Assistenzarzt vielleicht noch nicht so viel Erfahrung hat.

P1: Das kann sein, muss aber nicht.

I: Ja.

P3: Ich möchte das ein bisschen straffen. Ich finde, das ufert aus, entschuldige, wenn ich mal eingreife.

P1: Ja.

P3: Ich glaube, dass diese Zettel ziemlich stringent umgesetzt werden und Änderungen ganz, ganz selten erfolgen. Ich persönlich habe noch nie eine Änderung erlebt, muss ich sagen.

I: Ok.

P7: Also ich habe jetzt vor Kurzem eine Änderung erlebt, das war Herr (Name entfernt). Da stand ganz klar drin: Keine Reanimation, keine Intubation. NIV-Maske ja.. Von den Angehörigen entschieden, er selber konnte es nicht entscheiden.

P3: Ja.

P7: Dann ist er gut geworden und dann hat er gesagt: „Ich möchte gerne einen Herzkatheter und ich möchte selbstverständlich intubiert werden.“. Und dann ist natürlich auch dem Patientenwunsch entsprochen worden.

P3: Und das war gar nicht nötig

P7: Und es war gar nicht nötig.

P3: Ja.

P7: Aber, wenn der Fall eingetreten wäre, hätten wir uns nach dem Wunsch des Patienten gerichtet.

P6: Es ist ein Zweiter ausgefüllt worden, also.

P7: Genau.

P6: Es ist ein zweiter Zettel dazu ausgefüllt worden.

I: Ok.

P7: Also das, ich finde das schon ok, natürlich müssen Änderungen möglich sein.

I: Ja.

P7: Aber es muss natürlich der Gesamtverlauf des Patienten natürlich betrachtet werden. Aber wenn der Patient sich äußern kann und möchte das, dann ist es natürlich sein Wille.

I: Ja.

P7: Und dem muss auch entsprochen werden.

I: Ja.

P7: Aber das kommt wirklich selten vor.

I: Haben Sie denn Anmerkungen bezüglich des Bogens bezüglich irgendwelcher unklaren Formulierungen? Dass Sie bei irgendwelchen Kreuzchen, die gesetzt werden, oder Sätzen, die geschrieben werden, nicht genau wissen, wie Sie vorgehen sollen? Oder ist das eine klare Anweisung?

P7: Eine klare Anweisung.

P3: Klar.

P6: Eigentlich klar. Und dadurch, dass in 99 % der Fälle hinten immer noch mal was von den Ärzten.

I: Da ist ein freies Textfeld. Genau

P6: In dem freien Feld wird nochmal ausgefüllt „Mit Angehörigen besprochen, aufgrund der Lebenssituation, die die letzten drei Jahre geherrscht hat.“ oder wie auch immer. Also da wird nochmal immer, auf jedem Bogen steht eigentlich da auch nochmal eine Erklärung dazu.

I: Mhh.

P2: Für uns ist es eben an diesem Zettel sehr schön, weil wir sehen, was der Arzt mit dem Angehörigen auch besprochen hat, also.

P6: Ja.

P2: Das ist für uns sehr einsichtig.

P4: Ja, ja.

P2: Also wir sehen jetzt.

P7: Nicht nur für uns, sondern jeder auch folgende Arzt kann das durchlesen und sagen: „So, mit dem und dem ist das besprochen worden.“.

P2: Ja, kann. Da sieht man halt, die waren da, die Angehörigen waren da, der Patient war da. Man hat das besprochen und für uns ist es halt. Und dann können wir das auch nachvollziehen, weil wir ja bei diesen Gesprächen nicht anwesend sind. Wir wissen es ja oftmals nicht.

I: Ja, ja. Dass Sie vielleicht die Situation noch umfangreicher verstehen können.

P7: Genau.

I: Mehr erfahren. Ja, dann wäre ich eigentlich soweit fertig mit meinen Fragen. Falls Sie noch irgendwas sagen wollen zu dem Bogen, was wir jetzt noch nicht erwähnt haben, können Sie das gerne noch machen.

P6: Also ich finde seit Einführung des Bogens ist es für uns alle oder für mich jedenfalls, ich hoffe auch für uns, ich kann ja jetzt nur für mich sprechen, es nochmal klarer geregelt. Dadurch dass es ja vor 30 Jahren oder so, als ich angefangen habe mit der Krankenpflege, da waren die Leute, die Menschen noch nicht so alt. Die waren noch keine 95 oder 90 oder so. Die, die ins Krankenhaus gekommen sind, die waren noch nicht so multimorbide, die Medizin war noch nicht so weit. Da gab es teilweise diese ethischen Konflikte gar nicht oder muss ich jetzt. Also diese Konflikte habe ich so am Anfang nicht erlebt. Als ich hier auf der Station angefangen habe vor 13 Jahren, ich komme aus der Chirurgie, das ist auch nochmal, das Patientengut ist auch nochmal anders, habe ich schon gesehen, dass hier wirklich viele multimorbide Patienten sind, die.

P3: Übertherapiert wurden.

P6: Die, ja, übertherapiert wurden. Ja, ok. So kann man, ja, wo ich erst einmal schlucken musste sozusagen, ne? Durch Einführung dieses lila Zettels ist es so, dass die Ärzte sich nochmal vielleicht noch einen Tucken früher schon damit auseinandersetzen, sich schon damit, auch dahingehend mit den Angehörigen unterhalten. Das haben sie vorher auch schon gemacht, kommt auf die Persönlichkeit des Arztes an.

P1: Genau.

P6: Oder kam immer auf die Persönlichkeit des Arztes an, wie er schon einmal erst einmal mit dem Patienten, wenn es nicht ging auch mit den Angehörigen schon einmal gesprochen hat daraufhin. Aber jetzt ist es eigentlich fast in jedem Doktor auch schon einmal drin, so mehr finde ich als vorher zumindest.

P3: Ja.

P7: Obwohl, manche tun sich noch recht schwer.

P6: Immer noch schwer, ja.

P7: Bei Erstaufnahme, wo die Situation schon, also der Verlauf schon ein bisschen klar sein könnte oder wo es hinführt. Aber bei Erstaufnahme schon über den lila Zettel zu sprechen, ist eigentlich richtig, tut sich aber jeder mit sehr schwer.

P2: Mhh.

P7: Oh Gott, wenn ich jetzt, ich als Patient jetzt da liegen würde und mich spricht einer an: „Möchten Sie denn intubiert werden?“ und uuh. Ja, ich habe jetzt nicht damit zu tun, da kriege ich erst einmal einen Schrecken, ne? Weil, ich will ja erst einmal geholfen kriegen, ne?

P3: Ja.

P2: Das ist sicherlich das, was P4 sagt. Deswegen können auch viele auf der onkologischen Station diesen Zettel einfach, oder sich darüber einfach keine Gedanken gemacht haben immer, ne?

P7: Ja. Genau.

P2: Also weil sie sich einfach in dieser Lebenssituation noch nie damit befassen mussten.

I: Ja, ja.

P3: In Extremsituationen, und wenn. Wahrscheinlich.

P2: Deshalb ist es für den onkologischen Patienten, gerade für den onkologischen Patienten so schwer, weil, der ist meistens erst 50 oder 55, der wollte eigentlich noch 30 Jahre leben und.

P7: Oder jünger.

P2: Der meint: „Ich habe jetzt Stammzellen gekriegt, na, da wird das schon klappen.“. Stammzellen und Pilzpneumonie passen nur nicht zusammen und dann klappt es halt nicht mehr. Und ob das immer so klar gesagt wird, das bezweifele ich. Das, ja.

P6: Wir sind bei diesen Aufklärungsgesprächen nicht dabei.

P2: Ich weiß.

P6: Die Onkologen sagen ja, dass sie es aufklären, ich glaube denen das auch.

P3: Ja, aber der Patient hört es nicht.

P6: Aber der Patient hört nur diesen Tunnel. Der hört nicht alles, glaube ich.

P3: Das kann gut sein.

P6: Also ich weiß nicht, ob der das immer hört.

P7: Ja.

I: Mhh. Aber grundsätzlich wäre es vielleicht, würden Sie sagen, dass es vielleicht nicht schlecht wäre, auf den onkologischen Stationen so etwas mal anzusprechen, solche Bögen?

P1: Auf alle Fälle.

I: Für zukünftige Fälle vielleicht auch, was ja gar nicht unbedingt eintreten muss.

P1: Ja. Genau.

I: Was Sie auch gerade gesagt haben, bei dem einen Patienten.

P2: Schön wäre es auf null eins, zwei, drei, wäre zumindest mal eine schöne Hilfe.

I: Ja.

P5: Da gibt es zumindest auf den Akten schon Vermerke auf null eins, zwei, drei unten, dass keine Reanimation gewünscht wird. Es gibt auch diese Kreuze schon dort unten.

I: Mhh.

P3: Ich glaube, dass mit diesem Thema in der Gesellschaft auch jetzt ganz anders umgegangen wird als vor 20-30 Jahren, ja? Ich glaube schon, dass sich die Leute da eher Gedanken drüber machen: „Wie, möchte ich ans Ende kommen, wenn, ne, wenn der Fall eintritt?“.

I: Ja, ja. Da gibt es ja auch Betreuungsvollmachten, Patientenverfügungen, so etwas ist ja auch hier auf dem Bogen angekreuzt. Gestern in dem Arztgespräch hat der Doktor (Name entfernt) gesagt, dass es manchmal schwierig ist, solche Dokumente zu bekommen. Dass man halt irgendwie das mündlich gesagt bekommen hat, aber jetzt nicht schriftlich sozusagen die Patientenverfügung, die Betreuungsvollmacht vorliegen hat. Können Sie das bestätigen?

P7: Ja. Aber das Problem ist, dass die Ärzte die Patientenvollmacht, die meistens ein bisschen schwammig ausgefüllt wird, wo die Angehörigen denken: „Das ist doch alles klar geregelt.“, aber gar nichts ist klar geregelt, das, in diese Richtung, da muss sicherlich in Zukunft noch was getan werden, dass da eine detailliertere, damit die Ärzte wissen: „Ja, der hat das wirklich so festgehalten.“, dass das hier hieb- und stichfest ist und nicht irgendwie: „Ja, aber das hat er ja gar nicht hingeschrieben.“ und so. Das kann der Patient ja auch gar nicht wissen.

I: Er ist ja ein Laie.

P7: „Was soll ich denn alles aufführen?“

I: Mhh. Ja.

P7: Das ist das Schwierige daran.

I: Ja, ja.

P5: Und oftmals ist auch den Angehörigen gar nicht bekannt, dass es sowas gibt. Denn viele ältere Menschen machen es einfach und sagen es nicht weiter.

I: Mhh.

P5: Also hat man vielleicht Glück, dass man mal beim Hausarzt vielleicht erfährt, dass man da was hinterlegt hat.

I: Ja.

P5: Aber das ist ein gesellschaftliches Problem.

P7: Genau.

I: Gut. Gibt es sonst noch Anmerkungen, Fragen Erfahrungen? Ok. Dann sind wir fertig.

P4: Ja.

P3: Ok.

8.9.2 **Gruppeninterview mit P8-P18**

I: Meine erste Frage wäre dann, ob in der Vergangenheit, also vor der Einführung dieses lila Bogens, irgendwelche Konflikte, Probleme, Unsicherheiten in Bezug auf die Frage nach Wiederbelebung aufgetreten sind auf Ihrer Station im Rahmen Ihrer Pflegetätigkeit hier?

P8: Ja. Oft, oft.

P9: Immer wieder.

P8: Ja, regelmäßig.

I: Und was waren das für Situationen?

P8: Therapieabbrüche, austherapierte Patienten, Schwerkranke, Alte, Gebrechliche, Demente.

I: Ja, wussten Sie denn nicht, was vom Patienten gewünscht ist? Waren das solche Situationen? Oder wo einfach nicht klar war, was der Arzt für eine Meinung dazu hat?

P10: Manchmal gab es auch Absprachen mündlich, auch mit Angehörigen, mit denen das besprochen worden ist, dass eben auf Wiederbelebung verzichtet wurde und dann aber jemand neues kam zum Beispiel von den Ärzten und dann doch alles weitergemacht wurde. Und seitdem dann dieser Bogen verbindlich, das ich ja eine verbindliche Ansage, ist, ist das schon besser gelaufen, also in meiner Erinnerung.

P11: Wenn der Bogen da ist, ja.

P10: Wenn der Bogen da ist. Der ist nicht so oft da.

P11: Ja.

I: Ok. Und bevor der Bogen eingeführt wurde, wie haben Sie das da gemacht? Wenn Sie jetzt zum Beispiel nicht wussten, wie eine mündliche Absprache ist und Sie sozusagen ahnungslos waren und den Patienten vor sich hatten und als Erster ins Zimmer kommen?

P10: Dann wird erstmal alles gemacht.

I: Ja? Wurde alles gemacht.

P10: Ja. Dann wird erstmal alles gemacht. Ehe ich nichts anderes weiß, muss ich anfangen.

P9: Das kommt zu Kompetenzgerangel.

P10: Ja.

P9: Die Pflegekraft ist die, die am meisten vor Ort ist, also die sozusagen auch die Konflikte mit den Angehörigen ausbaden muss. Dazwischen steht der Assistenzarzt, ja, der irgendwie den Auftrag gekriegt hat, teilweise auch telefonisch, die Therapie voll durchzuführen ohne dass überhaupt nur ein Oberarzt da war. Und ja, die Sicherheit oder wie genau die Therapie

laufen soll erfolgt erst in dem Moment, wo das konkret vom Oberarzt festgelegt ist. Dazwischen ist es irgendein Balanceakt, wo jeder sagt, wir machen so ein bisschen mal. Und nicht schön jedenfalls.

I: Ja, und haben Sie in dem Zusammenhang schon einmal das Gefühl gehabt, dass Entscheidungen getroffen wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren in dem Moment?

P12: Mehrfach.

I: Ja? Gibt es da Beispiele, also irgendein Patientenbeispiel, was Ihnen vielleicht in Erinnerung ist?

P12: Nicht direkt etwas Besonderes, aber es ist eigentlich ziemlich häufig gewesen, dass, ja, man davon ausgehen konnte, dass die Angehörigen auch gesagt haben: „Das wollte meine Mutter nicht.“. Und, ja, aber es war nicht abgesprochen und dann wurde es eben gemacht.

I: Oder es wurde abgesprochen, aber nicht jeder weiß darüber Bescheid.

P12: Auch das war es. Es war nicht dokumentiert.

I: Ja, genau. Und haben Sie denn den Eindruck, dass sich durch die Einführung dieses Bogens irgendetwas verändert hat? Dass der auch genutzt wird?

P8: Ja, doch.

P10: In letzter Zeit selten, finde ich.

P8: Ja, aber trotzdem, hat sich.

P10: Also der wurde schon mal mehr genutzt.

P8: Ja. Trotzdem hat sich da.

P10: Also denke ich so.

P9: Aber wahrscheinlich muss er von uns eingefordert werden.

P10: Ja, ja, das, eben.

P9: Da liegt nämlich das Problem. Also freiwillig kommt der nicht auf den Tisch.

P10: Stimmt, eigentlich sind wir diejenigen, die das initiieren, dass es so einen Bogen gibt und dass man da mal drüber spricht und mit den Angehörigen und, das ist richtig, das kommt meistens von uns.

P9: Also wir könnten es gerade jetzt konkretisieren, wir haben hier einen Patienten, der, ja, um die 80 Jahre alt ist, der durchmetastasiert ist, wo wir sicherlich sagen, auch geistig nicht mehr unter uns. Hier würden wir als Pflegende, die den ganzen Tag damit zu tun haben, mal sagen: „Was tut ihr eigentlich diesem Mann an?“, während die Ärzte dann heute die Entscheidung getroffen haben: „Wir dialysieren.“. Wie sinnhaft das nun ist oder nicht ist, lassen wir dahingestellt, ne? Ja, das sind solche Sachen, wo es immer wieder zu Reibereien kommt und da könnte dieser Zettel auch wieder Sinn machen.

I: Mhh. Haben Sie denn, wenn so ein Zettel vorliegt, das Gefühl, dass der klare Anweisungen enthält? Also aus denen Sie halt konkrete Handlungen folgern können?

P8: Ja, nur wenn explizit drinsteht, dass keine Intubation gewünscht ist, keine Reanimation, mechanisch oder pharmakologisch. Oder jetzt zum Beispiel das Neueste, das Neueste nicht, aber ist die NIV-Maske, ne, dass man sagt, man macht zum Beispiel nichtinvasive Beatmung eben dann nicht, auch wenn es vielleicht geboten wäre von der Beatmungssituation, aber eben der Patient so krank und hinfällig ist, dass er vielleicht eh verstirbt.

I: Ja.

P8: Das war allerdings auch schon in den Bögen drin, nur seltener. Das wird wahrscheinlich jetzt erst kommen, ne?

I: Ja, das ist noch nicht drin, glaube ich.

P13: Doch.

P8: Handschriftlich hatten wir es schon vermerkt bei einigen Patienten.

I: Doch? Ja, ok.

P8: Die schon Erfahrung gesammelt hatten hier im Haus, aber es waren nicht viele.

P13: Wir hatten das dazugeschrieben.

I: Ok. Finden Sie denn, dass der Bogen in angemessener Häufigkeit eingesetzt wird? Oder würden Sie sich wünschen, dass bei einigen Patenten, die vielleicht auch in der Situation sind, dass ein Bogen eventuell erforderlich wäre in gewissen Komplikationssituationen, ja, dass der vielleicht noch häufiger von den Ärzten eingesetzt wird?

P10: Ja, noch häufiger.

P11: Unbedingt.

P8: Eigentlich ja, ja.

P9: Man muss sich ja die Frage stellen, wenn alle auf elektronischer Dokumentation angekommen sind, ob man das auch zum Pflichtbogen macht, weil, dann müsste man bei der Aufnahme gleich diesen Zettel mit ausfüllen und diese Frage klären.

P13: Das ist ethisch nicht vertretbar.

P14: Das ist nicht ganz einfach, es wird ja einen Konsens mit den Familienangehörigen und Ärzten und so weiter geben.

P12: Die sind ja auch überfordert.

P9: Ja, aber dazu sind sie ja auch da. Aber wenigstens wird mal darüber gesprochen, als dass es ausgelassen wird.

P10: Eben. Ich finde, das Problem ist ja oft auch wirklich bei den Betroffenen selber. Ich meine, wenn sie 80 Jahre alt geworden sind und sich so lange keine Gedanken darüber gemacht haben und dann in die Klinik kommen mit lalülala, dann sollen sich die Ärzte und die Pflegenden erstmal Gedanken machen: „Was machen wir denn jetzt hier?“. Also ich finde, das ist oft irgendwie eine Entscheidung, die schon lange vorher hätte gefällt werden müssen oder zumindest angesprochen mit den Angehörigen, wo ich manchmal das Gefühl habe, dass da nie drüber gesprochen worden ist. Überhaupt, wie sich alte Leute vorstellen, krank oder irgendwann zu sterben.

P11: Die leben ewig, die leben alle ewig.

P15: Ich finde es aber trotzdem problematisch, meine Frau war ja sehr krank und hatte eine Krebserkrankung und da wurden wir, also da wurden wir häufig gefragt, schon bei der Aufnahme. Und es waren Situationen, wo es noch nicht darum ging, dass man jetzt gleich verstirbt oder so. Und das ist für einen Betroffenen manchmal eine Zumutung, das muss man ganz ehrlich sagen.

P8: Genau, ganz genau.

P10: Ja, absolut.

P15: Wenn man gegen eine Krankheit kämpft und ich denke, wir konnten es auch immer relativ gut einschätzen und haben ja auch irgendwann den Punkt gesehen, wo wir von selber gesagt haben, da ist ein Ende. Aber es ist nicht sehr angenehm, immer wieder gleich als Erstes so nach dem Motto: „Haben Sie sich eigentlich schon mal Gedanken gemacht, dass Sie nicht mehr lange leben und wollen Sie das und wollen Sie das und das?“. Das kann also, ist auch, da sollte man sich fragen, ob man die einfach immer so stellt, diese Frage. Dass das ein Punkt ist, ist klar, aber es ist zum Teil auch eine Zumutung für Nahestehende.

P8: Ja, weil wir, also die Pflegenden nicht und die Ärzte allerdings auch nicht, überhaupt nicht rhetorisch geschult sind. Also wir sind darauf gar nicht vorbereitet. Da wird dann platt eine Frage gestellt und letztendlich.

P11: Wollen Sie intubiert werden?

P8: Und die Leute wissen gar nicht, was das zum Beispiel ist, eine Intubation. Und wenn dann gesagt wird „Wir können dies und jenes machen.“, das ist so: „Wünsch Dir was.“ sagen wir immer, ne? Wir haben eine Dialyse, wir haben eine Beatmung, den Kreislauf stützen wir so und so, dann scheint für die Angehörigen: „Alles klar, hier wird auf Teufel komm raus gerettet“. Und dementsprechend steigt dann die Erwartungshaltung. Wenn sie vorher noch nie angesprochen wurde oder immer da war, dann ist sie jetzt noch höher. Und wehe, es kommt jemand, der nicht diplomatisch genug vielleicht darauf hinweist, in dem Fall war es jetzt wahrscheinlich undiplomatisch, aber dass wir uns vielleicht mal therapeutisch auch an der Grenze befinden. Vielleicht braucht das auch mehr Zeit. Also man muss ja nicht gleich bei Aufnahme jetzt fragen. Aber wenn Leute bei uns drei, vier, fünf Tage liegen und man denkt: „Menschenskind, der pH, der ist nicht zu kriegen und das Lactat steigt und dies und

jenes und wir machen schon Dialyse. Und wenn wir jetzt nur eine Sache vielleicht ausstellten, wäre der Patient nicht mehr lebensfähig.“. Da sollte man im Vorfeld dann schon mal hingehen. Aber dann ist immer noch die Frage: „Wie geht man auf die Leute zu?“. Also ohne Fachchinesisch, weil wir uns ja alle auskennen, aber die ja nicht. Also das wäre das Wichtigste erstmal. Weil dann klopft man da irgendwelche Fremdwörter vor den Kopf: „Wir machen das und das und das.“. Hinterher fragen die Leute: „Was hat er mir gesagt?“. Dann sage ich: „Ja gut, das war das und das und das.“. Und das ist, ja.

P16: Also ich glaube, das hat auch was mit dem Alter zu tun, ob da einer liegt, der 50 ist oder 80 ist. Also das ist für mich eben ganz wichtig, dass man dann auch Fragen stellen kann. Mit 50 kann man vielleicht weniger oft fragen, aber mit 80 denke ich, da darf man durchaus schon mal darüber nachdenken.

P15: Ne, es ging um diese allgemeine Frage, wenn du schon hier ankommst. Mein Vater ist 80, der ist im Prinzip für einen 80-jährigen in einem guten Zustand, wenn der jetzt wegen irgendeiner Geschichte ins Krankenhaus geht, würde der sich ziemlich wundern, wenn man ihn gleich fragen würde, ob er. Das meine ich nur. Wenn eine bestimmte Situation eintritt und es kritisch wird, dass man das bespricht und so, da bin ich ganz d´accord sozusagen, das ist auch wichtig, ne? Es ging jetzt mehr um diese Pauschale, weil das zum Teil auf der Notaufnahme so gemacht wird. Du kriegst es gleich an den Kopf geknallt. Da haben die noch nicht mal festgestellt, was überhaupt das Problem ist. Die lesen deine Diagnoseliste und dann. Das ist schon so, du wirst sofort gefragt. Also habe ich ganz oft erlebt. Wenn du eine gewisse Krankenvorgeschichte hast, wirst du auf jeden Fall gefragt mittlerweile.

P9: Ich glaube, da kannst du geschult sein oder empathisch sein, wie du willst. Das ist so diese Situation, wo du plötzlich mit dieser Frage konfrontiert wirst, wo du eigentlich, weil du in die Klinik kommst, einen ganz anderen Ausblick hast. Du willst geholfen kriegen, ne? Alles andere kann man dann ein Stück weiter hinten anstellen, stelle ich mir vor.

I: Ja. Es ist auf jeden Fall, wie jetzt schon gesagt wurde, generell ein schwieriges Thema, also da mit Angehörigen und mit dem Patienten selber drüber zu sprechen. Ja. Und sicherlich muss man da personen- und patientenspezifisch gucken. Also nicht pauschal irgendwie jedem diesen Bogen hinhalten und sagen: „Ja, wenn das und das eintritt in dem und dem Falle.“, sondern halt wirklich als Arzt oder als Pflegepersonal sich da halt vorher Gedanken drüber machen und gucken: „Kommt der eventuell in Frage? Ist das absehbar?“. Weil man ja selbst als medizinisches Personal viel mehr darüber weiß, wie es vielleicht ausgehen könnte. Genau. Haben Sie denn in diesen Bogen eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Punkte erklärt worden sind?

P10: Wir haben hier darüber gesprochen.

P8: Doch, doch. Erklärt wurde das.

P13: Wir haben das ja in der Stationsbesprechung vorgestellt.

P8: Doch, doch, wir haben es besprochen.

I: Bei der Einführung wahrscheinlich.

P11: Ja.

P12: Wir haben den Bogen vorgestellt und dann haben wir die Punkte, was welcher Punkt bedeutet, auch für den Patienten, auch für uns bedeutet und wie verbindlich das für die Ärzte dann auch ist, also für mich war es klar.

P10: Ich kann mich da nicht mehr dran erinnern, ich weiß nicht, ob ich dabei war.

P12: Vielleicht warst du da nicht da.

P10: Ja, kann sein.

I: Und für neues Personal, was dann seit der Zeit der Einführung neu gekommen ist, wurde da auch noch eine Einführung gemacht?

P10: Dann bei Bedarf am Bett.

I: Ok.

P10: Also wenn der Zettel da hing: „So und so ist das.“ Du hattest glaube ich noch gar keine oder?

P16: Ne.

P10: Aber ich weiß, dass ich das schon einmal gemacht habe, weil auch die Frage war: „Was ist das für ein Zettel?“. Ich sage: „So und so, das ist besprochen, dafür ist der da.“.

I: Ok. Fühlen Sie sich denn, wenn so ein Zettel da ist, sicherer im Umgang mit den Patienten?

P17: Ich finde es vor allem im Nachtdienst wichtig, weil da meistens Personal ist, was halt, also ärztliches Personal ist, was im Endeffekt ja nicht die endgültige Entscheidung treffen kann und es auch wahrscheinlich in der Nacht nicht treffen möchte und wenn dann so ein Zettel da ist und es passiert was, dann ist auch für alle Beteiligten die Situation leichter.

I: Mhh. Dass es verbindlich geklärt ist.

P17: Genau.

I: Ja. Und haben Sie denn jetzt in Bezug auf die reine Gestaltung des Bogens Verbesserungsvorschläge? Dass irgendwelche Formulierungen vielleicht verbessert werden könnten, die unklar sind?

P14: Dafür müsste ich mir den Bogen besser angucken.

P11: Da habe ich mir noch keine Gedanken darüber gemacht.

P8: Ja, da hinten macht man den Freitext und setzt da etwas ein. Also dafür ist ja genug da.

I: Genau, den Freitext gibt es auch immer noch, genau.

P8: Das finde ich auch wichtig. Man hat ja nicht alles da drauf, was jetzt nicht gemacht werden sollte oder so. Da muss man sich halt tatsächlich dann nochmal hinsetzen und das genau

durchgucken mit den Angehörigen vielleicht oder jetzt die Pflegenden mit den Ärzten, ne? Je nachdem.

P17: Ganz wichtig für solche Gespräche finde ich halt auch, dass sich der Arzt von Vornherein schon mal richtige Gedanken darüber macht oder wir als Pflegepersonal. Und das, wie es vorhin schon so gesagt wurde: „Was möchten Sie denn noch für Ihre Oma?“ oder „Was möchten Sie denn noch für Ihren Vater?“. Mit Möchten hat das ja manchmal gar nichts zu tun, sondern zur Zeit ist der Zustand so und die Prognose wird nicht besser werden vielleicht. Und dass die Gespräche einfach anders geführt werden und dass das ärztliche Personal und auch wir, dass es sicherlich da Schonungsbedarf gibt. Und ich denke auch unter dem Pflegepersonal ist es oft so, dass man manchmal dann so Äußerungen am Bett macht: „Naja, mhh, es sieht nicht so gut aus.“. Wie das dann bei dem Angehörigen oder auch beim Patienten selbst ankommt, das ist nochmal was ganz anderes. Ich denke, die gehen ja so manchmal aus dem Zimmer raus und alle Worte, die wir so gesagt haben, die gehen durcheinander und das geht noch die ganze Nacht durch den Kopf. Und es ist doch die Gesprächsführung und die Kommunikation halt wirklich das Entscheidende auch dabei.

I: Mhh. Haben Sie den Eindruck, dass solche Kommunikationen oft gescheut werden seitens des ärztlichen Personals? Weil das ja im Endeffekt diesen Bogen ausfüllen muss, das ärztliche Personal.

P17: Also erstmal sind wir ja eine Intensivstation und wir versuchen ja grundsätzlich erstmal, den Menschen zu helfen.

I: Ja.

P17: Und ich glaube, am Anfang scheut sich erst einmal jeder und muss sich erst einmal ein Bild darüber machen. Und deswegen denke ich, ist es auch nicht richtig, gleich am Anfang zu sagen: „Möchten Sie, möchten Sie nicht?“, ne? Das ist einfach viel zu früh. Und aber wenn so ein paar Stunden oder manchmal auch Tage und Wochen vergangen sind, dann ist sicherlich so ein Bogen leicht auszufüllen. Und ob die sich davor scheuen? Ich denke, es ist ja schon schwierig, dieses Gespräch so zu führen, ne?

I: Ja, ja.

P17: Je besser man darauf geschult ist und je geeigneter die Möglichkeit ist, sich auch mal in Ruhe hinzusetzen und darüber zu sprechen und sich auch richtig vorzubereiten, auch den Angehörigen das richtig zu erklären, da fehlt glaube ich schon auch manchmal ein bisschen die Zeit und die Kompetenz dazu.

I: Mhh.

P8: Wir machen es ja auch nie zusammen. Die Ärzte reden, also manchmal ist es so, dass nur der Oberarzt vielleicht mit einem Assistenten mit dem Angehörigen spricht, je nachdem, wie er gerade da ist oder, ist ja egal. Manchmal ist es dann der Arzt, manchmal sind es wir und dann kriegen die Angehörigen, manchmal sind die auch zu zweit, dann ist Einer da. Es ist

immer so, dass immer Einer mit irgendeiner Gruppe redet. Und jeder von uns und jeder von den Ärzten hat seine Meinung zu diesem Patienten oder zu dem, wie es weitergehen soll. Und dann basteln die sich natürlich dann ihr Bild zusammen. Und der, der am meisten Erfolg verspricht, der, der am meisten verspricht, respektive der sagt: „Wir könnten das und das tun.“, das ist dann der Favorit. Ich sage jetzt mal nicht, also, das ist da, wo man sich gern dranhängt, weil man natürlich, man kann ja nicht sagen: „Na prima. Omi geht hops oder Opi.“, ne? Weil die Schwester findet den Vorschlag ganz gut, dass wir da jetzt nichts mehr machen, ne, wenn der Oberarzt sagt: „Ja, da haben wir das noch im Petto und das noch im Petto.“, dann ist natürlich klar, dass ich drauf anspringe uns sage: „Ich möchte für meinen Angehörigen alles haben.“. Aber wir sprechen, Zeitmangel ist ein gutes Thema, wir sprechen eigentlich gar nicht als Pflegende, Angehörige, Patient geht ja häufig nicht, und Ärzte zusammen, sondern, wenn ich heute an eins denke oder gestern an drei, da ist mit Zeit nichts. Da habe ich die Angehörigen am Bett stehen, während ich was erkläre, blutet der hin. Gestern lief das Bett aus, da lief das Blut aus der Dings, während man hier ein tolles Gespräch führt. Da muss man die Leute erstmal rausschicken. Da ist dann mit so einem Bogen, ist da nichts zu wollen. Es fehlt auch an der Zeit, zusammen mit dem Patienten und mit den Angehörigen.

I: Ja.

P8: Also das ist einfach. Weil da sind wir ja, aber die Frage ist: „Was können wir gerade machen?“.

P10: Dieser Bogen wäre für den Herrn in der acht zum Beispiel. Dass man da sagt: „So, jetzt ist aber mal Ende im Gelände hier.“. Wo ich zwar mündlich und auch schriftlich keine Reanimation, keine Intubation habe, ja, aber, wenn ich doch diesen alten Herrn da noch dialysiere bis der Sheldon alleine im Bett liegt, da ist dann die Frage. Da würde ich mir, aber da ist wahrscheinlich mit ihm auch nicht gesprochen worden, mit den Angehörigen nicht gesprochen worden, das setzt es natürlich voraus.

I: Ja. Obwohl man auch als Arzt alleine von medizinische Indikation so einen Bogen verfassen kann.

P10: Kann. Das ist natürlich auch ein Schritt, ne?

I: Natürlich, ja.

P11: Das ist ein Punkt, finde ich.

I: Aber das ist auch eine Verantwortung des Arztes, die er hat.

P8: Das ist schon richtig.

P11: Die er hat, aber jeder ist auch nicht immer in der gleichen Verfassung, um die übernehmen zu können. Also ich meine, wir sind ja auch alle nur Menschen und machen Fehler oder haben eine schlechte Zeit und das darf man glaube ich nicht unterschätzen.

I: Ja. Mhh.

P11: Wer selber gerade Erfahrungen gemacht hat mit sowas, reagiert da anders drauf als jemand, der einfach so, sage ich mal, durch den Tag geht.

I: Ja.

P11: Also, weiß ich nicht, ob ich das richtig ausgedrückt habe, aber.

I: Ja.

P9: Mhh. Wenn derjenige dann nach drei Tagen oder nach einer Woche zum Dienst kommt, einen Patienten betreut, den er nicht vorher hatte und sieht diesen Bogen, weiß er genau, dass sich Gedanken dazu gemacht wurden, ne? Deswegen finde ich den Bogen ganz wichtig und die Anwesenheit dieses Bogens eigentlich bei den meisten Patienten, die wir haben. Daran wird ja entschieden, ob es in der einen oder anderen Richtung. Oder zumindest dargestellt, dass da, wie gesagt, Gedanken gemacht wurden.

I: Und vor allem ist dieser Bogen ja auch nicht, einmal ausgefüllt, verbindlich, sondern er wird halt immer reevaluiert, wenn sich irgendwas verändert, was ja auf diesen Stationen, auf Intensivstationen häufig der Fall ist.

P11: Wobei, das finde ich ganz schön fragwürdig, das finde ich fragwürdig dann.

P13: Nein.

I: Was finden Sie fragwürdig?

P11: Eine Spontanheilung?

I: Oder einfach eine Verbesserung des Zustandes, der vielleicht eine gewisse Komplikation nicht mehr so wahrscheinlich macht?

P11: Ich finde das fragwürdig. Also wenn so ein Bogen ausgefüllt wird, dann ist das in meiner Phantasie ein Patient, der keine Prognose hat. Das heißt aber nicht, dass der niemals wieder hier von Station geht. Das kann auch sein, dass der irgendwann, was weiß ich, wieder zu Hause landet. Das Thema ist einfach nur, ob der jetzt alle möglichen intensivmedizinischen Sachen, die möglich sind, was da eben jetzt ausgefüllt ist, kriegt oder nicht. Und ich finde, wenn einer wirklich langfristig keine Prognose hat und dieser Zettel ausgefüllt ist und er dann trotzdem sich so ein bisschen erholt, hätte ich ein Problem damit, zu sagen: „Ach, dann machen wir aber doch wieder alles.“.

P13: Nein, es geht aber auch in die andere Richtung. Also zum Beispiel: Es wird die achte Antibiose angesetzt, auch die wirkt nicht, vorher ist Antibiotikagabe überhaupt nicht Thema gewesen und du schreibst hinterher noch dazu: „Ab jetzt auch keine Antibiotikagabe mehr.“, auch das ist ja Reevaluation.

P11: Achso, ja.

I: Ja.

P11: Ich habe jetzt gedacht, in die andere Richtung.

P10: Theoretisch geht es schon in beide.

P13: Ist für beide Richtungen.

I: Ja.

P8: Theoretisch geht's schon in beide, ja.

P9: Aber es kann auch durch Bestrahlung, Chemotherapie die Hirnmetastase kleiner werden oder weggehen.

P11: Gut, dann kannst du das Ding ja wegtun.

P9: Ja genau. Also da halt auch nicht auf Dauer verbindlich, sondern.

I: Ja, in beide Richtungen, genau.

P9: In beide Richtungen, genau.

I: Ja, gut. Dann wäre ich erstmal soweit fertig mit meinen Fragen. Falls Sie noch irgendwelche Anmerkungen zu diesem Thema haben, irgendwas erzählen wollen, berichten wollen, noch was auf dem Herzen haben, was jetzt nicht angesprochen wurde, können Sie das gerne machen.

P18: Ich würde es gut finden, wenn die Zettel auf Normalstationen schon ausgelegt werden würden. Dann würde halt bei so bestimmten Patienten, wie er jetzt zum Beispiel, dieses Beispiel in der acht halt, der Alte, Verwirrte mit Metastasen und noch Dialyse, würde vielleicht eine Entscheidung schon viel eher getroffen werden.

P13: Es gibt aber schon allgemeine Pflegestationen, die den Bogen nutzen. Die Kardiologen benutzen den zum Beispiel schon.

P18: Ja, dann ist ja gut.

P13: Und in der Nephrologie, die chronische Dialyse benutzt ihn, die 21 hat ihn eigentlich auch eingeführt. Das Ding ist einfach, dass diese Bögen nur dann eingeführt werden können, wenn der Abteilungsleiter damit einverstanden ist. Und deshalb war ich vor Kurzem auch in der Gastroenterologie, um zu versuchen, dass wir ihn auch da einführen können. Also, es ist schon in Arbeit, weil, eigentlich soll er flächendeckend für die ganze Klinik eingeführt werden. Das ist eigentlich das Ziel. Und deshalb wäre es auch ganz gut, wenn jetzt bei dieser Doktorarbeit was rauskäme, wo wir noch ein paar Argumente mehr hätten, ihn einzuführen.

8.9.3 Gedankenprotokoll des Gruppeninterviews mit P19-P23

I: Gut, meine erste Frage wäre, ob in der Vergangenheit im Laufe Ihrer Tätigkeit als Pflegepersonal Konflikte, Probleme oder Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auftraten?

P19: Ja, auf jeden Fall.

P20: Ja.

I: Was waren das für Probleme?

P19: Oft haben sich die Patienten vorher keine Gedanken gemacht, was mit ihnen passieren soll, wenn sie alt und krank werden. Viele haben dann vorgedruckte Patientenverfügungen aus dem Internet, die aber auch keine Aussagen haben. Da steht dann drauf: „Keine Geräte", aber da verstößt dann schon der erste Rettungssanitäter, der gerufen wird und auf der Intensivstation dann erst recht. Dann schreiben sie: „Ich will beatmet werden, aber nur für eine Woche.". Und wenn dann die Situation kommt, dass der Patient länger beatmet werden muss, dann muss man trotzdem alles wieder neu bedenken und die Patientenverfügung ist hinfällig.

I: Wussten Sie denn in diesem Zusammenhang schon einmal nicht, welche lebensverlängernden Maßnahmen vom Patienten gewünscht waren und welche nicht?

P20: Ja, es kommt auch vor, dass die Angehörigen die Patienten einfach zu sehr lieben und dann ihren eigenen Wunsch mit dem des Patienten verwechseln, weil sie natürlich wollen, dass sie ihren Angehörigen so lange wie möglich behalten können.

P21: Oder dass der eine Angehörige einer anderen Meinung ist als der Andere. Es kann auch sein, dass ist damit gemeint, dass die Angehörigen den Patienten zu sehr lieben, dass sie uns die Patientenverfügung gar nicht zeigen, das ist auch schon passiert.

P20: Ja, das stimmt.

I: Und wie ist das, wenn die Ärzte Entscheidungen treffen bezüglich des Einsatzes wiederbelebender Maßnahmen? Wussten Sie da schon einmal nicht, was angeordnet war? Dass es nicht kommuniziert wurde?

P19: Nein, das wissen wir eigentlich.

P22: Da gibt es keine Probleme. Da schreiben die Ärzte ein Plus, ein eingeklammertes Plus oder ein Minus hin. Ein Plus bedeutet, dass wir alles machen, ein eingeklammertes Plus, dass ein Teil der Maßnahmen gemacht wird und ein Minus bedeutet, dass nichts gemacht wird. Und es steht beim eingeklammerten Plus auch noch genauer, welche Maßnahmen angewendet werden sollen und welche nicht, dafür stehen zwei Zeilen zur Verfügung.

P21: Ja, da wissen wir Bescheid. Wir haben auch Übergaben von den Ärzten an die Pfleger. Da wird auch nochmal gesagt, was bei dem Patienten gemacht werden soll. Die Kommunikation ist gut. Aber wir sind uns nicht immer einig, welches Ausmaß der Therapie für den jeweiligen Patienten am geeignetsten ist. Aber das ist ja auch normal, man muss es dann halt im Team besprechen.

I. Ok. Dann würde ich gerne noch einmal zur vorherigen Situation zurückkommen. Wenn Sie von einem Patienten nicht wissen, was er sich für eine Behandlung wünscht und es tritt ein Notfall ein, wie verfahren Sie dann in solchen Situationen?

P21: Dann wird erstmal alles gemacht.

P19: Ja, dann machen wir alles.

I: Bis sozusagen eine Anweisung kommt, dass aufgehört werden soll?

P19: Ja, also eigentlich versuchen die Ärzte in solchen Fällen auch immer, dann so schnell wie möglich die Angehörigen zu erreichen per Telefon und zu fragen, was gewünscht ist. Obwohl das in der Situation auch schwer zu entscheiden ist. Wenn der Patient selber noch ansprechbar ist, dann fragt der Arzt auch ihn, wie es weitergehen soll. Aber das ist auch sehr ungünstig.

P21: Aber nicht bei allen Patienten machen wir immer alles. Wenn zum Beispiel eine Massenblutung da ist und man weiß, dass der Patient, wenn, nur im Wachkoma überleben würde, dann machen wir nicht sofort jede Therapie.

P19: Ja, oder wenn wir schon eine Stunde bei der Reanimation sind und der Patient kann einfach nicht mehr, dann lassen wir ihn auch sterben und einschlafen und das ist auch gut so.

P20: Aber eigentlich haben wir bei jedem Patienten, den wir aufnehmen und der bei uns auf Station liegt, eine Festlegung für den Notfall. Da steht immer, was gemacht werden soll und was nicht, dass man es vorher schon weiß.

P23: Früher war das nicht so. Da hat sich, ich bin schon seit fast 30 Jahren in der Intensivmedizin tätig, da hat sich einiges geändert. Früher haben wir fast jeden 100-jährigen reanimiert.

P21: Da wurde das Thema auch viel seltener angesprochen als heute. Ich muss sagen, dass sich da in der letzten Zeit viel getan hat.

I: Ja. Sie haben jetzt ja eben schon ein bisschen zu den Methoden auf Ihrer Station erzählt, die Sie nutzen, um das Auftreten solcher Probleme im Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung zu vermeiden, Sie haben also ein Dokumentationssystem, in dem aufgeschrieben wird, was gemacht werden soll und was nicht?

P20: Ja, genau. Wir schreiben seit Jahren schon nichts mehr per Hand auf, sondern alles läuft hier elektronisch. Und in der elektronischen Datei von jedem Patienten stehen dann Plus oder Minus und Erläuterungen.

I: Und enthalten diese Dokumentationen klare Anweisungen und Formulierungen, die im Falle eines Notfalles in konkretes Handeln umgesetzt werden können?

P19: Ja. Es stehen dann zum Beispiel auch noch Informationen zur Katecholamingabe und genauere Angaben zu den einzelnen lebensverlängernden Maßnahmen, die manchmal nur unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt werden sollen.

P21: Aber das ist alles gut formuliert und zu verstehen.

I: Gut. Nun wurde ja im Jahr 2012 auf der nephrologischen und kardiologischen Intensivstation sowie auf der IMC-Station und einigen Normalstationen die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ eingeführt. Kennen Sie diesen Bogen überhaupt?

P19: Nein, ich kenne ihn nicht.

P20: Ja. Ich bin im Moment in meiner Weiterbildung und muss deswegen zwischen den Stationen rotieren und habe den vor zwei Jahren auf der Station 1026 kennengelernt.

I: Und wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Bogen gewesen?

P20: Da hieß es halt immer in den Übergaben bei den entsprechenden Patienten: „Der hat einen rosa Zettel“. Der war immer ganz vorne für alle sichtbar auf der Patientenakte aufgeheftet und dann wusste man Bescheid, dass Einschränkungen gemacht wurden.

P21: Das ist ja eigentlich gut.

P20: Ja, auf jeden Fall. Und da auf dem Bogen steht auch noch, ob ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder nicht. Das finde ich sehr wichtig. Bei uns in den Übergaben oder beim Patienten wird so oft gefragt, ob die Entscheidungen auch mit den Angehörigen besprochen wurden und es ist oft nicht klar und keiner weiß es. Wenn das mit auf dem Bogen steht, weiß man sofort Bescheid, was man noch besprechen muss. Das ist wichtig.

P21: Der Bogen ist sehr detailliert und gut. Und übersichtlich.

I: Würden Sie sagen, dass der Bogen detaillierter ist als Ihre Dokumentationsform, die Sie nutzen?

P20: Ja, würde ich sagen. Und hinten ist ja auch nochmal ein Feld, wo man reinschreiben kann, was bei dem bestimmten Patienten noch dazukommt, eine Ausnahmeregelung zum Beispiel.

P21: Dann hat man halt alles zusammen auf einen Blick.

I: Und was hielten Sie davon, wenn so ein Bogen auch auf Ihrer Station eingeführt werden würde?

P21: Das wäre auf jeden Fall gut. Wir Pflegenden rotieren ja viel mehr zwischen den ganzen Stationen als die Ärzte. Und wenn man da ein einheitliches System hat und man sich nicht immer wieder neu auf jeder Station auf eine neue Form der Dokumentation einstellen muss, dann macht es die Einarbeitung auch einfacher.

P22: Außerdem werden ja auch immer wieder Patienten von der 1026 zum Beispiel auf unsere Station verlegt. Und wenn die dann so einen Bogen haben, dann würden wir sofort Bescheid wissen und könnten ihn weiterbenutzen.

I: Und würden Sie es als Problem sehen, dass Sie im Gegensatz zu vielen anderen Stationen ein elektronisches Dokumentationssystem haben und damit den Bogen in Papierform nicht nutzen können?

P21: Nein, das würde kein Problem sein, dann müsste man ihn einfach nur einscannen. Unser jetziges System ist auch gut, manchmal nicht so detailliert. Man könnte den Bogen auf jeden Fall zusätzlich nehmen. Was sagen denn unsere Ärzte dazu?

I: Die sagen auch, dass ein einheitliches System sicherlich nicht schlecht wäre und dass der Bogen wichtige Informationen enthält.

P20: Es ist natürlich auch aufwändig, so einen Bogen auszufüllen. Das nimmt vielleicht mehr Zeit in Anspruch als einfach nur ein Plus oder ein Minus hinzuschreiben und in ein oder zwei Sätzen ein bisschen was zu erläutern.

P22: Es werden schon mehr Dinge abgefragt, aber das ist ja auch gut. Als zusätzliche Hilfe finde ich ihn gut.

P21: Im Endeffekt müssen es halt die Ärzte ausfüllen, und die haben es zu entscheiden.

P20: Hier finde ich es auch gut, dass immer wieder reevaluiert wird und das Geschriebene an Veränderungen beim Patienten angepasst wird. Das wird bei uns aber auch aufgeschrieben, wenn sich etwas verändert und plötzlich mehr oder weniger gemacht werden soll.

I: Was würden Sie davon halten, wenn der Bogen dahingehend verändert werden würde, dass noch ein kleines Feld hinzugefügt wird, in dem die Pflege dokumentieren kann, wie sie den Status und die Prognose einschätzt und eine Meinung über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen abgeben kann?

P20: Das finde ich sehr gut. Oft sind wir nicht einer Meinung mit den Ärzten und haben vielleicht zusätzliche Informationen vom Patienten oder von den Angehörigen bekommen, die für die Entscheidung wichtig sein könnten. Und dann würden wir das alles dorthin schreiben.

P21: Wir sehen den Patienten doch auch viel öfter und haben viel mehr Kontakt zu ihm und zu den Verwandten. Und besonders wenn man lange in der Intensivmedizin arbeitet, dann

bekommt man einfach ein Gefühl dafür, wie es vielleicht weitergehen könnte. Wir sprechen so oft mit den Patienten und führen sehr viele Beratungsgespräche.

P19: Da kommt es dann auch manchmal zu Konflikten. Die Ärzte haben in einem Gespräch vielleicht gesagt, dass sie das und das noch machen können und noch viele Möglichkeiten haben. Die Hälfte des Gespräches verstehen der Patient und die Angehörigen sowieso nicht, weil das alles nur auf Fachchinesisch gesagt wird und hören dann nur das, was sie sagen wollen und zwar das Gute. Es ist ja klar, dass man Hoffnung haben will und wir wollen den Patienten und den Angehörigen auch am Liebsten nur Hoffnung geben. Aber es gibt auch Situationen, in denen einfach keine Hoffnung mehr da ist. Wir müssen alle irgendwann sterben, wir wissen nur nicht, wann das sein wird. Aber das vergisst die Familie dann und hört nur das Positive.

P21: Ja.

P19: Und mir ist es schon einige Male passiert, dass ich am Patientenbett von den Angehörigen erfahren habe, dass vieles noch gemacht werden soll, obwohl ich gedacht habe, dass das alles nicht mehr so sinnvoll ist. Und inzwischen sage ich dann gar nichts mehr dazu. Es besteht ja doch in gewisser Weise eine Hierarchie, dass der Arzt letztendlich alles entscheidet. Aber die Patienten werden dann auch oft einfach mit der Frage alleine gelassen, das geschieht häufig. Dann wird zu ihnen gesagt: „Ja, machen Sie sich mal Gedanken, was für Maßnahmen Sie sich noch wünschen.“ Und das war´s. Das ist keine gute Form der Kommunikation.

P21: Ich kenne das auch aus meinem näheren Verwandtenkreis. Der Vater meines Schwagers lag hier auf der Station und wäre fast gestorben. Und dann kam mein Schwager zu mir und hat gefragt, wie sie denn jetzt entscheiden sollen. Der Arzt hat so gut wie gar nicht mit ihnen gesprochen und sie nicht informiert.

P20: Ja, das Thema mit den Angehörigen ist die Sache. Das würde der Bogen vielleicht verbessern, dass Dinge einfach klarer mit allen kommuniziert und besprochen werden.

P23: Ja, oder man hat sich gerade als Angehöriger dafür entschieden, die Therapie nicht mehr weiter fortsetzten zu lassen und dann kommt der Arzt und sagt: „Ja, aber Sie wissen schon, dass Ihr Angehöriger dann stirbt, oder?“. Da denke ich mir auch, da ringt man sich durch und trifft diese schwierige Entscheidung für seinen Angehörigen und dann kommt so ein Satz. Man will ihn friedlich einschlafen lassen und die Aussage des Arztes hört sich so an, als ließe ich ihn absichtlich sterben und würde ihm irgendwelche rettenden Maßnahmen vorenthalten. Es gibt auch solche Ärzte. Da wäre es toll, wenn der Bogen ein längeres Gespräch hervorrufen könnte, in dem man einfach sachlich aufgeklärt wird und dann entscheiden kann. Das Gespräch mit den Angehörigen müsste dann dokumentiert werden. Damit auch nicht jeder etwas anderes zu denen sagt.

P19: Da muss man ja auch sagen, dass, ich meine, Sie studieren selber Medizin, dass die Ärzte für solche Gespräche im Studium ja nicht geschult werden. Man lernt es nur durch Erfahrung.

P22: Wenn ich mich erinnere, als ich mit 20 angefangen habe zu arbeiten, da war jeder über 40 für mich schon alt und kurz vor dem Sterben.

P21: Dann wärst du ja schon seit über 10 Jahren tot.

P22: Was ich damit sagen will, je mehr Erfahrung man hat, desto ruhiger kann man auch solche Gespräche führen. Auch Lebenserfahrung, nicht nur medizinisch. Wir haben hier das Beispiel, in der Runde sitzen viele erfahrene Pflegekräfte und ein jüngerer Pfleger. Das ist ein ganz anderer Umgang und eine andere Kommunikation mit dem Patienten und so ist es auch mit den Ärzten.

P19: Obwohl das Thema heute viel häufiger zur Sprache kommt als noch vor 20 Jahren.

I: Wie lange haben Sie denn schon dieses System mit dem Plus und dem Minus?

P23: Oh, schon sehr lange. Schon viele Jahre, eigentlich seitdem ich hier bin seit 20 Jahren. Aber früher wurde das halt nie ausgefüllt. Inzwischen steht aber bei jedem Patienten etwas dazu.

P22: Ja, früher haben wir alles gemacht. Aber auch heute steht bei so vielen 80-jährigen noch ein komplettes Plus. Es wird auch heute noch viel eingesetzt.

P21: Aber das ist ja auch nicht falsch, es kommt ja auf den Patienten drauf an. Aber was schlimm ist, ist, wenn erst einmal alles gemacht wird, eine Lyse zum Beispiel und auch anderes und dann gesagt wird, es hat keinen Sinn mehr, wir hören jetzt auf. Das wäre auch für mich als Angehörigen schwer zu akzeptieren. Da greifen wir jetzt oft früher ein, um solche Situationen zu vermeiden.

I: Sie sagten zu Anfang des Gespräches, dass Patientenverfügungen oft nicht in konkretes medizinisches Handeln vor allem im Notfall umgesetzt werden können. Was hielten Sie davon, wenn bei bestimmten Patienten, die ein entsprechendes Krankheitsbild haben, bereits beim Hausarzt ähnliche Notfallbögen verfasst werden und so schon im Vorhinein der Patient vielleicht gar nicht auf die Intensivstation verlegt wird?

P19: Das fände ich sehr gut. Man beschäftigt sich selber ungerne mit der Frage, aber irgendwann ist halt mal der Zeitpunkt gekommen. Und dann muss vielleicht im Einzelfall gar kein Rettungswagen mehr gerufen werden. Dann ist der Patientenwille auf jeden Fall geklärt.

P23: Ich finde sowieso, etwas Einheitliches zu haben, das bei jedem Patienten gleich ist, was jeder, der mit dem Patienten in Kontakt kommt, sofort verstehen kann, sehr gut. Das würde viele Komplikationen und Fehler vermeiden. Und so beschäftigen sich die Leute vielleicht auch früher mit ihrem eigenen Tod oder mit dem Tod ihrer Angehörigen und es werden mehr Entscheidungen getroffen, die dem Patientenwillen folgen. Allerdings gibt es natürlich auch immer wieder Notsituationen, vor allem auch bei jungen Patienten, die man nicht vorhersehen kann. Auf alle Eventualitäten kann man einfach nicht immer vorbereitet sein.

I: Gut, vielen Dank. Das wären erstmal meine Fragen. Wenn Sie noch Anmerkungen zu diesem Thema haben, etwas ansprechen wollen, was bisher noch nicht erwähnt wurde oder Fragen haben, dann können Sie das jetzt gerne tun.

P19: Ich finde es sehr gut, dass Sie sich mit diesem Thema beschäftigen, denn es ist einfach wichtig, auch über das Ende des Lebens zu reden. Man kann nicht selber entscheiden, wann man stirbt, aber man kann wenigstens etwas beeinflussen, wie, auf welche Art und Weise man stirbt. Damit ist auch ein Sterben in Würde gemeint.

I: Ja, vielen Dank nochmal für das Interview.

8.9.4 **Einzelinterview mit A1**

I: Ja, dann erzählen Sie doch mal was zu Ihrer Person.

A1: Ja gut, mein Name ist (Name entfernt), ich bin seit 1999 Arzt hier an der Uniklinik, bin seit 2003 hier auf der Intensivstation eingesetzt, zunächst als Assistenzarzt, dann Stationsarzt und jetzt als Oberarzt.

Gut, wir haben damals zusammen mit Herrn (Name entfernt) diesen Bogen entwickelt. Da war noch unsere Pflegeleitung, die Frau (Name entfernt), involviert, es war die Pflegeleitung der 1022 involviert und wir haben zusammen diesen Bogen entworfen, weil es immer schwierig war, am Ende mit dem Patienten und auch mit den Angehörigen zu kommunizieren, was wir denn machen, wie weit wir denn gehen wollen. Viele Patienten kommen von Normalstationen, sind dort natürlich schwer krank. Es sind teilweise auch natürlich viele ältere Herrschaften und man weiß nicht, wie man weitergehen soll. Oben auf Station wird häufig nicht gefragt. Wie möchte ich denn, dass mit mir umgegangen wird? Wie möchte ich denn behandelt werden, wenn es zu einer Komplikation kommt, wenn es zu einem Problem kommt? Und dann sind wir halt im Zugzwang. Wir haben hier jemanden liegen, einen 88-jährigen zum Beispiel, der schwer erkrankt ist, der vielleicht auch bestimmte Wünsche hat, die er aber nicht mehr selbst vorbringen kann, weshalb er dann eben auch eine Handlungsanweisung hat für unsere Kolleginnen und Kollegen.

I: Ja. Den Bogen gibt es ja noch nicht so lange.

A1: Nein.

I: Und traten denn in der Vergangenheit, also bevor der Bogen eingeführt worden ist, im Laufe Ihrer Zeit hier Probleme, Konflikte Unsicherheiten auf?

A1: Ja. Ja, da traten schon Probleme auf. Wir können das Beispiel noch nehmen, eine 88-jährige ältere Dame liegt zum Beispiel auf Station. Sie hat vielleicht geäußert, keine Wiederbelebung haben zu wollen, es ist aber nirgendwo dokumentiert worden. Oder die Angehörigen haben vielleicht auch gesagt: „Wir möchten nicht, dass unsere Mutter wiederbelebt wird.“. Und dann ist aber das Problem, dass der Notfall eintritt, der Nachtdienst oder diensthabende Arzt da ist und dann nicht weiß, was er machen soll. Er hört es vielleicht von einer Schwester, wenn es übergeben worden ist. Wenn es nicht übergeben worden ist, weiß er davon gar nichts und fängt an zu reanimieren. Und die Patientin kommt dann hier runter zu uns und wir sollen dann natürlich die Therapie fortsetzen. Und dann kommen nach einer halben Stunde oder Dreiviertelstunde die Angehörigen und sagen: „Das war doch nie gewünscht worden.“. Das war ein Problem. Manchmal haben sich auch Kollegen gescheut, oben auf den Bogen zu schreiben: „Wir möchten nicht, dass die Patientin wiederbelebt wird.“. Das war auch so eine Unsicherheit. Da haben sie gedacht, da könnte man sie dann noch vielleicht rechtlich belangen und deshalb war es wirklich wichtig, dass dieser Bogen entwickelt worden ist, einfach als Handlungsempfehlung und auch Weisung, dass man weiß, was denn besprochen ist und was nicht. Es gab auch Übergabeprobleme vom Tag- zum

Nachtdienst oder umgekehrt, es ist teilweise vergessen worden, Dinge weiterzugeben. Sie müssen überlegen, eine Normalstation hat eine Besetzung von 8-16 Uhr, danach kommt ein Dienst, der die Patienten eben nicht so gut kennt, weil er eben nur für die Hausprobleme zuständig ist und dann kommen ja meistens die Probleme, abends oder in der Nacht. Und dann steht der Kollege oder die Kollegin da und weiß eben nicht, wie sie weitermachen soll. Deswegen ist der Bogen wirklich Gold wert.

I: Wie sind sie früher in solchen Situationen verfahren, als sie noch nicht so einen Bogen hatten?

A1: Als wir es nicht wussten, haben wir, bis uns jemand etwas Gegenteiliges gesagt hat, das volle Intensivprogramm ablaufen lassen. Das heißt: Wiederbelebung, Intubation, Reanimation, die volle Therapie, die wir haben. Nierenersatzverfahren, Katecholamine geben, alles.

I: Ja. Und haben Sie den Eindruck, dass in diesem Zusammenhang schon mal Entscheidungen gefällt worden sind, die nicht dem Wunsch des Patienten entsprachen?

A1: Ja, wir haben teilweise mitbekommen, dass halt danach dann die Angehörigen, nachdem man sie dann erreicht hatte, der Notfall vorbei war und man Zeit hatte, jetzt die Angehörigen anzurufen, sagten: „Das hat mein Angehöriger nie gewollt. Der hat ganz klar gesagt: „Ich möchte nicht an Maschinen hängen, ich möchte nicht auf die Intensivstation, ich möchte nicht wiederbelebt werden“.“. Das war das Hauptproblem, das wir teilweise hatten. Und man wusste es teilweise nicht oder es ist nicht kommuniziert worden, es ist nicht aufgeschrieben worden. Das waren die Probleme.

I: Ja. Ok. Und dann wurde der Bogen ja eingeführt. Und wahrscheinlich wird er jetzt auch oft genutzt in entsprechenden Situationen.

A1: Auf unserer Station verwenden wir ihn wirklich sehr gerne. Wir verwenden ihn, wenn wir eben den Eindruck haben, dass die Patienten nicht alles möchten oder die Angehörigen mit uns natürlich bestimmte Gespräche führen oder auch wir den Eindruck haben, dass medizinisch keine sinnvollen Aktionen mehr für den Patienten möglich sind. Dann wenden wir den Bogen an. Wir sprechen mit den Angehörigen oder, wenn es der Patient selbst kann, auch mit dem Patienten. Wir besprechen mit ihm, was seine Wünsche sind, was er sich selbst vorgestellt hat und dokumentieren das auf dem Bogen und füllen den Bogen zusammen mit dem Patienten oder dem Angehörigen aus und unterschreiben es auch am Ende, bzw., wenn möglich, sollte auch der Patient gleich mit unterschreiben. Damit der auch weiß, was besprochen worden ist.

I: Ja. Und dieser Bogen wird dann ja auch an das Pflegepersonal weitergeleitet.

A1: Der wird oben auf die Akte aufgeheftet, also als Oberstes, dass ihn wirklich jeder sofort sieht. Die Farbe ist auch explizit so gewählt, dass man ihn wirklich erkennt, weil wir keine andere Farbe haben, die so gewählt wird. Das heißt, jeder weiß, dass dieser Bogen ein Bogen ist, wo eben Besprechungen durchgeführt worden sind, wo Dinge festgelegt worden sind. Und dieser Bogen ist dann auch bindend. Und es weiß die Pflege, es wissen die Ärzte und

die Angehörigen können, wie gesagt, wenn sie möchten, auch natürlich eine Kopie davon bekommen.

I: Und enthält der Bogen Ihrer Meinung nach denn klare Formulierungen, klare Anwiesungen, die halt wirklich in konkretes Handeln umgesetzt werden könnten, auch im Notfall?

A1: Ja, ja, ganz klar, ja. Wir haben ja hinten auch extra nochmal ein Textfeld, wo man extra nochmal explizit aufschreibt, was mit den Angehörigen besprochen worden ist, mit wem man es besprochen hat und, wie gesagt, man hat dann noch einzelne Sachen zum Ankreuzen, also ich denke, es ist ganz gut. Also ich bin sehr zufrieden und, wie gesagt, es hat bisher schon einiges für uns, für die Kollegen, für die Pflege gebracht.

I: Und Sie haben den Bogen mit entwickelt?

A1: Ich war mit involviert. Zunächst hat es Herr (Name entfernt) zusammen mit den Pflegenden oder mit dem Ethikkomitee entworfen und wir sind natürlich dann gefragt worden. Wir haben dann noch Wünsche und Anregungen gehabt und dann ist der Bogen zusammen dann so gestellt worden.

I: Gab es eine Einführung, auch für die anderen Ärzte der Station, in die Handhabung?

A1: Ja. Für die damaligen Ärzte ja. Das Problem ist natürlich, dass die Ärzte bei uns alle sechs Monate durchtauschen. Das heißt natürlich, dass die, die damals eingeführt worden sind, zum Teil nicht mehr auf Station sind, sondern auf anderen Stationen. Sie verwenden teilweise auch den Bogen da oben schon, aber eben noch nicht auf allen Stationen. Und die jungen Kollegen bekommen eben bei uns eine Kurzeinführung von dem Bogen, aber die ausführliche Einführung, die damals gegeben worden ist, ist nicht mehr da. Es wäre auch schwierig, alle drei bis vier Monate die ganzen Kollegen neu einzuweisen, weil es halt eine große, ausführliche Einweisung und Besprechung von einem halben Tag war. Das ist natürlich dann nicht möglich.

I: Aber wenn neue Kollegen kommen, werden sie auf jeden Fall darüber informiert, dass es ihn gibt und über Inhalte des Bogens aufgeklärt?

A1: Richtig, richtig. Ausgefüllt wird er meistens vom Stationsarzt oder von mir wobei, wenn es, wie gesagt, dann Abend ist und wir nicht greifbar sind, muss es auch der zuständige Kollege ausfüllen. Aber wir überprüfen es meistens morgens nochmal, um einfach dann sicher zu sein. Es ist auch ein Facharzt oder ein Oberarzt für die Unterschrift gefordert, sodass wir es doch dann gegenlesen müssen.

I: Ja, ja. Und gibt es denn noch irgendetwas, was Sie am Bogen verbessern wollen würden? Von der Gestaltung oder von den Formulierungen?

A1: Von der Gestaltung her nein. Von den Formulierungen her finde ich es ganz klar. Was immer mal wieder vorkommt, ist, dass der Patient eine Patientenverfügung, eine Bevollmächtigung oder einen Betreuer hat. Da ist es manchmal schwierig, die Unterlagen zu bekommen.

Teilweise hat der Patient einen Betreuer oder vielleicht einen Bevollmächtigten, aber die Problematik ist, dass diese Sachen meistens nicht da sind. Die liegen irgendwo, manch´ Angehörige wissen nicht, wo die Betreuungsbevollmächtigung oder die Betreuungsverfügung liegt, die wissen nicht, wer sie hat. Teilweise liegt es dann irgendwo zu Hause und keiner kommt herein. Das ist eher ein Problem mit den Patienten, dass die es vielleicht doch eher gleich mitbringen sollten. Oder die Angehörigen wissen, wo sie sind, weil das sonst auch ein großes Problem ist. Wir haben dann ja hier die Tochter, die sagt, die Mutter habe Sie eingesetzt, aber wir haben es halt nicht schriftlich. Und dann müssen wir halt doch noch den Weg über das Gericht gehen. Einfacher wäre es, wenn wir es von Anfang an da hätten. Ich glaube, das wäre mehr Vigilanz für die Angehörigen und die Patienten zu Hause, dass sie es einfach direkt mitbringen.

I: Ja, ja, was aber nicht an der Gestaltung des Bogens an sich liegt.

A1: Nein, das liegt nicht am Bogen. Nein, der Bogen ist gut in der Hinsicht, es geht einfach darum, dass wir halt einfach die Sachen zusammen bekommen müssten, um es halt dann einfach.

I: Um es komplett zu haben und keine Unsicherheiten in der weiteren Behandlung zu bekommen.

A1: Richtig, richtig. Sonst bin ich ganz zufrieden. Also ich habe mit dem Bogen keine Probleme, wir haben es bis jetzt immer geschafft, die Dinge, die wir klären wollten, darauf auch festzulegen. Und, wie gesagt, vor allem der Freitext hinten bietet eben auch noch die Möglichkeit, wenn was nicht passt, das nochmal hinzuschreiben.

I: Ja. Und würden Sie sich denn wünschen, dass eine veränderte Häufigkeit der Nutzung, vielleicht nicht unbedingt auf Ihrer Station, stattfindet?

A1: Auf der Normalstation würde ich es noch begrüßen, wenn die das auch noch mehr einsetzen würden, weil es das dann auch einfacher macht für den Diensthabenden nachts und auch dann eben für unsere Kollegen, wenn sie zur Reanimation gerufen werden. Da wäre es schön, wenn es auch da noch viel mehr gebraucht würde. Es wird natürlich schwierig sein, das immer bei allen zu implementieren. Das ist schwierig, aber es wäre wünschenswert.

I: Oder auch auf anderen Intensivstationen wahrscheinlich.

A1: Ich glaube, die 1022 macht es ja mit, soweit ich das weiß, die 0117 und 0118 weiß ich nicht.

I: Die neurologische Intensivstation.

A1: 1013?

I: Nicht, noch nicht.

A1: Ok. Und 0117 und 0118 Anästhesie Intensiv?

I: Auch noch nicht, glaube ich.

A1: Auch noch nicht, ok. Da wäre es auch sicher wünschenswert. Denn die haben das gleiche Problem wie wir auch. Wir haben Patienten, die halt schwer krank sind, wo es darum geht: „Möchte ich noch diese Intensivtherapie fortführen? Möchte ich sie noch so intensiv fortführen wie sie jetzt ist oder möchte ich sie doch etwas für den Patienten vielleicht doch leichter machen?“.

I: Ja, und wenn es dann einmal dokumentiert ist, kann es jeder jederzeit.

A1: Es gibt auch hinten extra noch die Teile der Reevaluation. Also wenn wir jetzt sehen, dass der Patient am Anfang fast aussichtslos ist und er sich dann doch bessert, dann kann man nochmal hinschreiben: „Wir haben es neu reevaluiert und haben gegebenenfalls neue Dinge besprochen.“ Also die Möglichkeit besteht ja und die ist ja auch hier extra noch gegeben. Oder wenn man am Anfang nur eine Seite ausgeschlossen hat, wir nehmen jetzt mal fiktiv die Intubation an, und er verschlechtert sich weiter und jetzt auch die Reanimation ausschließen und die (…) ausschließen möchte. Also ich finde den Bogen gut aufgemacht.

I: Ja, vielen Dank. Haben Sie sonst noch etwas zu ergänzen?

A1: Nein.

8.9.5 **Einzelinterview mit A2**

I: Ja, vielen Dank erstmal, dass Sie sich für dieses Interview zur Verfügung stellen.

A2: Bitteschön.

I: Dann erzählen Sie doch einmal was zu Ihrer Funktion. Seit wann sind Sie hier tätig?

A2: In Göttingen generell seit 2001, das heißt, ich bin jetzt seit 15 Jahren tätig, bin dreifacher Facharzt, betreue auch die Intensivstation seit Jahren, auch als Stationsarzt habe ich die betreut, momentan als Oberarzt. Ich war auch drei Jahre in den Staaten, wo ich diese Intensivmedizin auch erleben konnte, einfach auch diese Fragen, wie das da gehandhabt wird und, wie gesagt, seit 2011 bin ich wieder da, nach 2-3 Jahren in New York und jetzt betreue ich seit diesem Zeitpunkt auch oberärztlich die Intensivstation bei uns.

I: Mhh. Und traten denn in der Vergangenheit im Laufe Ihrer klinischen Tätigkeit hier Probleme, Konflikte, Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auf?

A2: Probleme, ja. Natürlich würde ich sagen nicht immer mit dem, was Patienten oder was die Angehörigen betrifft, aber Konflikt zwischen den Ärzten und Personal. Das heißt, die Ärzte haben eine andere Meinung gehabt zu gewissen Patienten als die Pflege. Das heißt, die Pflege war manchmal gegen eine Wiederbelebung, das heißt, die haben gesagt: „Es hat doch keinen Sinn, wir haben auch eine Erfahrung.“ und die Ärzte waren immer noch der Meinung, man kann noch diesen letzten Schritt wagen und dann vielleicht diesen Verzicht und so wieter einfach doch initiieren. Aber quasi so Probleme mit dieser Entscheidung? Ich würde jetzt nicht sagen, dass es große Probleme gab. Wir haben jetzt immer so eine interne Lösung, wie schon gesagt. Wir haben einfach unsere Therapiepläne, wo schon seit immer quasi bei jedem Patienten diese Frage von Vornherein klar sein muss, ob man es macht oder nicht. Das heißt, wenn jemand bei uns aufgenommen wird, ist es auch quasi der Bestandteil der Aufnahme, sich mit dieser Frage zu befassen.

I: Mhh.

A2: Da steht auch Verzicht bei. Wenn jemand kommt und ist noch nicht intubiert zum Beispiel, ist einfach schwer eingeschränkt von der Lungenfunktion, dann muss man manchmal einfach halt relativ schnell entscheiden. Wir haben einfach manchmal nur begrenzte Patientendaten, Patientenakten. Bei uns stellt sich bei jedem Patienten einfach quasi bei der Aufnahme diese Frage: „Was macht man in dem Falle, wenn es sich einfach halt akut verschlechtern soll?“. Also wenn es einfach nicht besser wird, bei jedem einzelnen Patienten, der bei uns quasi aufgenommen wird. Diese Bögen einfach halt. Ich habe das in den Staaten erlebt, das gibt es bei jedem Patienten, aber bei normalstationären Patienten. Wenn Sie da aufgenommen werden, kommen Sie einfach in die Leitstelle der Medizin, Sie kriegen einfach einen Fragebogen, es wird gefragt: „Wollen Sie, im Falle, dass etwas Schlimmes passiert, dass man Sie reanimiert?“, das heißt: DNR: *do-not-resuscitate*, ja, DNI: *do-not-intubate*. Das ist einfach da. Hier ist es quasi nur bei ausgewählten Patienten. Bei uns auf der Intensivstation 1022 würde

ich sagen, gab es keine großen Probleme mit der Umsetzung. Mit der Entscheidung manchmal quasi halt interne Konflikte, die konnte man in den Gesprächen, wir haben auch manchmal Gespräche mit der Pflege, mit den Ärzten dann klären, ja? Aber, wie gesagt, dass man so große Probleme hatte mit dieser Fragestellung, würde ich jetzt nicht behaupten.

I: Ok.

A2: Das ist bei Normalstation was anderes.

I: Ja, ja. Wussten Sie denn schon einmal nicht, was der Patient sozusagen wünscht? Welche Maßnahmen gewünscht sind und welche nicht? Also von Patientenseite, von Angehörigenseite aus?

A2: Natürlich. Das gibt natürlich Fälle, wo man das quasi nicht einfach abschätzen kann. Wie war die Lebensqualität von dem Patienten?

I: Ja.

A2: Wie gesagt, ein Problem sehe ich manchmal auch darin, dass es viele Patienten gibt, die aus dem Pflegeeinrichtungen kommen, wo keiner etwas weiß. Der liegt da mit 90 Jahren, ist zum Beispiel auch tracheotomiert und ist einfach halt schwer krank gewesen, hat auch manchmal keine Familienangehörigen und gar keine Patientenverfügung. Keiner weiß, was sie haben und die lagen natürlich bei uns, da ist die Frage einfach schon gegeben, ja? Was muss ich da machen? Das habe ich.

I: Ja, ja.

A2: Das sieht man. Aber nicht so häufig, sage ich. Ich würde sagen, das betrifft, wie gesagt, häufig Patienten, die einfach allein im Leben stehen, ja? In dem Pflegeheim einfach jemand, der seit Jahren allein lebt und keine Familie hat.

I: Wie verfahren Sie dann in solchen Situationen?

A2: In solchen Situationen versuchen wir natürlich einfach halt immer, sage ich, so in dem akuten Notfall, ja, wo quasi dieser Zweifel besteht, dann pro vita, also quasi fürs Leben einfach dann zu entscheiden. Man kann den Patienten auch intubieren und man kann auch Patienten einfach reanimieren, wenn es dazu kommt, ja? Und man muss sich manchmal auch klar fragen, (Pause) wir haben manchmal so Grenzsituationen, es ist nicht alles schwarz, es ist nicht alles weiß. Es sind auch graue Zonen einfach, wo ich nicht weiß, wo ich in diesem Moment, wie gesagt, nicht weiß, wie ich wirklich entscheiden soll. In diesem Fall sind wir einfach pro vita, das heißt: fürs Leben. Wir machen es einfach weiter und dann hat man vielleicht in der nächsten Stunde oder in den nächsten Tagen auch Zeit, vom Hausarzt einfach zusätzliche Information zu bekommen oder wenn da jemand von der Familie einfach noch dazukommt und uns einfach indirekt anamnestisch berichtet. Und dann versuchen wir einfach zu entscheiden, ja? Wir haben auch bei solchen Fällen die Möglichkeit, dass wir eine Woche einfach halt die Therapie fortführen, der Patient wird einfach intensivmedizinisch behandelt und dann, wenn es ihm besser geht, dann sagen wir und die Familie auch: „Ok,

wir wollen den Patienten nicht quälen“, dann wird die Therapie eingefroren. Das heißt, wir werden nicht mehr steigern. Das heißt, der Patient hat diese Therapie und dann wird einfach die Therapie eingefroren, die Beatmungseinstellungen werden nicht eskaliert, die Kreislaufunterstützung nicht eskaliert. Das ist einfach etwas anderes, es gibt auch ein sogenanntes palliatives Therapiekonzept, wo man das nicht einfriert, aber wo man das deeskaliert. Wenn wir beim Patienten zum Beispiel mit Krebs wissen, dass er mit der Krebserkrankung auch noch zwei bis drei Jahre leben könnte, aber jetzt hat er ein anderes Problem, ja? Er hat Metastasen, aber die Onkologen sagen, dass wir vielleicht noch zwei Jahre Zeit haben, aber jetzt hat er eine schwere Pneumonie, ja? Dann wird der Patient natürlich behandelt, auch wenn er Krebsmetastasen hat. Und das ist vielleicht, wenn es bei diesem Patienten nach einer oder zwei Wochen dazu kommt, dass es nicht besser geworden ist und man diese Lungenentzündung einfach nicht optimal behandeln kann, dann spielt es doch später bei der Entscheidung und bei dem Verzicht auf eine Wiederbelebung schon eine Rolle im Vergleich zu einem Patienten, der zum Beispiel keine Hintergrundkrebserkrankung hat, ja? Das ist es einfach halt. Man kann das nicht einfach nach einem Schema einfach halt alles abhandeln, abarbeiten und sagen. Auf der Intensivstation man muss viele Faktoren zusammenfassen, also einfach halt zusammen betrachten, ja? Medizinisch, ethisch, ja? Das ist halt wichtig.

I: Ja. Haben Sie denn schon einmal das Gefühl gehabt, dass, wenn Sie jetzt zum Beispiel, wie Sie eben gesagt haben, einen Patienten aus dem Pflegeheim haben, von dem Sie halt nichts Genaueres wissen und sich dann erstmal für eine volle Therapie sozusagen entscheiden, das Gefühl gehabt, dass Entscheidungen gefällt worden sind, die vielleicht nicht im Sinne des Patienten waren, die er sich vielleicht nicht so gewünscht hätte?

A2: Das kann passieren, es kann gut sein, das passiert häufig manchmal auch später, in der Nacht oder beim Spätdienst, wenn manchmal nicht die erfahrensten Kollegen da sind, ja? Wenn da nicht junge Ärzte, aber einfach halt jüngere Ärzte sind, da sage ich einfach halt so, dass man einfach nach Unsicherheit einfach doch entscheidet, obwohl man weiß: „Ja, vielleicht hatte das der Patient gar nicht.“ Oder die Familie sagt einfach auch „Ja, mhh.“. Man hat einfach Angst, etwas falsch zu machen, wenn man den Patienten quasi einfach jetzt nicht intubiert, nicht reanimiert, dass dann später jemand kommt und uns verklagen will oder so, das ist einfach die Angst. Natürlich gibt es einfach diese medizinischen, einfach diese rationalen Entscheidungen, manchmal kommt es vor, dass es einfach halt einen ethischen Punkt gibt, ja, das muss man schon sagen. Manchmal ist es einfach halt auch so, dass man im Nachhinein sagt: „Ja, doch, oh, sollte man vielleicht doch nicht machen, ne?“.

I: Ja, ja.

A2: Und da kommt dann auch der Konflikt, wenn Familienangehörige einfach halt manchmal sagen: „Ja, Sie können sofort alles ausschalten, ja?“, das heißt, Maschinen einfach halt ausstellen, Medikamente. Das ist einfach halt eine ganz andere Sache. Das waren manchmal Themen bei uns, dass man das auch einfach halt per Gericht quasi dann entscheiden musste.

Das Problem ist einfach halt, wenn man Familien hat, wo die Tochter sagt: „Ja, ich will alles.“, aber der Sohn sagt: „Nein. Ich will einfach halt nicht alles haben.“ Ja?

I: Ja. Und wenn man den Patienten nicht mehr fragen kann.

A2: Genau, wo man den Patienten nicht fragen kann oder die kennen einfach halt nicht immer die Konflikte in der Familie, ja? Ich weiß nicht, was da der Vater oder die Mutter, die momentan da im Schlafkoma liegt, was die für ein Verhältnis hatten, wer hat jetzt Recht, ja? Und das kommt selten vor, dass einfach die Einen sagen: „Bitte einfach alles machen“ und die Anderen sagen: „Wenn Sie das nicht machen, verklage ich Sie.“. Und dann sagt der Andere einfach halt: „Ne, einfach bitte einfach alles ausschalten. Wenn Sie das nicht machen, verklage ich Sie.“ Natürlich muss man da einfach halt einen passenden Kompromiss oder so finden, dass ein Betreuer, der einfach halt außerparteiisch ist, mit unserem Richter einfach halt quasi dann auch mit entscheiden darf, ja?

I: Ja. Dieser Bogen, die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ wurde ja bei Ihnen auf der Station eingeführt. Haben Sie bis jetzt schon Erfahrungen gesammelt mit dem Bogen auf dieser Station oder eher nicht?

A2: Sagen wir, auf dieser, auf unserer Intensivstation haben wir einfach halt diese interne Lösung, wie ich schon gesagt habe, einfach diesen Verzicht auf die Wiederbelebung, so einen Zwischenschritt für unsere Station, das, was einfach halt davor passiert. Das ist etwas, was meistens die IMC-Station oder die Normalstation häufig verwendet. Wir haben momentan einfach halt diese interne Lösung, wir haben nicht so viele Patienten, wir haben acht Patienten, die da sind. Man kann das in Einzelgesprächen, diese paar Punkte auch natürlich einfach mit der Familie quasi oder dem Betreuer einfach halt besprechen, entscheiden und dokumentieren, ja? Dass man explizit diesen Bogen benutzt, würde ich jetzt nicht einfach sagen auf unserer Station. Die haben, wie gesagt, diese interne Lösung. Aber natürlich, wenn jemand damit kommt, der zum Beispiel auf der IMC-Station liegt oder ein Patient, der so etwas hat, das wird von uns natürlich übernommen, wird in der Akte abgeheftet und quasi auch in unserem System vermerkt: „Das und das sollte man quasi einfach halt.“.

I: Dass Sie dann auch wissen, was im Notfall, wenn jetzt zum Beispiel eine Defibrillation infrage käme, dass Sie wissen, wie verfahren werden soll?

A2: Ja, ganz genau, genau. Wir lehnen das natürlich nicht ab, aber es wird von uns natürlich, wer immer damit kommt, gleich übernommen und auch einfach akzeptiert wie es ist, ja?

I: Ja. Kennen Sie denn die Inhalte des Bogens, also wissen Sie, was draufsteht?

A2: Ja. Ich kenne das noch von der IMC-Station, ja.

I: Ok. Und enthält der Ihrer Meinung nach klare Anweisungen, klare Formulierungen, die auch im Notfall, wenn es schnell gehen muss, in konkretes Handeln umgesetzt werden können?

A2: Eigentlich schon. Einfach halt verbunden mit gewisser Erfahrung des Arztes oder Ärztin, wo die einfach halt anhand des Bogens schon einfach eine Entscheidung treffen können, würde ich sagen, ja? Das heißt auch, da muss jemand, der Erfahrung hat, gucken. Es steht auch denke ich Facharzt, Oberarzt hinten. Es ist schon einfach halt eine große Hilfe, wenn man so etwas einfach halt bei diesem Fall, ob das Reanimation oder Defibrillation ist, einfach halt vorliegen hat, dass man das noch relativ schnell, punktuell einfach schnell durchgeht und dann auch entscheidet, ja? Das kann man halt sagen, ne?

I: Ja. Haben Sie eine Einführung in den Bogen erhalten, dass Ihnen Punkte erklärt worden sind?

A2: Ne, das hat man nicht bekommen. Wir haben das quasi jetzt auf Station, irgendwann kam das einfach und dann hat man es quasi übernommen. Aber so eine richtige Einarbeitung oder Aufklärung über diesen Bogen gab es einfach halt bei uns nicht. Sowas gab es bei euch auch nicht, oder? [Zu einem anwesenden Kollegen] Normalstation? Gab es das da?

K: Nein. Ne, ne, ne, gar nichts. Ich kenne den Bogen so nicht mit den Ausführungen.

A2: Das ist, das ist so ein lilafarbener.

K: Ja, den lilafarbenen Bogen, den haben wir.

A2: Ja, genau.

K: Der ist hier eingeführt, standardisiert, aber den kenne ich nicht, zum Beispiel. Den haben wir auch auf der Normalstation nicht.

I: Okay.

A2: Das ist das Gleiche, das ist sehr ähnlich, lila einfach halt.

I: Ja, ja. Und würden Sie Verbesserungen in der Gestaltung des Bogens vornehmen? Dass irgendetwas verbessert werden soll?

A2: Muss man sich mal Gedanken machen, aber, wie gesagt, für unsere intensivmedizinische Fragestellung ist es eigentlich ausreichend. Ja, das ist einfach halt so, dass der Bogen nicht einfach halt jetzt entscheiden soll, der soll bei der Entscheidung helfen, ja? Das ist einfach halt natürlich eine sehr große Hilfe, aber das ist nicht nur der einzige Punkt, nach dem ich einfach halt jetzt entscheide: „Mache ich es so oder so?“. Und man muss sagen, dass der Patient natürlich auch das Recht hat, zu jedem Zeitpunkt das einfach halt zu widerrufen, was da steht natürlich, ja?

I: Ja. Also den Umgang mit dem Bogen, den empfehlen Sie eher auf der *intermediate care* Station oder auf Normalstationen?

A2: Ich finde es schon bei gewissen Patienten einfach halt sinnvoll, sich damit auch zu befassen, dass man davor einfach halt keine Angst haben soll, aus medizinischen und ethischen Punkten. Das zu fragen, ja, das ist häufig einfach halt vergessen, ja, weil das ein Thema ist, es ist kein Tabu, aber es ist ein schwieriges Thema, wenn man jemanden nach dem Tod fragt.

„Was wollen Sie oder was wollen Sie nicht?“. Natürlich, wenn jemand ins Krankenhaus kommt und schwer krank ist und will es jetzt einfach natürlich. Auch quasi Leute, die einfach schon ganz von Vornherein sagen: „Ich will es nicht.“, die schon primär uns selber einfach ansprechen: „Ich weiß, ich bin schon chronisch krank. Ich will einfach nicht, dass es von der IMC-Station dann weitergeht, ich will es einfach halt ganz klar bis zu diesem Programm machen, aber bitte nicht weiter.“.

I: Ja.

A2: Ja? Ich denke, was ich einfach halt denke, dass eigentlich einfach jeder Arzt, der bei uns anfängt, darüber aufgeklärt werden sollte, dass man einfach daraus kein Tabu machen soll, das ist wirklich ein Thema. Nicht bei jedem, aber wenn sie jetzt aufgenommen werden und ich will es mit ihnen nicht besprechen, ja, so wie das in den USA einfach ist: „Wollen Sie oder wollen Sie nicht?“. Da kriegen Sie das Formular und dann müssen Sie das einfach halt alles ankreuzen lassen von der Krankenschwester. Aber wenn Sie jetzt einen Patienten haben oder vielleicht wenn man einen Patienten schon nach Hause entlässt, der schon so krank war, wo die Frage quasi noch nicht ganz klar da war, aber man weiß, wenn er noch einmal kommt, muss man sich damit befassen. Ja, dass man auch schon den Patienten, der doch noch nach Hause geht oder auch ins Pflegeheim entlassen wird, auch damit konfrontiert.

I: Ja.

A2: Ja? Und der Familie vielleicht auch sagen: „Bitte machen Sie sich vielleicht Gedanken, weil wir es jetzt noch geschafft haben einfach mit der IMC-Station.“. Man musste einfach diese Frage noch nicht angehen: „Soll man das eskalieren?“. Aber für die Zukunft sollte man vielleicht die Leute auch ansprechen. Nicht jeder beschäftigt sich einfach gern mit seinem Tod oder irgendwie mit dem Tod seines Familienangehörigen. Ja, das ist einfach halt das Problem.

I: Ja.

A2: Das finde ich einfach halt. Ich finde es zwar richtig, dass man das einfach halt als Bestandteil der Ausbildung für die Ärzte, aber vielleicht auch einfach halt für die Pflege, weil die Pflege den Patienten auch sehr gut kennt, sieht. Auf einer Normalstation hat die Pflege denke ich auch und sage ich so, den quantitativ öfter einfach halt gesehen, war manchmal länger in Kontakt zu den Patienten als der Arzt. Der macht die Visite, wir entscheiden einfach, wie die Therapie ist, manchmal quasi einfach mit dem Computer. Wie gesagt, einmal pro Tag reden wir mit dem Patienten 10-15 Minuten und dann wird das Blut abgenommen und einfach halt gewisse Untersuchungen quasi angemeldet, aber es ist auch hilfreich, dass bei dieser Entscheidung, würde ich sagen, vielleicht auch die Pflege einfach halt mit einbezogen werden soll, weil die uns manchmal auch ganz gute Informationen liefern kann. Auch hier haben die Pflegekräfte manchmal auch mehr Zeit, mit der Familie zu reden. Wenn sie samstags, sonntags da sind und dann immer sagen: „Ja, der Großvater hat sowieso die letzten zwei Jahre einfach nur im Bett rumgelegen, der hatte einfach halt keine Lebensqualität gehabt

und hat schon selber gesagt: „Bitte, warum tut mir das einfach alles an?“.“. Und dann ist es für uns auch einfach eine wichtige Information, weil es einfach halt eine Entscheidung ist, ja?

I: Ja.

A2: Ich finde einfach solche Bögen sehr sinnvoll, sehr wichtig. Ob man es quasi bei uns, bei unseren Therapieplänen einfach jetzt auch nimmt, das ist einfach noch die Frage. Wir beschäftigen uns mit dieser Frage fast bei jedem neu aufgenommenen Patienten. Das gehört bei uns quasi zum Alltag, ja? Das ist einfach bei uns die Frage: „Soll der Patient leben oder einfach würde der Patient leben?“. Die Frage ist einfach: „Will der Patient intensivmedizinisch behandelt werden?“. Das muss man sich einfach immer fragen, ja? Das ist einfach auf der IMC-Station oder auf der Normalstation was anderes. Da ist, denke ich, das nicht, sage ich, so ein Alltagsthema, was es vielleicht denke ich auch sein sollte, ja.

I: Ja, vielen Dank. Haben Sie sonst noch was, was Sie ergänzen wollen würden?

A2: Ich würde vielleicht ergänzen, dass man auch einfach halt die Pflege, wie gesagt, mit in die Entscheidung beziehen soll, ja? Einfach halt auch vielleicht da involvieren soll, ja? Ich muss mir überlegen, wie man das hier formulieren soll, ja, wie man sagen soll: „Die Pflege und so weiter.“. Die ist, denke ich, in dem Fragebogen auch wichtig, muss einfach unbedingt quasi berücksichtigt werden, ja?

I: Ja. Also da vielleicht noch ein Feld zu schaffen, wo die Pflege noch was dokumentieren könnte.

A2: Zum Beispiel einfach die Pflege, die den Patienten einfach halt betreut, ja?

I: Ja.

A2: Zum Beispiel wie einfach die Meinung der Pflegekraft ist, wie sieht die das? Einfach so klare Konstrukte, wie die Meinung der betreuenden Pflegekraft einfach halt bei diesem Patienten ist. Hält es jemand für sinnvoll? Besteht einfach halt jetzt ein Konflikt oder Interessenkonflikt zu der Entscheidung der Ärzte oder der Familie? Das würde ich vielleicht noch einfach möglich machen, dass ich einfach sehe, was die Meinung ist, weil die Pflege auch zum Beispiel die Pflegedokumentation auf der Normalstation macht, wenn sie einfach halt die Patientenakte sehen. Das ist nicht einfach so, dass die Ärzte reinschreiben, Medikamente, da ist einfach ein Pflegebogen. Da schreibt zum Beispiel auch die Pflege einfach, Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst. Wie ging es dem Patienten? Was hat er geäußert? Manchmal findet man quasi da einfach wichtige Punkte. Wenn jemand schreibt: „Ja, Diagnose dokumentiert, der Patient wünscht sich einfach so etwas nicht.“, ja? Das ist häufig einfach halt quasi das Retrospektive später manchmal, wenn jemand verstorben ist und die Pflegekraft sagt: „Ja, aber das hat der einfach halt schon damals sowieso selber geäußert.“, ja? Aber von uns hat das keiner so richtig wahrgenommen, ja? Das ist vielleicht in diesem Bereich einfach halt noch ein kleiner Punkt, ja, die Pflegekraft. Die Pflegekraft ist quasi auch einfach wichtig, einfach halt Bestandteil der Behandlung des Patienten, ja?

I: Ja, ja. Gut. Dann. Ja?

A2: Und, genau. Und da steht auch diese Frage der Patientenverfügung, das ist natürlich so, dass man diese im Internet hat, diese allgemeine Patientenverfügung. Das ist einfach halt das Problem einfach, dass viele dieses Allgemeine haben, wo steht: „Wenn einfach halt keine Aussicht besteht, dass die Erkrankung.“, sowas, das ist immer so schwammig formuliert. Ich kann es natürlich auch nicht von den Laien erwarten, die mir einfach halt sagen: „Ja, wenn mein Blutdruck unter 60 ist oder meine Blutgase so sind, lassen Sie mich einfach bitte jetzt in Ruhe.“. Aber das sind solche Entscheidungen, wo die Patientenverfügung uns nicht so richtig hilft. Wir sagen einfach, wenn wir diese Klassische aus dem Internet sehen, ja: „Aha, das ist die Klassische.“, da sagt jeder: „Aha, ah, das kenne ich, ja, da ist nichts so richtig.“ Die kann man einfach halt nicht für die Entscheidung verwenden. Ich sage, sie ist so schwammig formuliert: „Ja, kann, muss nicht sein.“, da muss man sich einfach selber damit befassen und quasi dann auch letztendlich einfach halt diese Fragen beantworten, ja?

I: Ja.

A2: Das heißt, dass einfach diese Patientenverfügung einfach halt nicht immer.

I: Aussagekräftig.

A2: Ja, aussagekräftig ist, sie ist einfach nur allgemein. Die haben einfach halt ganz klare Vorstellungen gehabt. Die sagen: „Ich will das und das und das und das und das nicht.“ Und das ist zum Beispiel vom Notar unterschrieben. Das ist was anderes, ja? Das gibt es einfach halt und es gibt natürlich einfach halt eine gewisse Freiheit zu entscheiden. Ich bin auch noch nie so einem Fall begegnet, wo der Patient sich einfach entschieden hat: „Ich will nicht weiterleben und ich will das nicht machen.“, aber ich bin anderer Meinung, ja? Dieser Fall einfach halt, umgekehrt, wie Sie schon sagen, wo auch der Patient einfach halt der Meinung war. Wie entscheide ich jetzt einfach in diesen Grenzfällen, wo es einfach Fälle gibt, wo die Ärzte gegen den Willen des Patienten entscheiden, ja? Aus Angst vielleicht, ja? Oder aus Unsicherheit, ja? Aber es ist nicht so, dass, wenn sie schon ganz klar etwas definiert haben, dass wir damit nicht einverstanden sind. Was ich jetzt sagen wollte: Wenn er eine klare Patientenverfügung hat, es gibt auch, wie gesagt, Patienten, die sagen einfach: „Ich kenne mich aus. Ich will einfach nichtinvasive Beatmung, das heißt, mit Maske Beatmung, aber ich will keine Intubation. Ich will, dass Sie mich reanimieren, aber nur mit Medikamenten, keine Herzdruckmassage.“. Das ist etwas, was ich einfach immer akzeptiere, respektiere, das wird auch umgesetzt. Aber einfach diese klassische Patientenverfügung, wo darin steht: „Ja, wenn es keine Aussicht.“. Das ist immer so, das kann man zu dem Zeitpunkt nicht immer sagen, ja? Wenn jemand kommt, ist schwer krank, hat eine Pneumonie, kann ich nicht einfach jetzt ganz klar entscheiden: „Es besteht einfach halt keine Chance, dass der Patient besser wird.“, das ist das Problem. Das sehen Sie manchmal nach zwei, drei Tagen. Der Patient bekommt Antibiotika, ja? Man muss sowieso bei einer Antibiotikatherapie einfach zwei, drei Tage warten, ob es besser wird und dann kann man vielleicht besser entscheiden.

I: Ja.

A2: Aber wir können nicht immer zu dem Aufnahmezeitpunkt einfach diese Aussage treffen, die einfach halt quasi konform wäre mit dem Patienten, mit der Patientenverfügung, ja?

I: Ja.

8.9.6 **Einzelinterview mit A3**

I: Vielen Dank erstmal, dass Sie sich zur Verfügung stellen. Wie lange sind Sie denn schon hier auf der IMC-Station tätig oder in der Intensivtherapie?

A3: Also insgesamt im Haus bin ich seit 2007, Mitte 2007. Auf der Intensivstation war ich dann einmal als Assistentin ein Jahr, ich kann nicht mehr genau sagen wann, 2009 oder so vielleicht. Dann war ich als Stationsärztin da, und zwar von 2012 bis 2013.

I: Mhh. Und jetzt sind Sie hier auf der IMC-Station?

A3: Genau.

I: Und in welcher Funktion? Als Oberärztin?

A3: Als Oberärztin.

I: Als Oberärztin. Ok. Und Sie sind also schon ein bisschen länger hier in der Klinik, traten denn im Laufe Ihrer ärztlichen Tätigkeit irgendwann mal Konflikte, Probleme, Unsicherheiten in Bezug auf die Frage nach Wiederbelebung auf? Wie man damit umgeht?

A3: Ja, Konflikte oder Probleme würde ich gar nicht mal unbedingt so sagen. Also Unsicherheiten natürlich, denn bei jedem Patienten, bei dem es nicht von Vornherein in der Patientenverfügung ganz klar festgelegt ist und der dann in eine Situation kommt, wo man sich überlegen muss: „Macht man weiter Intensivtherapie oder beendet man die an einem gewissen Punkt oder eskaliert man die nicht mehr oder wie auch immer.“. Da ist natürlich eine Unsicherheit, die lässt sich hier gar nicht vermeiden. Aber nach meiner Erfahrung haben sich die meisten Konflikte eigentlich sehr gut vermeiden lassen, indem man frühzeitig mit dem Patienten und/oder den Angehörigen gesprochen hat.

I: Mhh.

A3: Dass von Vornherein am besten mit Aufnahme auf die Intensivstation, egal wie lebensbedrohlich die Situation da war, das dann gleich von Vornherein geklärt hat.

I: Mhh. Wussten Sie denn schon einmal in Situationen nicht, was vom Patienten gewünscht ist oder was gewünscht ist und was nicht?

A3: Ja, ganz häufig, ganz häufig. Also entweder, weil der Patient selber sich nicht äußern konnte aufgrund seiner Erkrankung halt, oder manchmal auch, wenn der Patient sich zwar äußern konnte, aber seinen Willen nicht so klar darlegen konnte, wie man das jetzt gerne hätte als Arzt. Oder zum Beispiel auf eine Patientenverfügung verwiesen hat, die unklar formuliert war oder die so formuliert ist wie die meisten Patientenverfügungen nun einmal formuliert sind, kennen Sie ja. „Im Falle einer unausweichlichen Hirnschädigung oder so möchte ich keine lebensverlängernden Maßnahmen.“ Und dann steht man ja immer als Arzt vor dem Konflikt: „Naja, ja, woher weiß ich denn, ob das jetzt unausweichlich ist oder ob die Krankheit heilbar ist oder nicht?“. Wenn ich das von Vornherein wüsste, müsste ich ihn auch nicht reanimieren, aber man weiß es nun einmal nicht.

I: Ja.

A3: Das sind dann eben so die Unsicherheiten, die im Alltag auftreten. Nochmal kurz zu der Frage davor, also Konflikte sind wahrscheinlich schon aufgetreten, auch wenn ich die jetzt vielleicht nicht mehr als solche im Kopf habe. Aber manchmal kommt es dann ja doch zu Situationen, dass ein Patient sehr, sehr krank ist und man aus ärztlicher Sicht eigentlich keine lebensverlängernden Maßnahmen angedeihen lassen möchte, um eben sein Leiden nicht zu verlängern, wenn es von Vornherein klar ist, dass man sein Leben damit auch nicht mehr großartig verlängern kann, Angehörige aber doch sehr, sehr gerne noch möchten, dass man alles unternimmt von intensivmedizinischer Seite. Also da muss ich mich ein bisschen korrigieren, gab es doch manchmal ansatzweise zumindest Konflikte, ja? Also nichts, was irgendwie eskaliert wäre, aber an sich unterschiedliche Meinungen.

I: Ja. Wie verfahren Sie in solchen Situationen? Zum Beispiel, wie Sie eben genannt haben, dass man, dass Sie nicht wissen, was der Patient möchte, weil er sich vielleicht nicht artikulieren kann, weil vielleicht auch Angehörige gerade nicht da sind, die Auskunft geben können?

A3: In erster Linie versuche ich immer, Angehörige zu erreichen, manchmal muss man dafür halt ein bisschen in der Gegend rumtelefonieren, aber meistens gibt es ja doch irgendwo jemanden. Und im Zweifelsfall, wenn es nicht klar ist, was der Patient möchte, wenn auch nicht klar ist, was der Patient für eine Prognose hat, ne, also wir sprechen jetzt nicht von dem Patienten mit dem völlig infausten durchmetastasierten Tumor, sondern bei jemandem, wo es vielleicht nicht so klar ist, dann mache ich natürlich alles an intensivmedizinischen Maßnahmen, was geht.

I: Ja, mhh.

A3: Bis es anderweitig möglicherweise geklärt ist.

I: Ja. Haben Sie den Eindruck, dass in dem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen gefällt wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren?

A3: Ach, schwer zu sagen. Mir ist jetzt kein Fall im Gedächtnis, wo ich das so genau sagen könnte, ehrlich gesagt. Also wenn, dann möglicherweise bei solchen Fällen, die zum Glück selten sind, dass ein Patient sich nicht mehr äußern kann wegen zum Beispiel schwerer Demenz oder Ähnlichem, keine eigene Patientenverfügung hatte und Angehörige darauf bestehen, dass man Maßnahmen nicht einstellt, ne? Oder dass man weiter intensivmedizinisch behandelt. Dann kommt natürlich manchmal der Gedanke auf: „Naja, hätte man ihm das oder ihr das nicht ersparen können und reden wir jetzt gerade von Leben verlängern oder Leiden verlängern?“. Klar, solche Fälle gibt es immer wieder.

I: Ja.

A3: Aber ehrlich gesagt kein einzelner, woran ich mich jetzt besonders erinnern könnte.

I: Ja. Und im Jahr 2012 wurde dann ja die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ bei Ihnen eingeführt. Wie sind denn Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen? Also ist der Bogen Ihnen bekannt? Kennen Sie die Inhalte?

A: Ja, ja.

I: Mhh. Und wird der auch eingesetzt bei Ihnen auf Station?

A3: Ja. Ja, ja, häufig.

I: Also sozusagen in dem täglichen Alltag.

A3: Absolut. Klar. Also auf der Intensivstation gab es schon länger, in den Kurven der Intensivstation, ne, also wo man den Patienten aufnimmt, immer ein Feld, wo man das eingetragen hat per Plus oder Minus, ob eine Wiederbelebung und künstliche Beatmung gewünscht ist oder Katecholamingabe. Das gab es schon lange, auch schon vor 2012, aber dieser Bogen ist ja dann doch noch ein bisschen expliziter oder detaillierter. Ob er nun auf Intensivstation möchte oder auf IMC oder auf gar nichts von beidem und wie das mit Ernährung ist und wann es mit wem besprochen worden ist, ob der Patient das selber gesagt hat oder die Angehörigen und dann ist es schon sehr hilfreich, finde ich. Erstens weil man halt ein standardisiertes Dokument hat, was man also aus dem Schrank nehmen muss und für jeden Patienten ausfüllt, man muss sich da nicht jedes Mal selber was Neues ausdenken. Zweitens, weil es alle kennen und drittens, weil man dann auch als Arzt irgendwo dies Sicherheit hat, dass man das Ganze gut dokumentiert hat, dass man an alles gedacht hat, ja, dass man unterschrieben hat, das Ganze nochmal fachärztlich gesehen worden ist und so weiter.

I: Mhh. Enthält der Bogen denn Ihrer Meinung nach klare Formulierungen, die auch dann im Notfall in konkretes Handeln schnell umgesetzt werden können?

A3: Ja. Absolut.

I: Auch vom Pflegepersonal? Weil die ja auch oft als Erstes sozusagen vor Ort sind.

A3: Ja, da finde ich es dann immer wichtig, dass man das Ganze mit dem Pflegepersonal bespricht, ne? Wenn wir jetzt zum Beispiel einen Patienten hatten auf der Intensivstation, wo dann in Gesprächen mit der Familie und dem Patienten rausgekommen ist, dass er keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr möchte, dann habe ich diesen Zettel ausgefüllt und ans Bett geheftet oder an die Akte oder wo auch immer und gleichzeitig der Pflege aber immer kommuniziert, dass wir jetzt diesen Zettel ausgefüllt haben und was der Patient möchte oder nicht mehr möchte.

I: Ja. Dass die auch Bescheid wissen.

A3: Genau.

I: Dass es eine Anweisung gibt.

A3: Richtig.

I: Haben Sie denn noch Verbesserungsvorschläge zum einen in der Gestaltung des Bogens? Zum Beispiel, dass da vielleicht noch was hinzukommen soll, was weg soll, was klarer formuliert werden soll?

A3: Also ehrlich gesagt, so aus meiner Erinnerung nicht. Müsste ich mir nochmal angucken dafür, ja.

I: Ok.

A3: So spontan nicht.

I: Und im Umgang mit dem Bogen? Vielleicht in der Umgangshäufigkeit, vielleicht auch auf anderen Stationen mehr Einsatz?

A3: Ja, also prinzipiell wäre es ja sinnvoll, wenn eigentlich jeder Patient so einen Bogen hätte, genau wie eine Patientenverfügung, aber mir ist auch klar, dass man das im täglichen Geschäft natürlich nicht jedem Patienten, der ja nicht unbedingt so todkrank sein muss, jetzt unter die Nase halten kann, ja? Wenn jetzt jemand zu einer Routineuntersuchung kommt und man kommt dann gleich an mit der Frage: „Ja, wollen Sie eigentlich wiederbelebt werden oder so?“, dann.

I: Ja, ja. Das geht nicht.

A3: Dann hält der einen ja für verrückt. Aber zum Beispiel was ich vorhin sagte, auf der Dialysestation, wo Patienten immer wieder kommen, die also nicht nach drei Tagen wieder weg sind, sondern man weiß genau, die sind in ein, zwei, drei Jahren immer noch hier und dialysieren und werden dabei tendenziell nicht unbedingt gesünder und haben auch schon Etliches an Vorerkrankungen, da finde ich das sehr, sehr sinnvoll, dass jeder Patient einen solchen Bogen hat.

I: Mhh.

A3: Denn auch wenn die Patienten da jünger sind, das, darüber macht sich ja irgendwo auch jeder Gedanken an Patientenseite.

I: Ja.

A3: Wenn nicht, dann sollte er sich die mal machen und dann kann man sie auch gleich aufschreiben.

I: Ja. Mhh. Ja, das wären erstmal meine Fragen, vielen Dank schon einmal. Wenn Sie noch etwas zu ergänzen haben, können Sie das gerne noch sagen.

A3: Ich glaube, Sie haben alles abgefragt, was es dazu zu sagen gibt.

I: Ok, super. Vielen Dank.

A3: Gerne.

8.9.7 **Einzelinterview mit A4**

I: Ja, vielen Dank erstmal, dass Sie sich für das Interview zur Verfügung gestellt haben. Vielleicht erzählen Sie kurz am Anfang ein bisschen was über Ihre Person, wie lange Sie schon hier sind in der Klinik, wie lange Sie schon als Ärztin tätig sind in der Intensivmedizin?

A4: Ich heiße (Name entfernt), arbeite seit acht Jahren hier in der Abteilung, bin Fachärztin für Kardiologie und bin jetzt wieder auf Intensiv seit Januar 2016, war aber vorher schon ziemlich lange auf dieser Station, insgesamt 23 Monate davor. Und ich war auch hier tätig, als dieser Bogen eingeführt wurde.

I: Ah, also im Jahr 2012 dann.

A4: Genau, genau. Ich war seit Juli 2012 hier tätig und das war so die Zeit, würde ich sagen, als der Bogen eingeführt wurde.

I: Ja.

A4: Da war ich mit dem Herrn (Name entfernt) zusammen hier, vielleicht haben Sie den Namen auch schon einmal gehört.

I: Ne, nur der Doktor (Name entfernt).

A4: Ja.

I: Der da zu dem Zeitpunkt auch Oberarzt war.

A4: Ja, genau. Der war damals Oberarzt und mit mir zusammen hier.

I: Immer noch ist.

A4: Genau, stimmt zum Glück. Mit mir zusammen war Doktor hier (Name entfernt), der hat das Ganze extrem gefördert auch damals.

I: Als Assistenzarzt, Stationsarzt.

A4: Genau, der war eigentlich derjenige, der immer gesagt hat: „Das müssen wir unbedingt machen:“ und der sich da sehr bemüht hat, da müssen Sie mal Frau (Name entfernt) fragen, die müsste Ihnen das auch bestätigen können. Also der war da auch mal auf Veranstaltungen in der Medizinethik meine ich und hat auch damals kurz nach Beginn mal irgendwann einen Vortrag gehalten, meine ich mich zu erinnern.

I: Ah, okay. Ja, da frage ich nochmal nach.

A4: Machen Sie das, ja, ja, der hat das sehr, also er ist jetzt leider nicht mehr hier im Haus tätig, aber der hat das Ganze sehr, sehr unterstützt. Das war zeitgleich eine Einführung hier auf der Station und eigentlich auch, meine ich, auf der 1022, oder täusche ich mich?

I: Ne, ne, das ist richtig, genau.

A4: Ich meine, ja, da saßen wir irgendwie in so einem Raum da hinten und haben das mit Pflege und Ärzten der 1022 zusammen besprochen.

I: Ja.

A4: Meine ich. Also ich hoffe, ich irre mich nicht, ist ja auch schon ein bisschen her.

I: Ne, ne, das, also, das wurde auf den beiden Stationen zusammen eingeführt, das stimmt, genau, ja. Ok, dann wäre meine erste Frage, ob es vor der Einführung des Bogens in Ihrer Vergangenheit, in Ihrer medizinischen Tätigkeit mal Probleme, Unsicherheiten oder Konflikte in Bezug auf, auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung gab?

A4: Also ehrlich gesagt, ich kann mich jetzt mehr an die Zeit erinnern, als wir den Bogen schon hatten. Das war ja 2012. Ich war schon einmal auf der Station 2010, glaube ich, da gab es den dann ja noch nicht und ich muss ehrlich gestehen, ich glaube, dass wir das dann auf der Kurve von der Pflege dokumentiert haben, wenn es irgendwelche Therapieeinschränkungen gab.

I: Ja. War das dann auch so ausführlich?

A4: Nein, mit Sicherheit nicht.

I: Okay.

A4: Also ich meine, ich hätte ab und an ganz vorne unter „Anmerkungen“ mal sowas geschrieben wie DNR, DNI, also *do-not-resuscitate*, *do-not-intubate*. Und dann haben wir wahrscheinlich Gespräche, doch, aber, wie gesagt, das war also, wahrscheinlich war es so, also soweit ich mich erinnere, auf der Kurve umseitig, also wenn man, wir haben ja im Gegensatz zu anderen Intensivstationen noch nichts elektronisch, sondern wir schreiben ja wirklich noch auf Papier und wenn man diesen Bogen umdreht, wo die Pflege die Medikamente aufschreibt, dann haben wir das, dann meine ich, hätte man das da auch dokumentiert, aber sicherlich nicht so dezidiert wie in dem Bogen. Darf ich einmal ganz kurz an den Pieper gehen?

I: Ja, ja.

A4: Ganz kurz nur? Ganz kurz, weil das die Station ist und weil ich mich ehrlich gesagt.

I: Ich drücke solange auf „Pause“.

A4: Ja.

[kurze Unterbrechung des Interviews]

A4: Es ist nicht so gewesen, dass man so gute Dokumentation hat, was gemacht werden soll und was gegebenenfalls nicht gemacht werden soll, vor allem, weil wir ja im Vergleich zur chirurgischen Intensivstation sehr viele auch alte und multimorbide Patienten haben, ne, das ist ja auf internistischen Stationen, neurologischen, das sind ja schon andere, es ist eine andere Patientenklientel.

I: Mhh. Haben Sie denn schon einmal nicht gewusst, welche lebensverlängernden Maßnahmen vom Patienten gewünscht waren?

A4: Also ich kann mich jetzt an keine konkrete Situation erinnern ehrlich gesagt, weil in der letzten Zeit, also in den letzten Jahren war das immer so, dass wir diesen, wir haben den Bogen ja auch, wir benutzen den ja sehr viel. Aber mit Sicherheit war es in der Vergangenheit mal so, dass es nicht ganz klar war, bin ich mir relativ sicher. Aber ich kann mich jetzt an keine, also tut mir leid, ich kann jetzt kein konkretes Beispiel nennen, aber mit Sicherheit war das damals sehr viel häufiger so.

I: Ja.

A4: Weil, man ist irgendwie, das ist ja bei uns tatsächlich schon so, dass, sobald es ein älterer Patient ist, der möglicherweise vom Pflegeheim ist oder der viele Vorerkrankungen hat, wir ja sehr, sehr, schon bei Beginn, eigentlich fast bei Aufnahme uns überlegen: „Ist es erforderlich, den Bogen zu nutzen oder nicht?".

I: Mhh. Ja, das heißt, dann haben Sie noch nicht wahrscheinlich den Eindruck gehabt, dass irgendwann mal, ja vielleicht Entscheidungen getroffen wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren? Weil das alles schon vorher sozusagen geklärt war durch diesen Bogen.

A4: Meinen Sie jetzt akut seit wir den Bogen haben?

I: Ne, auch vorher.

A4: Davor.

I: Davor.

A4: Da sind mit Sicherheit Sachen gemacht worden, die in der Patientenverfügung so nicht darin standen. Das fängt ja meistens schon zu Hause an, also viele Leute werden ja vom Notarzt intubiert oder reanimiert, obwohl sie eine Patientenverfügung haben, wo sowas drinsteht, nur in der Notfallsituation wird natürlich der Notarzt gerufen. Und irgendwo, der Patient muss dann, wenn er einmal intubiert ist, natürlich von der Notaufnahme auch irgendwo hin verlegt werden, das ist dann meistens eine internistische Station und keine Chirurgische. Und im Notfall ist es ja auch oft so, dass die Leute dann auch, die Angehörigen aufgeregt sind, Angst haben, sich Sorgen machen und dann auch so schnell die ganzen Sachen nicht finden. Das ist natürlich auch was, was mit dem Bogen sehr, wir fragen die Angehörigen ja meistens, also, es sei denn, es ist jetzt ein 40-jähriger Patient, der wird keine Patientenverfügung haben und keine Vorsorgevollmacht, aber meistens fragen wir ja schnell auch: „Hat der Patient eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuung oder eine Patientenverfügung?", um dann eben diesen Bogen auszufüllen, damit man sich möglichst vorher die Gedanken macht, ne? Es ist ja oft so, dass man, wenn man nicht gezwungen ist, sich mit solchen Sachen zu beschäftigen, ist es dann so, dann kommt es zu so einer Situation, dann steht man so ein bisschen doof da und allein das ist auch schon eine sehr gute Sache, finde ich, von diesem Bogen,

weil man sich von Vornherein ja auch schon Gedanken macht: „Gibt es eventuell Therapieeinschränkungen?“, was ja viele Leute haben, muss man auch sagen. Ja, also viele Leute sagen ja oder legen ja vorher fest: „Ich möchte keine künstliche Beatmung, ich möchte dies nicht, ich möchte jenes nicht.“ Nur im Notfall, wenn dann zu Hause irgendwas passiert, dann sind die Angehörigen oft so überfordert, dass gar nichts so richtig klar ist und dass der Notarzt dann natürlich erstmal alles macht.

I: Ja, mhh. Der Bogen wurde ja 2012 eingeführt, haben wir ja gerade schon besprochen, wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Bogen, also sind Ihnen die Inhalte ausreichend bekannt? Kennen Sie sozusagen das, was darin geschrieben steht?

A4: Ich würde mir einbilden, ja.

I: Sehr gut. Und Sie hatten, ja?

A4: Ja, es ist ja schon, die wichtigen Sachen, finde ich, sind ja sehr gut aufgeführt, ne, also ich meine, hier gleich am Anfang wird ja unterschieden zwischen Normal- und Intensivstation. Wobei es ja bei uns in der Abteilung nur so ist, dass es für Intensivstationen gilt, wobei es so war, ich meine, das war 2012 ja eine ganz andere Situation als jetzt, ne? Da war der Bogen ja neu. Da war es auch so, dass das, was hier festgelegt war, das war jetzt nicht automatisch so, dass es auf Normalstationen allen klar war, was dieser Bogen heißt, ne? Mittlerweile gibt es den ja ein paar Jahre, sodass eigentlich alle, oder dass er fast allen Kollegen geläufig ist, ne? Damals war es so, wir haben hier damit angefangen und die Kollegen auf Normalstationen, auch wenn die schon länger dabei waren, die kannten den halt einfach noch nicht, ne? Mittlerweile ist es so, dass die meisten, die hier irgendwo im Haus in unserer Abteilung arbeiten, schon einmal auf der Intensivstation waren, die kennen den Bogen und die wissen auch was damit anzufangen. Weil wir den ja auch sehr gut sichtbar hier unten auf die Patientenakte heften, ne, der kommt ja vorne drauf. Und dann finde ich eigentlich sehr gut, dass die Therapieeinschränkungen oben stehen, dann, ganz wichtig, Gründe für die Unterlassung, dann: „Hat der Patient eine Vorsorgevollmacht oder nicht?“ und mit wem wurde das besprochen an dem Tag und warum ging es nur mit dem, wer ist der Betreuer und was ich zum Beispiel auch gut finde, ist, dass die Entscheidung auch im Team kommuniziert wurde, ne? Denn es ist immer einfacher, alles zu machen. Es ist viel schwerer, finde ich, sowohl als Arzt als auch als Angehöriger beim Patienten zu sagen: „Das und das soll nicht gemacht werden.“. Das ist ja, in dem Fall hat man dann irgendwie das Gefühl, man hält dem Patienten irgendwas vor. Stimmt ja gar nicht. Als Angehöriger entscheidet man dann ja im Namen des Patienten, aber die Angehörigen haben ganz oft das Gefühl: „Jetzt sage ich, dass irgendwas nicht gemacht wird und dann stirbt er und dann habe ich ihm irgendwas vorenthalten und dann habe ich, dann wurde nicht alles gemacht, was möglich ist.“ und das ist es ja gar nicht, die entscheiden ja in dem Namen des Patienten. Und ich finde, dass es dann, wenn so etwas festgelegt wird, wichtig ist, dass man es im Team bespricht, ganz ehrlich, also ich frage die Pflege auch immer: „Ist das für dich ok Ist das hier für alle in Ordnung?“. Auch wenn wir morgens bei der Visite durchgehen, ich finde, das ist etwas, was oft, auch wenn der

Patient alt ist, viele Leute sind mit 80 ja heutzutage auch noch topfit, ne? Dann ist es trotzdem schwierig, finde ich, auch als Arzt manchmal zu sagen: „Ok, das und das soll jetzt nicht gemacht werden.“, auch wenn man für sich selber vielleicht sagt: „Ah, ich würde das alles nicht wollen.“. Wer weiß, wie das dann ist, wenn man selber 80 ist und noch fit und im Leben steht, ne?

I: Ja.

A4: Tun tatsächlich viele Angehörige. Und ich finde das sehr wichtig, dass man das wirklich im Team kommuniziert. Also finde ich persönlich irgendwie wichtig. Und was ich aber lange nicht erlebt habe, war eine Entscheidung im Klinischen Ethikkomitee. Kommt ja auch immer wieder hier vor auf der Station, habe ich aber jetzt in der letzten Zeit, aber ich bin ja jetzt, wie gesagt, ja auch erst im dritten Monat hier, jetzt noch nicht miterlebt.

I: Mhh. Es findet glaube ich auch nur in vereinzelten Fällen statt.

A4: Ja. Das ist selten, ja, ja.

I: Genau.

A4: Aber hier lag neulich mal, haben Sie vielleicht mitbekommen, so ein Patient mit einem frühkindlichen Hirnschaden nach einer, der hatte irgendeine Infektion als Kind, ne? Der, wo letztendlich die Frage war, der konnte nicht hören, war blind und hatte so einen ganz rührigen Betreuer, der sich um ihn gekümmert hat und da ging es halt um die Frage: „Was machen wir jetzt? Tracheotomieren wir ihn?“, weil er eben langzeitbeatmet war oder machen wir es nicht und letztlich ist der Patient ja extubiert worden. Und das war natürlich auch, sowas ist für alle Beteiligten schwer, auch wenn der Patient quasi einen schweren Hirnschaden hat, ist es trotzdem irgendwie komisch, weil letztlich dann mit allem, was man macht, man macht halt, dass ein Leben zu Ende geht.

I: Ja.

A4: Und das finde ich eigentlich immer ganz, ganz, ja, also, ich glaube, das ist hier von der Station sehr gut geregelt worden, ehrlich gesagt. Also hatte ich den Eindruck, von dem, was ich mitbekommen habe.

I: Empfinden Sie das denn so, dass, wenn Sie den Bogen ausfüllen und alles aufgeschrieben haben, dass der auch im Falle eines Notfalles, der dann ja oft auch nachts eintritt oder wenn halt nur die Pflege da ist, dass der klare Handlungsanweisungen und klare Formulierungen enthält, die die Pflege dann auch umsetzen kann oder halt der diensthabende Arzt?

A4: Ich glaube, man kann nie einen Bogen so ausfüllen, dass für alle Fälle hundertprozentig alles geregelt ist, glaube ich nicht. Also man kann sich Mühe geben und letztlich, wir dokumentieren ja immer zu wenig, meistens, das nervt ja auch, das Dokumentieren, ist aber wichtig, wird einem bloß im Nachhinein oft erst klar. Das gilt jetzt nicht nur für solche Sachen, sondern für alles, was im Krankenhaus ist, wir müssen ja eigentlich bei jeder Visite bei jedem Patienten was aufschreiben, damit das alles dokumentiert ist. Hat man ja wenig Zeit für, ne,

man möchte ja auch irgendwie Zeit für den Patienten haben und nicht nur für Papierkram. Aber ich denke, dass die wichtigsten Punkte hier darin stehen, aber trotzdem wird es immer wieder dazu kommen, dass sich möglicherweise irgendwas verändert. Irgendwie, es geht in die eine oder die andere Richtung. Man kann glaube ich für alle Eventualitäten geregelt sein, gerüstet sein.

I: Ja.

A4: Fürchte ich. Also das hilft mit Sicherheit und ist eine sehr gute Sache, also ich würde ihn auch nicht wieder, ich würde damit nicht, würde niemals sagen: „Wir schaffen den Bogen ab.“, auf gar keinen Fall. Aber ich glaube, hundertprozentig wird man wahrscheinlich nicht gerüstet sein. Aber ich würde sagen, dass wir uns alle sehr bemühen, auch im Fall, dass sich die Situation ändert beim Patienten, dass es neue Aspekte gibt, es ist ja genug Platz. Also ich würde sagen, dass wir dann versuchen, dass wir es meistens auch einigermaßen hinkriegen, dann wirklich auf die neue Situation einzugehen. Aber ich glaube, ganz hundertprozentig, ich weiß nicht, was meine Kollegen gesagt haben, aber ich kann es mir nicht.

I: Ja.

A4: Ich kann mir nicht vorstellen, dass man das wirklich hundertprozentig regeln kann, das wird glaube ich nicht gehen.

I: Ja.

A4: Aber trotzdem ist es sehr viel besser als gäbe es diesen Bogen nicht.

I: Ja, weil damit halt schon ein Großteil der Eventualitäten geregelt ist oder sich halt wenigstens Gedanken darüber gemacht wurden.

A4: Ich glaube auch, das ist die Hauptsache, dass man früh anfängt, sich Gedanken zu machen, dass so etwas mal im Raum stehen könnte.

I: Ja.

A4: Denke ich. Ja, aber 100 Prozent, glaube ich, wird nicht gehen.

I: Sie haben gerade schon von einer Einführung gesprochen, die Sie in den Bogen bekommen haben. Wie war das, also, wer hat diese Einführung gemacht, wie lief das ab?

A4: Ich kann mich nicht mehr erinnern, ehrlich gesagt.

I: Aber es gab eine Einführung, in der einzelne Punkte sozusagen erklärt worden sind?

A4: Ja, wir haben ja auch immer wieder das Problem oder die Diskussion, das haben Sie bestimmt auch mitbekommen, diese Unterschrift. Weil hier steht Oberarzt oder Facharzt. Und es ist natürlich so, dass oft im Dienst oder am Wochenende gar kein Oberarzt oder Facharzt hier ist, haben bestimmt meine Kollegen Ihnen auch gesagt, das ist manchmal ein Problem. Bei uns ist es ja jetzt oft so, Sie haben die ja jetzt, die Bögen, bekommen die immer. Da sieht man ja auch, das ist ja oft kein Facharzt, geschweige denn Oberarzt, der die unterschreibt, weil im Zweifelsfall am Wochenende zwei Kollegen da sind, die zwar jetzt keine

Berufsanfänger sind, die aber eben kein Oberarzt oder Facharzt sind und dann machen die Kollegen das untereinander. Und ich würde aber sagen, geändert worden ist am Bogen eigentlich fast nichts, glaube ich, seit der Einführung, würde ich sagen.

I: Ja.

A4: Ich weiß gar nicht, wer den erstellt hat, ich glaube, dass wir den schon eigentlich ziemlich fertig in Benutzung genommen haben oder irre ich mich? Also.

I: Nein, das ist richtig.

A4: Ich glaub, dass der von Anfang an.

I: Ja, ja, genau. Der wurde hauptsächlich halt vom Ethikkomitee entwickelt, da von den Pflegenden.

A4: Die waren aber auch da bei der Einführung.

I: Ja, ja.

A4: Da bin ich mir sehr sicher. Ich weiß nicht mehr genau wer alles da war, ich weiß noch, dass die Pflegeleitung von der 1022 dabei war und unsere war da und die Oberärzte und Stationsärzte von beiden Stationen, meine ich. Und das wurde vom Ethikkomitee, ich, wie gesagt, ich weiß nicht mehr.

I: Ja. Ja, aber es gab auf jeden Fall eine.

A4: War nicht Herr (Name entfernt), Herr (Name entfernt) war doch da, oder?

I: Der war bestimmt dabei, ja.

A4: Ja, das mit Sicherheit. Und da war der aber quasi schon in der Form, wie er jetzt ist. Also ich glaube, viel geändert worden ist nicht. Würde ich sagen, aber ich müsste lügen, wenn ich mich da jetzt festlegen sollte.

I: Ok. Und wie ist das mit neuen Kollegen, die auf diese Station kommen? Kriegen die auch nochmal eine kleine Einführung?

A4: Viele kennen den Bogen ja, wie gesagt, schon, weil, wenn der Patient verlegt wird, geht der Bogen ja mit. Der kommt dann auf 1025, also auf unserer IMC-Station, auf Normalstationen in die Patientenakte, da ist aber auf jeden Fall damit kommuniziert: „Ok, es gibt eben eine Patientenverfügung.“. Und ansonsten gibt es jetzt keine offizielle Einführung, dass irgendjemand irgendwo was unterschreiben muss. Aber wir gesagt, also, ich habe den Eindruck, dass, dadurch, dass wir den jetzt schon länger haben und dass alle eigentlich also durchaus, ich würde sagen, dass keiner negative Erfahrungen damit gemacht hat, glaube ich nicht. Dadurch, dass viele den Bogen schon kennen, ist es oft nicht nötig, dass man eine großartige Einführung macht. Also ist mein Eindruck. Und ansonsten, also wir haben ja eine Checkliste für die Einarbeitung, ich glaube, da steht der ehrlich gesagt nicht drauf, muss ich ganz ehrlich gestehen. Also. Aber wirklich, es ist tatsächlich so, dass aus unserer Abteilung den viele Kollegen kennen. Das war ja auch irgendwie, es war ja ganz am Anfang immer eine

ganz große Frage: „Gilt der denn auch dann noch für Normalstationen? Ist das denn ein offizielles Dokument?“ und so weiter. Da kann ich mich noch dran erinnern, da gab es ganz viele Diskussionen. Aber ansonsten glaube ich eher, dass man den dann einfach kennenlernt, wenn man auf Station kommt.

I: Ja.

A4: Und wir füllen den ja sehr viel aus. Also ich würde sagen, dass immer, dass meistens die Hälfte der Patienten gefühlt auf Station diesen Bogen hat. Und ich glaube, das ist eher so ein bisschen, dass man den in den sechs Wochen Einarbeitung, die man hat, dass man den dann kennenlernt. Also man hat, man wird nicht dann.

I: Automatisch dann.

A4: Genau, man wird nicht dran vorbeikommen.

I: Ja. Haben Sie denn Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gestaltung des Bogens? Dass vielleicht irgendwas noch hinzugefügt werden sollte oder was weggelassen werden sollte, was nicht so wichtig ist?

A4: Also ich finde ihn eigentlich sehr gut. Das einzige Problem, was wir oft haben, ist eben diese Unterschrift, dass.

I: Ja.

A4: Dass es oft keinen Oberarzt oder Facharzt gibt. Aber ansonsten fällt mir persönlich ehrlich gesagt nichts ein, was ich anders machen würde.

I: Wie fänden Sie das, wenn noch ein kleines zusätzliches Feld drin wäre, wo die Pflege was dokumentieren könnte? Also sozusagen nochmal ihre eigene Situation, ihre eigene Sicht auf die Situation, auf den Patienten dokumentieren könnte? Oder ist das schon durch eine Teambesprechung, indem Sie das alles kommunizieren mit der Pflege schon beinhaltet sozusagen?

A4: Also ich, wahrscheinlich macht das jeder ein bisschen anders. Ich frage immer jetzt nicht dezidiert die ganze Pflege. Aber wenn wir irgendwas besprechen am Patienten oder sagen, der Pflege wird ja auf jeden Fall mitgeteilt, dass es Therapieeinschränkungen gibt.

I: Mhh.

A4: Dann müsste man wahrscheinlich den Bogen irgendwie, ja, ich glaube, ein Extrafeld, weiß ich nicht, was ist denn, wenn die sich dann widersprechen? Wäre wahrscheinlich schwierig.

I: Wenn die Pflege sich untereinander widerspricht oder.

A4: Ne, wenn wir was anderes sagen, als, also.

I: Ja.

A4: Also wenn die Ärzte irgendwas anderes sagen als die Pflege.

I: Ja.

A4: Also ich will damit bloß sagen, will damit sagen, also es ist ja keine rein ärztliche Sache, dieser Bogen, weil wir ja auf jeden Fall, also ich zumindest, versuche, der Pflege das immer mitzuteilen und auch zu fragen: „Ist das okay so für dich?“, ne? Also ist sicherlich nicht verkehrt, aber stelle ich mir irgendwie ehrlich gesagt schwierig, glaube ich, in der praktischen Umsetzung vor, ehrlich gesagt. Was hat denn bei uns die Pflege dazu gesagt? Ich bin ja rausgegangen, als Sie. Würde mich auch mal interessieren.

I: Nein, die Pflege hat dazu gar nichts gesagt. Nur andere Ärzte haben das vorgeschlagen. Deswegen frage ich , was Sie so dazu denken.

A4: Ja, ja, also letztlich finde ich, verstehe ich den Bogen irgendwie als Sache, die man als Arzt und Pflege zusammen ehrlich gesagt bespricht.

I: Ja.

A4: Also ich würde das nicht getrennt sehen ehrlich gesagt. Also ich glaube, das ist auch falsch, das auf einer Intensivstation zu machen, weil immer nicht nur die Ärzte, sondern auch die Pflege natürlich genau mit der gleichen Wichtigkeit die Patienten betreut.

I: Ja.

A4: Ich glaube, ich würde es tatsächlich, ich finde, weiß ich nicht, irgendwie stelle ich mir, in der praktischen Umsetzung stelle ich es mir irgendwie schwierig vor.

I: Mhh, ja.

A4: Aber ich glaube, als Arzt muss man sich bemühen, dass man auf jeden Fall das auch mit der zuständigen Pflegekraft bespricht, auf jeden Fall. Also ich will, das heißt auch gar nicht, wenn ich sage: „Ich stelle es mir schwierig vor.“, dass ich die Pflege irgendwie ausschließen will.

I: Ja, nein!

A4: Ja, mhh. Wüsste ich nicht, wie man es praktisch umsetzen sollte, ehrlich gesagt. Aber prinzipiell, finde ich, ist der Bogen eine Sache, die für Ärzte und Pflege und quasi als Teamentscheidung gilt, auf jeden Fall.

I: Ja.

A4: Auf jeden Fall. Also alle Behandelnden von den Patienten, weil, wie gesagt, das ist, auch wenn der Patient alt ist, ist nicht immer so einfach, da irgendwas festzulegen: „Soll gemacht werden, soll nicht gemacht werden.“, also, ist oft schwierig.

I: Vielleicht, weil auch, die Pflege ist natürlich auch viel öfter beim Patienten, näher an den Angehörigen.

A4: Die Pflege ist viel näher dran, absolut. Und die kriegt das ganze Leid, was man ja oft, man hat ja oft das Gefühl, dass der Patient leidet, ne? Ist glaube ich oft so, also, dass, als Arzt erlebt man das, bin ich mir relativ sicher, ganz anders als die Pflege. Weil die Pflege, wie Sie es gesagt haben, viel, viel mehr Zeit am Patientenbett verbringt. Vielleicht gar nicht mehr

spricht mit den Angehörigen, obwohl auch viele hier von der Pflege sehr, sehr viel mit den Angehörigen sprechen. Aber das ist, ich glaube, das ist ganz anders, das Erleben von dem Patienten zwischen Arzt und Pflege, auf jeden Fall. Nicht nur auf Intensivstationen, aber hier ist es irgendwie, ist das schon irgendwie ein extremer Arbeitsplatz, weil hier viele Patienten sterben, weil viele Kranke hier liegen und weil oft auch irgendwie die Situation angespannt ist. Es geht halt oft irgendwie um was Wichtiges und auch bei, wie gesagt, auch bei alten Leuten, es heißt ja nicht per se, nur, weil man alt ist, dass dann gar nichts mehr gemacht werden soll. Es sei denn, der Patient hat das so festgelegt.

I: Ja.

A4: Aber leider ist es so, worüber ich mich auch immer wundere, dass die Hausärzte so wenig festlegen, weil, wie gesagt, wenn ein alter, multimorbider Patient im Pflegeheim keine Luft kriegt, dann rufen die den Rettungsdienst und dann ist der Patient intubiert. Was soll man auch anderes machen als Notarzt? Und da wundere ich mich ehrlich gesagt immer so ein bisschen. Wir haben jetzt auch wieder einen Patienten, 86 Jahre alt, multimorbide, bettlägerig, „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ steht in der Kurve da von dem Heim: „Nicht bekannt.“. Warum kann man es nicht vorher klären? Das finde ich halt schade, weil, da könnte man, da muss man sagen, den Patienten auch schon einiges ersparen, was sie eben nicht möchten.

I: Ja. Schon im Vorhinein von diesem ganzen Bogen und im Krankenhaus liegen, ja. Mhh. Haben Sie denn, also auf Normalstationen ist der längst noch nicht so verbreitet wie hier auf dieser Intensivstation, das ist.

A4: Weil wir aber auch viele Patienten auf Normalstationen haben, die kommen für eine elektive Sache. Das kann man gar nicht.

I: Ja, die kommen für sowas gar nicht infrage, genau.

A4: Naja, es gibt ja jetzt neue Reanimationsleitlinien, ne? 2015, wo ein eigenes Kapitel ist, wo quasi bei Patienten möglichst erkannt werden soll, wenn derjenige schwer krank ist, dass man möglichst einen Intensivaufenthalt vermeidet oder rechtzeitig erkennt und dann soll da ein speziell geschultes Team hin und man sollte halt auch Patienten identifizieren, die eine Wiederbelebung und eine Beatmung und einen Intensivstationsaufenthalt nicht möchten. So, das wurde von der Anästhesie groß vorgestellt und ich habe mich die ganze Zeit gefragt: „Ah? Warum nicht einfach die Patienten fragen?“. Ich war in Seesen mal im Krankenhaus, da wurden die Patienten viel offener nach sowas gefragt meinem Empfinden nach. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und so weiter. Und wir hatten dann eine Besprechung wegen der Organisation von diesem Hausdienst hier, also Zentrum Innere Medizin, wo das auch so ein bisschen angesprochen wurde, ja? Soll man denn jeden Patienten nach einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung fragen? Das Problem ist bloß, dass viele Patienten auf Normalstationen, man kann glaube ich nicht alle ab einem gewissen Alter fragen: „Haben Sie eine Patienten-, haben Sie eine Vorsorgevollmacht? Wollen Sie, dass irgendwas

nicht gemacht wird?“. Die armen Patienten. Die kriegen ja wahrscheinlich auch Angstzustände, wenn die sowas gefragt werden, wenn die für eine elektive Herzkatheteruntersuchung zum Beispiel kommen, ne? Das sind ja auch oft ältere Leute, ich glaube, das ist ehrlich, ich weiß nicht, wie man das realisieren soll. Ich glaube ehrlich gesagt, dass ist so ein bisschen auch Hausarztsache, also bei so alten, multimorbiden Patienten frage ich mich manchmal, warum der Hausarzt im Vorfeld nicht vorher mehr festlegt, ganz ehrlich.

I: Ja. Aber einer Integration in den Klinikalltag, sozusagen von Normalstationen, wo die auf den Normalstationen sozusagen selber entscheiden können: „Bei dem Patienten kommt es vielleicht infrage, bei dem nicht.“, dem stimmen Sie sozusagen zu, dass es halt da auf jeden Fall auch nicht automatisch bei jedem Patienten eingesetzt wird, sondern, dass die halt auch dann gucken, wie auf jeder Station, ob, ja, der Patient infrage käme und es dann anwenden. Dass es auf jeden Fall möglich ist.

A4: Sie meinen jetzt, den Bogen anzuwenden?

I: Den Bogen anzuwenden, ja.

A4: Wäre sicherlich sinnvoll. Aber es ist natürlich so, wenn da jemand ist, ein Berufsanfänger, der irgendwie zehn Aufnahmen hat, der hat irgendwie natürlich weder Zeit, noch Muße, sowas zu besprechen. Das ist ja eigentlich total wichtig, aber auf jeden Fall. Wenn man auf Normalstationen tätig ist und bekommt meinetwegen von der Notaufnahme einen Patienten verlegt, der alt und multimorbide ist, bin ich mir aber sicher, dass meine Kollegen von Normalstationen das mittlerweile auch mit diesem Bogen machen ehrlich gesagt. Also war, wie gesagt, am Anfang noch nicht so, weil die den alle nicht kannten, aber ich, vielleicht irre ich mich auch, aber ich bin mir eigentlich relativ sicher. Wenn wir den Patienten von hier aus hoch verlegen, dann geht der ja mit. Aber zum anderen bin ich mir auch sicher, dass ich da oben schon, also es kommt halt selten vor, ne? Aber prinzipiell wenden die den auch an, meine Kollegen.

I: Ja, das wäre es erstmal, vielen Dank.

A4: Gern geschehen.

I: Wenn Sie noch irgendwelche Fragen haben, Anmerkungen, was jetzt noch nicht thematisiert worden ist, können Sie das gerne noch machen.

A4: Fällt mir im Moment nichts ein.

I: Okay. Dann vielen Dank.

A4: Da nicht für.

8.9.8 **Einzelinterview mit A5**

I: Vielen Dank erstmal, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben für dieses Interview. Vielleicht wollen Sie am Anfang ein bisschen was zu Ihrer Person erzählen, wie lange Sie schon hier im Krankenhaus sind, als Arzt tätig in der Intensivmedizin.

A5**:** Ja, ich bin 34 Jahre alt und ich bin seit 8,5 Jahren hier im Haus, bin Neurologe, bin Facharzt für Neurologie. Und Intensivmedizin mache ich seit, ja, mehr als der Hälfte der Zeit eigentlich. Ich bin ziemlich intensivmedizinisch aufgewachsen hier, war auch mal in der Anästhesie und habe auch die Zusatzbezeichnung der neurologischen Intensivmedizin und so ein *european diploma of intensive care*, also ich bin da ziemlich intensivlastig und bin momentan hier der Stationsarzt auf der 1013.

I: Mhh. Und gab es denn in Ihrer Tätigkeit als Arzt, insbesondere auch als Intensivmediziner schon einmal Situationen, wo Konflikte, Probleme, Unsicherheiten in Bezug auf die Frage nach Wiederbelebung aufgetreten sind?

A5: Ja, die treten, eigentlich treten die ständig auf, gerade in der neurologischen Medizin, vor allem in der Intensivmedizin.

I: Mhh. Was waren das für Probleme? Wo Sie zum Beispiel nicht wussten, was vom Patienten gewünscht ist?

A5: Genau. Also wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht klar eruiert werden kann und der Patient auch keinen erklärten Patientenwillen mitbringt in Form einer Patientenverfügung und der Patient jetzt zum Beispiel schwere Komorbiditäten hat und hat noch ein schweres, ja, Hirnproblem, sagen wir mal einen Schlaganfall, der wahrscheinlich zu einer hochgradigen Behinderung führt, dann ist immer wieder die Frage: „Ist es jetzt medizinisch noch indiziert, diesen Patienten wiederzubeleben, oder nicht im Fall der Fälle?“. Das führt häufiger zu Konflikten.

I: Mhh. Wo Sie dann einfach nicht wissen, was sozusagen der Patient gewollt hat.

A5: Genau. Was ethisch dann auch korrekt ist. Manchmal holen wir uns dann das Ethikkomitee dazu, ja, um uns da Hilfestellung zu geben, weil häufig auch Angehörige dann noch verschiedene Sichtweisen einbringen, ja. Das ist häufig ein Problem.

I: Ja, und wie verfahren Sie dann in solchen Situationen? Wenn Sie es nicht wissen im akuten Notfall meinetwegen?

A5: Also im akuten Notfall, also wenn wir es im akuten Notfall gar nicht wissen, dann wird immer pro Patient entschieden.

I: Ja.

A5: Ja? Das heißt, klar, dann gehen wir davon aus, dass der Patient alles möchte, Maximaltherapie.

I: Mhh.

A5: Ja. Wenn wir, wenn jetzt ein Notfall auftritt, ein Wiederbelebungs-, ja, ein Wiederbelebungsszenario, was sich anbahnt, der Patient ist so hochgradig erkrankt, dass wir von den Grunderkrankungen her davon ausgehen, dass der Patient keine Chance hat, dann sehen wir die medizinische Indikation als entfallen an, dass wir den Patienten wiederbeleben. Dann machen wir es halt nicht. Aber es gibt halt so Grenzfälle, wo der Patient schwer behindert sein wird, schwer erkrankt, aber nicht infaust. Da ist es dann doch schwierig. Und wenn wir es dann nicht wissen, dann versuchen wir natürlich, mit den Angehörigen zu sprechen und wir stellen hier auch niederschwellig die Indikation, Patienten gerichtlich betreuen zu lassen in Gesundheitsfragen und versuchen dann halt mit dem dann eingerichteten gesetzlichen Betreuer eben den mutmaßlichen Willen zu eruieren. Und das führt aber auch manchmal zu Konfliktsituationen natürlich zwischen Ärzten und den Betreuern und vor allen Dingen auch intrafamiliär, wenn verschiedene Angehörige dazukommen.

I: Ja. Haben Sie den Eindruck, dass in dem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen getroffen worden sind, die nicht im Sinne der Patienten gewesen wären?

A5: Ja. Häufig. Also, was heißt häufig? Also es kommt schon vor, es ist dann immer schwierig, da seine eigene Auffassung dann sozusagen auch zurückzuhalten, weil es dann ja nicht um meine eigene Meinung geht oder um die Meinung des Pflegeteams, sondern eigentlich primär um den Patientenwillen. Aber es gibt ja schon Situationen, wo Angehörige ihren eigenen Willen mit dem wahrscheinlich vorhandenen Patientenwillen verwechseln, das erfährt man dann immer noch von anderen Angehörigen: „Ja, der Patient hat doch das und das und das gesagt.“, aber der betreuende Angehörige sagt: „Ich will das und das und das.“, weil der Patient das so wollen würde. Und das gibt einem dann manchmal ein ungutes Gefühl.

I: Ja. Haben Sie Vorschläge oder Wünsche, wie man das vielleicht verbessern kann, so eine Situation, dass man sich vielleicht vorher Gedanken darüber macht, wenn sozusagen der Patient noch selber entscheiden kann, dass man da vielleicht was festlegen könnte.

A5: Ja. Das machen wir ja auch. Also sobald der Patient, ja, wach und einwilligungsfähig und einsichtsfähig ist, dann befragen wir die Patienten hier auch. Und wir fragen die Patienten bei Aufnahme auch, ob sie eine Patientenverfügung haben, ob sie eine Vorsorgevollmacht haben und was sie im Fall der Fälle als Wiederbelebung und Beatmung, das ist immer so das, was wir abfragen, was sie sich da wünschen würden. Denn, ja, so komplexe Sachen können die meisten natürlich auch nicht in dieser Akutsituation dann begreifen und verstehen, aber Wiederbelebung und Beatmung, das fragen wir eigentlich immer ab, ja.

I: Ja. Und wo dokumentieren, also dokumentieren Sie das dann auch?

A5: Ja. Also wir haben hier so ein elektronisches Patientenmanagementsystem, mit dem wir die ganze Intensivstation betreiben und dann haben wir dann quasi so ein Feld, wo wir das reinschreiben.

I: Mhh.

A5: Ja. In der Neurologie, also bei uns in der Abteilung ist es historisch so, dass wir so ein, ja, so eine Zeichenkodierung haben, die in der Patientenplanette oder Akte vermerkt ist, also ein Plus,ja, dann kriegt der Patient alles. Ein Plus in Klammern, dann weiß jeder, der da draufguckt: Der Patient will nicht auf eine Intensivstation, will nicht intubiert werden, will nicht wiederbelebt werden. Und ein Minus heißt: Der Patient ist infaust. Der wird wahrscheinlich versterben, braucht eine palliative Therapie. Ja. Also das hat sich jetzt jahrelang hier so gehalten, aber für die Intensivstation hat sich das nicht bewährt, weil da natürlich viele Graustufen dazwischen sind. Was heißt jetzt irgendwie beatmet? Patient will nicht beatmet werden für eine kurze Zeit, für, wenn es reversibel ist, woher weiß ich, dass eine Pneumonie reversibel ist oder, ja, das ist immer total schwierig zu sagen.

I: Mhh. Vor allem, weil sich hier wahrscheinlich auch die Situationen stündlich oder täglich vielleicht auch ändern, weil der Patient.

A5: Genau, das ändert sich schnell. Genau. Und das ist halt anders als auf anderen Intensivstationen. Was erschwerend dazukommt, ist, dass die Patienten halt auch eine Hirnschädigung haben, die dann auch sozusagen, ja, eine Behinderung verursacht oder die eigene Wahrnehmung beeinflusst. Und man kann halt auch schwer sagen, was die Patienten zum Beispiel mit einem, ja, Patienten mit einem schweren Schlaganfall, die hemikraniektomiert werden müssen, die eine Sepsis überlebt haben, danach für eine Lebensqualität haben? Wenn sie dann halbseitig gelähmt vielleicht zu Hause sitzen, es stellt sich jeder ganz schrecklich vor, aber für den Patienten ist es vielleicht total wesentlich, dass er seine Enkel aufwachsen sieht. Also ich denke, das können wir halt schlecht beurteilen. Man hat aus ärztlicher oder behandelnder Sicht halt, ja, so ein Gefühl darüber, was das jetzt für den Patienten bedeutet, aber, ja, letztendlich kann einem das keiner sagen. Und das macht manchmal Entscheidungen in einer Akutsituation schwierig.

I: Ja. Finden Sie denn die Dokumentationsform, die Sie jetzt im Moment haben, dass das im Notfall, wenn irgendeine Situation, die zum Beispiel eine Reanimation erforderlich machen würde, wenn die eintritt, dass Ihr Dokumentationssystem auch klare Formulierungen, klare Anweisungen enthält, die auch vom Pflegepersonal zum Beispiel in konkretes Handeln umgesetzt werden könnten?

A5: Also ich finde schon. Wir schreiben es mittlerweile relativ genau auf, was wir mit den Angehörigen besprochen haben und gerade wenn es um detaillierte Entscheidungen geht, also: „Patient soll nicht reanimiert und intubiert werden.“, das ist ja ganz klar Das kann man relativ leicht aufschreiben und da stehen dann halt vier Wörter: „Keine Rea, keine Intubation.“ und das kann jeder Pfleger auch innerhalb von einer Sekunde erfassen. Wenn es dann um detailliertere Entscheidungen geht wie: „Keine Katecholamine oder Katecholamine nicht steigern.“ oder, ja, was gibt es noch, naja.

I: Aber das schreiben Sie auch alles auf?

A5: Das schreiben wir dann rein. Wenn wir den Patienten oder die Angehörigen, die, also die betreuenden Angehörigen entsprechend befragt haben und uns so detailliert festgelegt haben, dann schreiben wir das auch so detailliert auf, damit es sozusagen auch über die Schichten unter den Ärztinnen und Ärzten quasi übergeben ist und die Pfleger können da natürlich auch reinschauen, ja? Und wir übergeben das auch mündlich, also einmal am Tag findet auch sozusagen eine Patientenübergabe von den Ärzten an die Pflege statt, sodass das da auch nochmal erwähnt wird, wenn es da Unklarheiten gibt. Im allergrößten Notfall, wenn es irgendwelche Zweifel gibt, und dann, Patient wird plötzlich asystol und der Pfleger hat jetzt nicht darein geguckt in dieses Feld, dann wird halt erstmal alles gemacht, weil, aufhören kann man ja immer.

I: Ja.

A5: Ja? Also das ist dann kein Problem.

I: Ja. Ja, diese „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung", die wurde ja 2012 auf der kardiologischen und nephrologischen Intensivstation eingeführt, ist inzwischen auch auf der IMC-Station und auch auf einigen Normalstationen eingesetzt. Haben Sie schon einmal was von dem Bogen gehört überhaupt?

A5: Ja.

I: Also ist Ihnen der bekannt?

A5: Ja.

I: Das ist so ein lila Bogen, der immer vorne dann auf die Akte geheftet wird.

A5: Genau.

I: Haben Sie denn auch selber schon einmal Erfahrungen damit gemacht, vielleicht auf anderen Stationen?

A5: Nein.

I: Ok. Und ist Ihnen denn schon ein Patient sozusagen überwiesen worden, der so einen Bogen hat, dass Sie irgendwie, ja, so mal, damit in Kontakt gekommen sind, auch wenn Sie ihn nicht selber ausgefüllt haben?

A5: Eigentlich auch nicht, weil die Patienten sozusagen diese Bögen ja auch nicht mitbekommen. Also wenn wir den Patienten sozusagen überwiesen bekommen aus einer anderen Abteilung, dann bleibt die Akte ja dort, die kriegen wir aus Datenschutzgründen ja dann auch nicht, da ist dann dieser Bogen drin, ja, das ist dann schwierig. Eigentlich fragen wir jeden Patienten selbst.

I: Ja, haben Sie denn von Kollegen von anderen Stationen von Erfahrungen berichtet bekommen? Dass jemand anderes die Bögen eingesetzt hätte und damit vielleicht irgendwelche.

A5: Also ich weiß, dass manche Innere Abteilungen den halt einsetzen, aber ich habe mich da jetzt mit den Kollegen noch nicht drüber unterhalten, ehrlich gesagt.

I: Würden Sie denn jetzt, wenn Sie den Bogen kennen und auch wissen, was da drauf steht, was man da ankreuzen und auch frei noch ausfüllen kann, ja, würden Sie es befürworten, wenn der vielleicht auf Ihrer Station auch eingeführt wird oder sind Sie mit dem jetzigen System, wie es ist, wie es sich auch bis jetzt natürlich bewährt hat, zufrieden und brauchen den sozusagen nicht?

A5: Also einerseits würde sich, ja, fügt er sich ein bisschen schlecht sozusagen in dieses Computersystem hier ein. Das ist halt, wir haben also eine elektronische Akte, das heißt, da kann man den schlecht abheften, ja? Und prinzipiell momentan läuft es eigentlich, also ich bin mit dem, wie wir es momentan gestalten, eigentlich ganz zufrieden. Der Pflege ist es manchmal ein bisschen zu kompliziert, wenn wir detaillierte Festlegungen treffen, die wirklich bis ins kleinste Detail gehen. Manchmal ist es halt notwendig. Aber letztendlich ist der Bogen ja auch nicht einfacher. Also es ist ja auch eine A4-Seite mit viel Text.

I: Ja, ja.

A5: Sodass ich denke, dass unsere Dokumentation jetzt auch nicht komplizierter zu lesen ist in einer Notfallsituation. Also was ich an dem Bogen halt, ich finde, prinzipiell finde ich das total sinnvoll, dass es so einen Bogen gibt. Und ich finde es auch sinnvoll, dass überhaupt die Leute befragt werden. Also das sehe ich halt häufiger, wenn ich als Konsiliar in irgendeine andere Abteilung komme, sagen wir mal irgendwie was Chirurgisches, wo der Chirurg schnell durchrauscht und der Anästhesist den Patienten dann betreut und der ihn auch nicht kennt, da wird ja häufig gar nicht mit dem Patienten darüber gesprochen oder mit den Angehörigen oder es wird keine Betreuung eingerichtet. Also das finde ich viel relevanter, dass es passiert als in welcher Form, ja.

I: Mhh. Ja. Und das, was sozusagen auf dem Bogen angekreuzt ist, haben Sie ja jetzt auch schon gesagt, also Katecholamine und alles, das ist ja hier detailliert, aber, wir Sie es dokumentieren, wird es ja dann genauso detailliert sein und.

A5: Ähnlich, ja.

I: Ja.

A5: Aber zum Beispiel fehlen mir hier so bestimmte Einstufungen. Intubation, Beatmung, ja? Für manche Patienten ist das wirklich ganz klar: „Ja, ich will das.“. Aber bei unseren Patienten, wir haben ja häufig so Patienten, die dann potenziell zu langzeitbeatmeten Patienten werden könnten. Das wissen wir halt vorher nicht. Also zum Beispiel: Großer Schlaganfall, klar, aufgrund der Akutsituation wird der Patient intubiert, beatmet, kriegt vielleicht eine Hemikraniektomie, kriegt dann eine Pneumonie und, ja, wie ist es jetzt? Kriegt man den Schlauch aus dem Hals wieder raus? Kann man vorher mit der Schwere der Hirnschädigung auch nicht sagen, weil die Patienten häufig dann Schluckstörungen haben, Atemstörungen. Ein Patient, der in der Inneren Medizin ist, der einfach nur in Anführungsstrichen eine Pneumonie hat, da weiß man: „Ok, da kommt der Schlauch rein, die Wahrscheinlichkeit, dass man die Pneumonie ausbehandeln kann, ist groß und dass man den Schlauch dann auch wieder

rausnehmen kann, die Wahrscheinlichkeit ist groß.“: Und das ist bei uns halt, ja, häufig schwierig einzuschätzen. Und deswegen fragen wir die Patienten halt häufig, die sagen immer: „Ja, ich will auf keinen Fall an eine Beatmungsmaschine.“. Und wenn man dann genauer nachfragt: „Ja, aber wenn wir glauben, dass das eine reversible Situation ist.“, also wie zum Beispiel eine Pneumonie, die man behandeln kann, ja dann würden sie das wollen, ja? Und diese Abstufung halt zu treffen, das ist manchmal doch recht relevant, ja. Und wenn die Patienten dann sagen: „Aber ich will keine Langzeitbeatmung, keine Tracheotomie oder sowas.“, dann weiß man, ok, man kann den Patienten intubieren und behandelt sie antibiotisch. Wenn es besser wird, ist gut und wenn nicht, dann kann man sozusagen auch immer noch die Behandlungen abbrechen, wenn es sich in eine Langzeitbeatmungssituation zum Beispiel entwickeln würde. Ja. Einfach dieses Vorhersehen ist nicht ganz so einfach, glaube ich. Das ist auch in Patientenverfügungen nicht ganz so einfach, wo immer dieser Standardsatz drinsteht: „Wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde oder langfristig schwere Hirnschädigung.“. Was heißt das, ja? Das steht da nie drin.

I: Ja.

A5: Das ist, also.

I: Ist dann laienformuliert, ja.

A5: Das muss ja laienformuliert sein, damit die Patienten das ausfüllen können, aber das ist nicht hilfreich, ja? Oder häufig nicht hilfreich.

I: Ja, dann wären das erstmal meine Fragen.

A5: Ok.

I: Vielen Dank. Wenn Sie noch Anmerkungen haben, was jetzt nicht angesprochen wurde in Bezug auf dieses Themengebiet, können Sie das gerne noch machen.

A5: Ne, also ich finde das total gut, dass Sie sich darum kümmern und ich fände es relevant, oder ich fände es wichtig, wenn es das klinikweit einheitlich gäbe. Ich glaube, das wäre eine Sache, die alles erleichtern würde. Gerade wenn ein Patient von A nach B verschoben wird und dann Ärzte und Pflege den nicht kennen und da gibt es ein ganz klar einheitliches Dokument, was das sozusagen belegt: „Patient will das und das nicht.“.

I: Was auch jeder kennt, ja. Ja.

A5: Ich meine, es ist ja auch nicht so schlimm, dass auf diesem Zettel dann, also der wär für den absoluten Notfall, wenn da nicht detailliert draufsteht, was der Patient wollen würde. Das ist ja dann was, was man dann immer noch entscheiden kann. Aber einfach für den Notfall: Intubation, Reanimation, Defibrillation, ja, einfach so drei, vier Dinge, die dann halt abgelehnt oder nicht abgelehnt werden. Oder, ja, wo auch dokumentiert wird, dass der Patient sich vielleicht nicht sicher ist, sodass man trotzdem die Maßnahmen durchführt, aber dass man weiß, da bestehen irgendwelche Zweifel. Das fände ich schon ganz relevant. Aber ich sehe es jetzt nicht, dass wir den Bogen in der Neurologie jetzt so einfach adoptieren

221 können, weil wir da eigentlich ein System haben, was relativ gut läuft und mit dem auch alle
222 Pflegenden irgendwie vertraut sind. Gerade auf den Normalstationen. Die gucken auf ihre
223 Planette drauf und sehen diese ungefähre Abstufung halt: Komplette Maßnahme halt oder
224 abgeschwächte Maßnahme oder was auch immer der Patient halt haben möchte. Ich glaube
225 nicht, dass das das dann einfacher machen würde.

226 I: Mhh. Ja, weil Sie einfach schon so ein bewährtes System integriert haben, ja.

227 A5: Ja, und gerade weil auch die Akten von den Planetten getrennt sind und die Pflegenden
228 halt diese Planetten in der Hand haben und dann halt schnell drauf gucken und wenn der
229 Zettel dann irgendwo in der Akte liegt, dann müssten sie irgendwo hinrennen und das ist
230 halt im Notfall auch nicht möglich.

231 I: Mhh. Ok. Ja, vielen Dank.

232 A5: Gut. Hoffe, es hat geholfen.

233 I: Ja, natürlich, das war sehr gut.

8.9.9 **Einzelinterview mit A6**

I: Ja, erstmal vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, das Interview mit mir zu führen. Vielleicht würden Sie einfach einleitend ein paar Worte zu sich sagen, wie lange Sie hier schon tätig sind in welcher Position?

A6: Ja. Also ja mein Name ist (Name entfernt), ich bin Oberärztin hier in der Neurologie, habe auch komplett meine Facharztausbildung hier gemacht, also ich bin wirklich seit 14 Jahren hier in der Abteilung und bin jetzt in der oberärztlichen Funktion auf der Intensivstation, auf der neurologischen Intensivstation tätig.

I: Und traten denn in Ihrer vergangenen klinischen Tätigkeit schon einmal Unsicherheiten, Probleme oder Konflikte im Umgang mit der Frage nach wiederbelebenden Maßnahmen beim Patienten auf?

A6: Konflikte? Oder? Also es geht ja natürlich, klar, das ist immer eine schon schwierige Entscheidung, was sowohl die Notfallsituation betrifft, also die Wiederbelebung, als auch die Fortsetzung oder Eskalation der Therapie, die man gerade macht. Es ist natürlich immer eine individuelle Entscheidung und also gerade wenn es um die Erhaltung der Maßnahmen geht, nicht jetzt konkret im Notfall um die Wiederbelebung und die Konflikte. Also es ist so, dass man natürlich schon im Team das bespricht, weil es unterschiedliche Ansichten sind. Das ist natürlich das Pflegepersonal, das ist das ärztliche Personal und die Oberärzte und natürlich selbstverständlich auch die Angehörigen, dass man das im Konsens trifft. Jetzt so, dass es wirklich große Probleme gab jetzt in meiner oberärztlichen Tätigkeit, würde ich nicht sagen. Aber es hat sich auch gewandelt in den letzten 14 Jahren, wenn ich jetzt so zurückblicke.

I: Was hat sich da gewandelt?

A6: Ja, dass eigentlich früher, wenn ich mich an meine Intensivzeit erinnere, noch als Assistenzärztin, da war es glaube ich schon so, dass wir die Patienten schon länger an den erhaltenden Maßnahmen, auch an den lebenserhaltenden Maßnahmen wie kreislaufunterstützende Maßnahmen oder Beatmung behalten haben und nochmal, sage ich mal, wenn es auch so klingt, wollten, dass nicht so schnell aufgegeben wird. Was heißt aufgeben? Also dass man jetzt, ich glaube, das liegt auch daran, dass die Patienten jetzt auch durch die Patientenverfügung, ich glaube, dass auch durch die Medien, dass sowohl die Patienten als auch die Angehörigen einfach eher da besser informiert sind glaube ich sogar als wir vor zehn Jahren.

I: Ja.

A6: Und ja, und ich glaube, da werden die Grenzen jetzt schneller gesetzt und damit wollen wir weitermachen, als im Vergleich zu meiner Assistenzzeit.

I: Haben Sie denn schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie nicht wussten, was der aktuelle Patientenwille ist? Dass Sie ihn zum Beispiel auch nicht fragen konnten, weil er sediert war?

A6: Ja, das ist häufig. Also das ist häufig. Es ist natürlich so, dass bei uns alle Patienten, wenn die auf die Intensivstation aufgenommen werden, gefragt werden, weil das eine Intensivstation ist. Es gibt welche, die schon konkret eine Patientenverfügung haben und sich auch nochmal dazu äußern können, aber es gibt natürlich welche mit Patientenverfügung, die sich nicht äußern können. Dann sprechen wir trotzdem trotz vorhandener Patientenverfügung doch mit Angehörigen auf jeden Fall. Und bei denen, wo keine Patientenverfügung da ist, dann natürlich in erster Linie mit den Angehörigen. Also es geht erstmal um Aufklärungsgespräche, es hängt vom Krankheitsbild ab. Aber das ist das, was eigentlich primär auch am Aufnahmetag geklärt wird.

I: Also schon ziemlich zeitig.

A6: Ziemlich zeitnah, ja.

I: Dass man von Vornherein weiß, wie.

A6: Ja, ja.

I: Wie es gemacht werden soll.

A6: Ja. Auch bei Patienten, die zum Beispiel sediert und intubiert sind, dass man die nicht selbst befragen kann und man sieht, dass die erstmal stabil sind, besprechen wir da trotzdem, wie der mutmaßliche Wille ist. Und das hängt natürlich, das ist dann ein Individualfall. Je nachdem, wir haben natürlich viele neurologische Erkrankungen mit der Hirnschädigung und das sind meistens vielleicht Sondersituationen zu anderen Fachbereichen.

I: Ja, das kann ich mir vorstellen. Und haben Sie denn trotz dieser Gespräche schon einmal den Eindruck gehabt, dass eine medizinische Entscheidung in die eine oder andere Richtung, nicht im Sinne des Patienten gewesen wäre?

A6: Also es gibt Situationen, wo wir, klar, es gibt Situationen, in denen wir Patienten selbst nicht fragen können und wir sehen, wo die Angehörigen am Anfang auch sagen, dass die alles wünschen und wo wir dann sehen, dass wir irgendwann mal auch medizinische an unsere Grenzen kommen. Und es kann sein, dass da manchmal Uneinigkeit mit Angehörigen besteht. Die Angehörigen wünschen weiterführende Maßnahmen, so herum, dass die wünschen und wir da eher ärztlich keine Indikation sehen. Und das ist manchmal den Angehörigen auch, je nachdem, schwer zu vermitteln, weil sie das nicht loslassen können oder wir sehen einfach, dass es für den Patienten einfach nur Verlängerung des Leidens ist.

I: Wie machen Sie das dann? Sprechen Sie dann nochmal mit den Angehörigen?

A6: Ja, ja. Und wir sprechen auch dann, natürlich hängt es auch von dem Patienten ab, aber schon täglich, manchmal mehrmals am Tag, weil sich auf der Intensivstation die Situation manchmal schnell ändern kann.

I: Haben Sie denn auch schon einmal das Ethikkomitee eingeschaltet oder eher seltener?

A6: Seltener, aber haben wir schon eingeschaltet, ja.

I: Bei so schwierigen Fällen, wo.

A6: Ja, ja. Die da sozusagen Vermittlerrolle spielen zwischen uns und Angehörigen. Das ist dann häufig nicht das Problem mit dem Patienten selbst, sondern dass sind wirklich die Angehörigen und die Patienten können wir nicht fragen.

I: Ok. Und um solche Konflikte, Probleme zu vermeiden, haben Sie ja jetzt schon gesagt, dass Sie halt wirklich gleich am Anfang bei der Aufnahme schon klären wollen, wie sozusagen in Zukunft verfahren wird.

A6: Ja, ja.

I: Haben Sie da ein Dokumentationssystem, in dem Sie das aufschreiben?

A6: Ja. Wir haben ja unser Dokumentationssystem, also ISERV-System für die Intensivstation, wo die ärztlichen Verläufe und auch die Therapien stehen, eigentlich so ein Standardprogramm, was auf allen Intensivstationen ist und da wird das dokumentiert. Da ist auch eine Leiste, wo steht: Lebenserhaltende Maßnahmen: Ja oder Nein. Und wenn, dann wird es auch konkretisiert, ob es Reanimation, ob es Intubation oder kreislaufunterstützende Maßnahmen sind.

I: Und glauben Sie, dass diese Angaben, die Sie dann machen, für die Pflege umsetzbar sind? Zum Beispiel, wenn es dann darum geht, dass der Patient zum Beispiel defibrillationspflichtig werden könnte oder reanimationspflichtig, dass die Pflege, die ist ja oft als Erste vor Ort, dass die dann weiß, dass das und das festgelegt wurde, dass sie das schnell nachschauen kann?

A6: Ob man weiterbelebt oder nicht, in einer Akutsituation wird ja immer ein Arzt hinzugezogen und ein Arzt ist auch immer da. Ob die Pflege so schnell nachschauen kann? Die werden ja auch informiert, also man ist ja in der Visite, da weiß die Pflege Bescheid. Ob die gerade, vielleicht durch Schichtwechsel gerade parat hat, wie es gerade mit dem Patienten gehandhabt werden soll, dann, weiß nicht, aber es kommt ja immer ein Arzt dazu. Und das ist eher schnell im System nachzuschauen. Das System ist immer auch offen beim Pflegepersonal, also die Maske. Und wir haben auch die Maske am Patientenbett, auch einen Computer, wo auch die Maske für den Patienten offen ist. Es kann sein, wenn man es nicht weiß, dann ja, dann kann schon sein, dass es 10-15 Sekunden dauert bis man es nachguckt.

I: Ok.

A6: Aber es kommt immer ein Arzt, am Ende ist das eine ärztliche Entscheidung.

I: Ja, ja. Und die wissen dann wahrscheinlich.

A6: Die wissen dann Bescheid, ja, ja. Auch wenn man festgelegt hat, dass der Patient nicht reanimiert werden soll und es doch zum Kreislaufeinbruch kommt, soll auch ein Arzt dazugezogen werden. Also unabhängig davon und dann wird nochmal ärztlicherseits gesagt: „Ja, das ist so festgelegt und wir werden nicht weiterbeleben.“.

I: Also finden Sie, dass diese Rubrik, die Sie dafür haben in dem digitalen System auch ausreichend für solche Dokumentationen ist, um solche wichtigen Entscheidungen festzulegen?

A6: Ja, wir haben ja erstmal eine Rubrik oben. Da steht ja ganz oben: Patientenname, Geburtsdatum und dann oben: Wiederbelebende Maßnahmen: Ja, Nein. Das ist das, was man schnell nachgucken kann. Und dann werden natürlich in den Verläufen die Gespräche mit Angehörigen auch dokumentiert. Das kann dann natürlich dauern bis man da nachguckt. Aber das Entscheidende ist das, was gleich in der Maske oben steht.

I: Was entschieden wurde.

A6: Ja.

I: Ja. Ich weiß nicht, ob Sie davon gehört haben, es wurde ja dieser Dokumentationsbogen über den Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen oder auf lebensverlängernde Maßnahmen 2012 eingeführt und den gibt es schon auf der IMC-Station, auf ein paar Intensivstationen und auch auf ein paar Normalstationen. Haben Sie von dem Bogen schon einmal gehört? Also wissen Sie, dass es den gibt?

A6: Also gehört habe ich schon.

I: Aber selber Erfahrungen noch keine gemacht?

A6: Also mit dem Bogen selbst nicht.

I: Ok. Also es sind auch noch nicht Patienten gekommen, die den zum Beispiel schon vorher hatten und.

A6: Also als Verleger von den anderen Stationen meinen Sie mit dem Bogen?

I: Ja.

A6: Nein.

I: Nein, ok.

A6: Also was ich sagen kann, ist, dass wir schon einmal eine Patientin hatten, wo wir dann aus einer anderen Abteilung die Patientin aufgenommen haben und übernommen haben, die dort längere Zeit lag und schwer betroffen war, und die ist zehn Minuten nach dem Reinfahren auf unsere Station reanimationspflichtig geworden Und der Arzt, der sie gebracht hatte, wusste nichts.

I: Achso.

A6: Ja, also scheint dieser Bogen auch nicht (Pause), ich weiß nicht, ob für diese Patientin ein Bogen angelegt war, aber natürlich, wenn wir jemanden übernehmen, der lange schon vorher auf einer anderen Station lag, fragen wir: „Ist da der mutmaßliche Wille oder wie ist das geklärt?“. Und der wusste es nicht und dummerweise ist die Patientin dann reanimationspflichtig geworden. Und dann haben wir angefangen zu reanimieren und dann haben wir die Angehörigen angerufen. Und die Tochter war selbst Ärztin, natürlich etwas vorwurfsvoll,

weil sie gesagt hat: „Ja, sie soll nicht reanimiert werden.“, das sei schon vorher festgelegt worden. Dann haben wir aufgehört. Das war, also scheint ja dieser Bogen, also wenn Sie sagen, die anderen Stationen haben das, dann.

I: Längst nicht alle, also das sind nicht alle Stationen, die den haben.

A6: Na gut, aber Intensivstationen.

I: Intensivstationen ja.

A6: Oder IMCs?

I: IMC auch, ja.

A6: Aber von da kam meine Patientin, also nicht von der Normalstation.

I: Achso, ja. Ja, das sind dann solche Fälle, wie machen Sie das, wenn Sie nicht wissen, was besprochen wurde, also wenn Sie den Willen nicht kennen, auch nicht von Angehörigen und dann akut so etwas ist? Dann macht man erstmal, oder?

A6: Ja klar, man macht. Ja, im Zweifelsfall immer machen, ja.

I: Ja Und würden Sie sich denn wünschen, dass zum Beispiel dieser Bogen, also ich weiß, Sie haben ja alles digital, Sie haben ja keine Patientenakten aus Papier mehr, und dieser Bogen, den könnte man natürlich auch digitalisieren, das wäre jetzt kein Akt, kein großer Aufwand, würden Sie sich ein einheitliches System, dass man sich meinetwegen im ganzen Krankenhaus irgendwie auf ein einheitliches System wie so etwas gehandhabt wird, einigt, dass vielleicht solche Probleme dann auch nicht mehr entstehen, wenn es zu Verlegungen kommt, würden Sie sich das wünschen? Wäre das in Ihrem Sinne?

A6: Also ich kenne jetzt den Bogen nicht so im Einzelnen. Aber was Sie mir so, wie Sie ihn mir beschrieben haben, ist es im Prinzip das, was wir auch mit den Angehörigen besprechen. Es geht nur um die Dokumentation selbst. Ja, ob es mehr Papier, noch mehr. Es mag sein, dass es dann vielleicht in Einzelfällen hilfreich ist. Ich meine, die Frage ist nur, es ist ja schon eingeführt worden oder? Und wir haben damit jetzt keine Erfahrung. Ich weiß, wir haben uns damals dagegen entschieden, weil wir das für uns einfach nochmal genauer machen, weil wir einfach nochmal Patienten mit Hirnschädigungen haben. Deshalb ist das bei uns nochmal genauer.

I: Deshalb sind Sie mit Ihrem System, das hat sich auch bewährt.

A6: Ja.

I: Da sind Sie zufrieden mit.

A6: Ja.

I: Ok.

A6: Aber klar, wenn es jetzt ein einheitlicher Bogen ist, wenn es den anderen Stationen helfen würde, ja. Also dagegen spricht nichts, nur dass es noch mehr Dokumentation ist. Ob es wirklich inhaltlich auch viel bringt, weiß ich nicht, weil wir damit keine Erfahrungen haben.

I: Ok. Dann danke ich Ihnen. Haben Sie noch eine Frage abschließend?

A6: Nein.

I: Ok. Vielen Dank.

A6: Bitte.

8.10 Kategorien, Kodierregeln und Ankerbeispiele

Tabelle 17: Kategorien, Kodierregeln und Ankerbeispiele

Kategorie	Kodierregeln	Beispiel
EaL_Pro_Uns_Konf (Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende)	Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf gewisse Maßnahmen am Lebensende • Verfügbarkeit und Interpretation von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsausweisen • Einschätzung der Prognose oder des weiteren klinischen Verlaufes des Patienten • Zeit und/oder Initiative zum Ansprechen der Thematik über Entscheidungen am Lebensende • Kommunikation mit dem Patienten, den Angehörigen und/oder dem Behandlungsteam • Kenntnis über den (mutmaßlichen) Willen des Patienten • Dokumentation des (mutmaßlichen) Patientenwillens • Rechtssicherheit getroffener Entscheidungen • Konflikte zwischen dem Patienten, den Angehörigen und dem behandelnden Personal, Konflikte innerhalb des Behandlungspersonals und/oder innerhalb der Angehörigen des Patienten • Innere Konflikte des Arztes aufgrund unzureichender oder widersprüchlicher Informationen über die Wünsche des Patienten	Also Unsicherheiten natürlich, denn bei jedem Patienten, bei dem es nicht von Vornherein in der Patientenverfügung ganz klar festgelegt ist und der dann in eine Situation kommt, wo man sich überlegen muss: „Macht man weiter Intensivtherapie oder beendet man die an einem gewissen Punkt oder eskaliert man die nicht mehr oder wie auch immer.“. (A3, Z. 13-17)

Kategorie	Kodierregeln	Beispiel
EaL_Kons (Konsequenzen der Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende)	Konsequenzen der Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende • Eingesetztes intensivmedizinisches Therapiespektrum • Nicht den (mutmaßlichen) Wünschen des Patienten entsprechende Entscheidungsfindung	Aber manchmal kommt es dann ja doch zu Situationen, dass ein Patient sehr, sehr krank ist und man aus ärztlicher Sicht eigentlich keine lebensverlängernden Maßnahmen angediehen lassen möchte, um eben das Leiden nicht zu verlängern, wenn es von Vornherein klar ist, dass man sein Leben damit auch nicht mehr großartig verlängern kann, Angehörige aber doch sehr, sehr gerne noch möchten, dass man alles unternimmt von intensivmedizinischer Seite. (A3, Z. 39-44)
EaL_Strat (Strategien zur Vermeidung von Problemen, Unsicherheiten und/oder Konflikten bei Entscheidungen am Lebensende)	Strategien zur Vermeidung von Problemen, Unsicherheiten oder Konflikte im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf gewisse Maßnahmen am Lebensende Informelle Strategien • Gespräche mit dem Patienten und/oder den Angehörigen • Besprechung/Kommunikation von Entscheidungen im Team Formelle Strategien • Beratung durch das KEK • Initiierung der Einrichtung eines gesetzlichen Betreuers zur Eruierung des mutmaßlichen Patientenwillens • Einsatz der „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ • Einsatz alternativer Formen/Formulare der Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf gewisse Maßnahmen	Und wenn wir es dann nicht wissen, dann versuchen wir natürlich, mit den Angehörigen zu sprechen und wir stellen hier auch niederschwellig die Indikation, Patienten gerichtlich betreuen zu lassen in Gesundheitsfragen und versuchen dann halt, mit dem dann eingerichteten gesetzlichen Betreuer eben den mutmaßlichen Willen zu eruieren. (A5, Z. 41-45)

Kategorie	Kodierregeln	Beispiel
Bog_Vor (Dokumentationssysteme vor der Einführung des Dokumentations-bogens, Vergabe der Kategorie ausschließlich bei Personal der Stationen mit eingeführtem Dokumentationsbogen)	• Dokumentation von Entscheidungen über den Verzicht auf medizinische Maßnahmen am Lebensende vor der Einführung des Dokumentationsbogens • Unterschiede zwischen der vorherigen Dokumentationsform und dem Bogen • Vor-/Nachteile des Bogens im Vergleich zu den vorherigen Formen der Dokumentation	Und dann haben wir wahrscheinlich Gespräche, doch, aber, wie gesagt, das war also, wahrscheinlich war es so, also soweit ich mich erinnere, auf der Kurve umseitig, also wenn man, wir haben ja im Gegensatz zu anderen Intensivstationen noch nichts elektronisch, sondern wir schreiben ja wirklich noch auf Papier und wenn man diesen Bogen umdreht, wo die Pflege die Medikamente aufschreibt, dann haben wir das, dann meine ich, hätte man das da auch dokumentiert, aber sicherlich nicht so dezidiert wie in dem Bogen. (A4, Z. 49-55)
Bog_Ken (Kenntnis über die Existenz und die Inhalte des Dokumentationsbogens)	• Kenntnis über die Existenz des Dokumentationsbogens • Kenntnis der Inhalte des Dokumentationsbogens	Wir haben ja hinten auch extra nochmal ein Textfeld, wo man extra nochmal explizit aufschreibt, was mit den Angehörigen besprochen worden ist, mit wem man es besprochen hat und, wie gesagt, man hat dann noch einzelne Sachen zum Ankreuzen, also ich denke, es ist ganz gut. (A1, Z. 80-83)
Bog_Einf (Angaben zur Einführung in die Handhabung des Dokumentationsbogens, Vergabe der Kategorie ausschließlich bei Personal der Stationen mit eingeführtem Dokumentationsbogen)	• Einführung in die Handhabung des Bogens im Jahr 2012 • Einführung neuer Kollegen auf Stationen mit eingeführtem Dokumentationsbogen in dessen Handhabung • Form der Einführung neuer Kollegen in die Handhabung des Bogens oder automatisches Kennenlernen des Dokumentationsbogens	Und die jungen Kollegen bekommen eben bei uns eine Kurzeinführung von dem Bogen, aber die ausführliche Einführung, die damals gegeben worden ist, ist nicht mehr da. (A1, Z. 94-96)
Bog_Notf (Der Dokumentationsbogen als Instrument zur Handlung im Notfall)	• Nachvollziehbarkeit des Vorliegens des Bogens beim Patienten (im Notfall) • Eindeutigkeit der Formulierungen des Bogens • Klarheit und Umsetzbarkeit der Anweisungen des Bogens im Notfall	Eigentlich schon. Einfach halt verbunden mit gewisser Erfahrung des Arztes oder Ärztin, wo die einfach halt anhand des Bogens schon einfach eine Entscheidung treffen können, würde ich sagen, ja? (A2, Z. 149-151)

Kategorie	Kodierregeln	Beispiel
Bog_Ausw (Auswirkungen des Dokumentationsbogens auf Probleme, Unsicherheiten und/oder Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende)	Auswirkungen des Dokumentationsbogens auf die Probleme, Unsicherheiten oder Konflikte bei der Frage nach dem Verzicht auf gewisse Maßnahmen am Lebensende • Auseinandersetzung mit der Thematik des Verzichts auf bestimmte Maßnahmen am Lebensende • Präsenz der Thematik der Entscheidung über den Verzicht auf gewisse Maßnahmen im klinischen Alltag • Einhaltung des (mutmaßlichen) Patientenwillens • Dokumentation getroffener Entscheidungen • Überprüfung getroffener Entscheidungen durch Gegenlesen und die Unterschrift eines Facharztes oder eines Oberarztes sowie durch Reevaluationen • Kommunikation/Besprechung der Entscheidungen innerhalb des Behandlungsteams • Weisung (unerfahrenerer) Ärzte zu Handlungen • Rechtssicherheit getroffener Entscheidungen • Umsetzung der im Bogen getroffenen Entscheidungen	Es ist ja oft so, dass man, wenn man nicht gezwungen ist, sich mit solchen Sachen zu beschäftigen, ist es dann so, dann kommt es zu so einer Situation, dann steht man so ein bisschen doof da und allein das ist ja schon eine sehr gute Sache, finde ich, von diesem Bogen, weil man sich von Vornherein ja auch schon Gedanken macht: „Gibt es eventuell Therapieeinschränkungen?“, was ja viele Leute haben, muss man auch sagen. (A4, Z. 100-104)
Bog_Org (Umgang mit dem Bogen auf Stationen ohne Einsatz des Dokumentationsbogen)	• Akzeptanz und Umsetzung im Bogen getroffener Entscheidungen auch auf Stationen, die den Bogen nicht in den klinischen Alltag integriert haben • Übernahme des Bogens bei der Übernahme des Patienten auf eine andere Station • Gültigkeit des Bogens auf Stationen ohne Dokumentationsbogen bei Verlegung des Patienten	Aber natürlich, wenn jemand damit kommt, der zum Beispiel auf der IMC-Station liegt oder ein Patient, der so etwas hat, das wird von uns natürlich übernommen, wird in der Akte abgeheftet und quasi auch in unserem System vermerkt: „Das und das sollte man quasi einfach halt.“ (A2, Z. 136-139)

Kategorie	Kodierregeln	Beispiel
Bog_Verb (Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer Umgestaltung oder einer veränderten Nutzungshäufigkeit des Dokumentationsbogens)	Angaben zur Strukturierung des Bogens und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gestaltung des Bogens • Entscheidende Punkte zur Dokumentation von Entscheidungen über den Verzicht auf bestimmte Maßnahmen im Bogen enthalten? • Raum für patientenspezifische Ergänzungen auf dem Bogen • Ergänzung der auf dem Bogen ankreuzbaren Maßnahmen • Notwendigkeit des Gegenlesens und der Unterschrift eines Facharztes oder eines Oberarztes auf dem Bogen • Separate Dokumentationsmöglichkeit für das behandelnde Pflegepersonal auf dem Bogen Angaben zur Häufigkeit der Inanspruchnahme des Bogens auf der jeweiligen Station sowie Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit des Bogens • Nutzungshäufigkeit des Bogens auf der eigenen Station und diesbezügliche Verbesserungsvorschläge • Nutzungshäufigkeit des Bogens auf anderen Stationen und diesbezügliche Verbesserungsvorschläge • Motivation, die Einführung des Bogens auf anderen Stationen zu befürworten • Angaben zu Stationen, auf denen die Einführung des Bogens sinnvoll erscheint	Ich würde vielleicht ergänzen, dass man auch einfach halt die Pflege, wie gesagt, mit in die Entscheidung beziehen soll, ja? Einfach halt auch vielleicht da involvieren soll, ja? Ich muss mir überlegen, wie man das hier formulieren soll, ja, wie man sagen soll: „Die Pflege und so weiter.“. Die ist, denke ich, in dem Fragebogen auch wichtig, muss einfach unbedingt quasi berücksichtigt werden, ja? (A2, Z. 236-240)

Kategorie	Kodierregeln	Beispiel
Bog_Her (Über den Dokumentationsbogen hinausgehende Herausforderungen, Probleme und Wünsche)	Über den Bogen hinausgehende Herausforderungen, Probleme und Wünsche im Umgang mit der Frage nach dem Verzicht auf gewisse Maßnahmen am Lebensende • Kommunikative Herausforderungen trotz eingeführtem Dokumentationsbogen • Grenzen des Bogens im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende • Wünsche für den zukünftigen Umgang mit Entscheidungen am Lebensende	Und der Familie vielleicht auch sagen: „Bitte machen Sie sich vielleicht Gedanken, weil wir es jetzt noch geschafft haben einfach mit der IMC-Station.“. Man musste einfach diese Frage noch nicht angehen: „Soll man das eskalieren?“. Aber für die Zukunft sollte man vielleicht die Leute auch ansprechen. Nicht jeder beschäftigt sich einfach gern mit seinem Tod oder irgendwie mit dem Tod seines Familienangehörigen. Ja, das ist einfach halt das Problem. (A2, Z. 203-208)
Alt_Sys (Angaben zu einem alternativen Dokumentationssystem zum Bogen, Vergabe der Kategorie auch bei Stationen mit eingeführtem Dokumentationsbogen)	Angaben zu einem zum Bogen alternativen Dokumentationssystem auf der jeweiligen Station • Im alternativen System dokumentierte Inhalte • Angemessenheit des alternativen Systems zur ausreichenden Dokumentation getroffener Entscheidungen • Vergleich der Inhalte der alternativen Dokumentationsform mit denen des Bogens • Grad der Detailliertheit und Ausführlichkeit der alternativen Dokumentation im Vergleich zum Bogen • Umsetzbarkeit der Formulierungen und Anweisungen des alternativen Dokumentationssystems im Notfall in entsprechende Handlungen • Kommunikation/Besprechung der Entscheidung über den Verzicht auf gewisse Maßnahmen im Team • Rasche Nachvollziehbarkeit getroffenen Entscheidungen für Ärzte und Pfleger?	Also ich finde schon. Wir schreiben es mittlerweile relativ genau auf, was wir mit den Angehörigen besprochen haben und gerade wenn es um detailliertere Entscheidungen geht. (A5, Z. 103-104)

Kategorie	Kodierregeln	Beispiel
Ohne_Erf (Erfahrungen mit dem Bogen auf Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen, Vergabe der Kategorie ausschließlich bei Personal von Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen)	Angaben zu Erfahrungen mit dem Bogen auf Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen • Verlegung von Patienten mit ausgefülltem Bogen auf Ihre Station • Erfahrungsberichte über den Dokumentationsbogen von Kollegen	Also ich weiß, dass manche Innere Abteilungen den halt einsetzen, aber ich habe mich da jetzt mit den Kollegen noch nicht drüber unterhalten, ehrlich gesagt. (A5, Z. 145-146)
Ohne_Einf (Vorstellbarkeit der Einführung des Bogens auf Stationen ohne implementierten Bogen, Vergabe der Kategorie ausschließlich bei Personal von Stationen ohne eingeführten Dokumentationsbogen)	Angaben zur Vorstellbarkeit, den Bogen auch auf Stationen ohne implementierten Bogen, einzuführen • Ertrag einer klinikweit einheitlichen Form der Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf gewisse Maßnahmen • Schwierigkeiten einer Einführung des Bogens auf Stationen ohne implementierten Bogen	Also einerseits würde sich, ja, fügt er sich ein bisschen schlecht sozusagen in dieses Computersystem hier ein. (A5, Z. 152-153)

8.11 Kodierung der Interviews

Kategorie	Textstellen
EaL_Pro_Uns_Konf	Gut, wir haben damals zusammen mit Herrn (Name entfernt) diesen Bogen entwickelt. Da war noch unsere Pflegeleitung, die Frau (Name entfernt), involviert, es war die Pflegeleitung der 1022 involviert und wir haben zusammen diesen Bogen entworfen, weil es immer schwierig war, am Ende mit dem Patienten und auch mit den Angehörigen zu kommunizieren, was wir denn machen, wie weit wir denn gehen wollen. (A1, Z. 5-9) Es sind teilweise auch natürlich viele ältere Herrschaften und man weiß nicht, wie man weitergehen soll. Oben auf Station wird häufig nicht gefragt Wie möchte ich denn, dass mit mir umgegangen wird? Wie möchte ich denn behandelt werden, wenn es zu einer Komplikation kommt, wenn es zu einem Problem kommt? Und dann sind wir halt im Zugzwang. (A1, Z. 10-14) Wir haben hier jemanden liegen, einen 88-jährigen zum Beispiel, der schwer erkrankt ist, der vielleicht auch bestimmte Wünsche hat, die er aber nicht mehr selbst vorbringen kann. (A1, Z. 14-16) Ja, ja, da traten schon Probleme auf. Wir können das Beispiel noch nehmen, eine 88-jährige Dame liegt zum Beispiel auf Station. Sie hat vielleicht geäußert, keine Wiederbelebung haben zu wollen, es ist aber nirgendwo dokumentiert worden. Oder die Angehörigen haben vielleicht auch gesagt: „Wir wollen nicht, dass unsere Mutter wiederbelebt wird.“. Und dann ist aber das Problem, dass der Notfall eintritt, der Nachtdienst oder diensthabende Arzt da ist und dann nicht weiß, was er machen soll. Er hört es vielleicht von einer Schwester, wenn es übergeben worden ist. Wenn es nicht übergeben worden ist, weiß er davon gar nichts und fängt an zu reanimieren. Und die Patientin kommt dann hier runter zu uns und wir sollen dann natürlich die Therapie fortsetzen. Und dann kommen nach einer halben Stunde oder Dreiviertelstunde die Angehörigen und sagen: „Das war doch nie gewünscht worden.“. Das war ein Problem. (A1, Z. 22-32) Es gab auch Übergabeprobleme vom Tag- zum Nachtdienst oder umgekehrt, es ist teilweise vergessen worden, Dinge weiterzugeben. Sie müssen überlegen, eine Normalstation hat eine Besetzung von 8-16 Uhr, danach kommt ein Dienst, der den Patienten eben nicht so gut kennt, weil er eben nur für die Hausprobleme zuständig ist und dann kommen ja meistens die Probleme, abends oder in der Nacht. Und dann steht der Kollege oder die Kollegin da und weiß eben nicht, wie sie weitermachen soll. (A1, Z. 37-42)

Kategorie	Textstellen
	Ja, wir haben teilweise mitbekommen, dass halt danach dann die Angehörigen, nachdem man sie dann erreicht hatte, der Notfall vorbei war und man Zeit hatte, jetzt die Angehörigen anzurufen, sagten: „Das hat mein Angehöriger nie gewollt. Der hat ganz klar gesagt: „Ich möchte nicht an Maschinen hängen, ich möchte nicht auf die Intensivstation, ich möchte nicht wiederbelebt werden.“.“. Das war das Hauptproblem, das wir teilweise hatten. Und man wusste es teilweise nicht oder es ist nicht kommuniziert worden, es ist nicht aufgeschrieben worden. Das waren die Probleme. (A1, Z. 51-57) Was immer mal wieder vorkommt, ist, dass der Patient eine Patientenverfügung, eine Bevollmächtigung oder einen Betreuer hat. Da ist es manchmal schwierig, die Unterlagen zu bekommen. Teilweise hat der Patient einen Betreuer oder vielleicht einen Bevollmächtigten, aber die Problematik ist, dass diese Sachen meistens nicht da sind. Die liegen irgendwo, die Angehörigen wissen nicht, wer sie hat. Teilweise liegt es dann irgendwo zu Hause und keiner kommt herein. Das ist eher ein Problem mit den Patienten, dass die es vielleicht doch eher gleich mitbringen sollten. Oder die Angehörigen wissen, wo sie sind, weil das sonst auch ein großes Problem ist. Wir haben dann ja hier die Tochter, die sagt, die Mutter habe sie eingesetzt, aber wir haben es halt nicht schriftlich. Und dann müssen wir halt doch den Weg über das Gericht gehen. Einfacher wäre es, wenn wir es von Anfang an da hätten. Ich glaube, da wäre mehr Vigilanz für die Angehörigen und die Patienten zu Hause, dass sie es einfach direkt mitbringen. (A1, Z. 109-122) (I: Und traten denn in der Vergangenheit im Laufe Ihrer klinischen Tätigkeit hier Probleme, Konflikte, Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auf?) Probleme, ja. Natürlich würde ich sagen nicht immer mit dem, was Patienten oder was die Angehörigen betrifft, aber Konflikt zwischen den Ärzten und Personal. Das heißt, die Ärzte haben eine andere Meinung als die Pflege. Das heißt, die Pflege war manchmal gegen eine Wiederbelebung, das heißt, die haben gesagt: „Es hat doch keinen Sinn, wir haben auch eine Erfahrung.“ und die Ärzte waren immer noch der Meinung, man kann noch diesen letzten Schritt wagen und dann vielleicht diesen Verzicht und so weiter einfach doch initiieren. Aber quasi so Probleme mit dieser Entscheidung? Ich würde jetzt nicht sagen, dass es große Probleme gab. (A2, Z. 13-20) Wenn jemand kommt und ist noch nicht intubiert zum Beispiel, ist einfach schwer eingeschränkt von der Lungenfunktion, dann muss man manchmal einfach halt relativ schnell entscheiden. Wir haben einfach manchmal nur begrenzte Patientendaten, Patientenakten. (A2, Z. 26-29)

Kategorie	Textstellen
	Mit der Entscheidung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) manchmal quasi halt interne Konflikte, die konnte man in den Gesprächen, wir haben auch manchmal Gespräche mit der Pflege, mit den Ärzten dann klären, ja? Aber, wie gesagt, dass man so große Probleme hatte mit dieser Fragestellung, würde ich jetzt nicht behaupten. (A2, Z. 38-41) Natürlich. Das gibt natürlich Fälle, wo man quasi nicht einfach abschätzen kann. Wie war die Lebensqualität von dem Patienten? (A2, Z. 47-48) Wie gesagt, ein Problem sehe ich manchmal auch darin, dass es viele Patienten gibt, die aus den Pflegeeinrichtungen kommen, wo keiner etwas weiß. Der liegt da mit 90 Jahren, ist zum Beispiel auch tracheotomiert und ist einfach halt schwer krank gewesen, hat auch manchmal keine Familienangehörigen und gar keine Patientenverfügung. Keiner weiß, was sie haben und die lagen natürlich bei uns, da ist die Frage einfach schon gegeben, ja? Was muss ich da machen? Das habe ich. (A2, Z. 50-55) (I: Wussten Sie denn schon einmal nicht, was der Patient sozusagen wünscht? Welche Maßnahmen gewünscht sind und welche nicht? Also von Patientenseite, von Angehörigenseite aus?) Das sieht man. Aber nicht so häufig, sage ich. Ich würde sagen, das betrifft, wie gesagt, häufig Patienten, die einfach allein im Leben stehen, ja? In dem Pflegeheim einfach jemand, der seit Jahren allein lebt und keine Familie hat. (A2, Z. 57-59) (I: Haben Sie denn schon einmal das Gefühl gehabt, dass, wenn Sie jetzt zum Beispiel. Wie Sie eben gesagt haben, einen Patienten aus dem Pflegeheim haben, von dem Sie halt nichts Genaueres wissen und sich dann erstmal für eine volle Therapie sozusagen entscheiden, das Gefühl gehabt, dass Entscheidungen gefällt worden sind, die vielleicht nicht im Sinne des Patienten waren, die er sich vielleicht nicht so gewünscht hätte?) Das kann passieren, es kann gut sein, das passiert häufig manchmal auch später, in der Nacht oder beim Spätdienst, wenn manchmal nicht die erfahrensten Kollegen da sind, ja? Wenn da nicht junge Ärzte, aber einfach halt jüngere Ärzte sind, da sage ich einfach halt so, dass man einfach nach Unsicherheit einfach doch entscheidet, obwohl man weiß: „Ja, mmhh..“. Man hat einfach Angst, etwas falsch zu machen, wenn man den Patienten quasi einfach jetzt nicht intubiert, nicht reanimiert, dass dann später jemand kommt und uns verklagen will oder so, das ist einfach die Angst. (A2, Z. 97-104)

Kategorie	Textstellen
	Und da kommt dann auch der Konflikt, wenn Familienangehörige einfach halt manchmal sagen: „Ja, Sie können sofort alles ausschalten, ja?“, das heißt, Maschinen einfach halt ausstellen, Medikamente. Das ist einfach halt eine ganz andere Sache. Das waren manchmal Themen bei uns, dass man das auch einfach halt per Gericht quasi dann entscheiden musste. Das Problem ist einfach halt, wenn man Familien hat, wo die Tochter sagt: „Ja, ich will alles.“, aber der Sohn sagt: „Nein. Ich will einfach halt nicht alles haben.“. Ja? (A2, Z. 109-114) Genau, wo man den Patienten nicht fragen kann oder die kennen einfach halt nicht immer die Konflikte in der Familie, ja? Ich weiß nicht, was da der Vater oder die Mutter, die momentan da im Schlafkoma liegt, was die für ein Verhältnis hatten, wer hat jetzt Recht, ja? (A2, Z. 116-118) Und das kommt selten vor, dass einfach die Einen sagen: „Bitte einfach alles machen.“ und die Anderen sagen: „Wenn Sie das machen, verklage ich Sie.“. Und dann sagt der Andere einfach halt: „Ne, einfach bitte einfach alles ausschalten. Wenn Sie das nicht machen, verklage ich Sie.“. (A2, Z. 119-122) Das zu fragen (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen), ja, das ist häufig einfach halt vergessen, ja, weil das ein Thema ist, es ist kein Tabu, aber es ist ein schwieriges Thema, wenn man jemanden nach dem Tod fragt: „Was wollen Sie oder was wollen Sie nicht?“ (A2, Z. 183-185) Nicht jeder beschäftigt sich einfach gern mit seinem Tod oder irgendwie mit dem Tod seines Familienangehörigen. Ja, das ist einfach halt das Problem. (A2, Z. 206-208) Das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Thema des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen) ist einfach auf der IMC-Station oder auf der Normalstation was anderes. Da ist, denke ich, das nicht, sage ich, so ein Alltagsthema, was es vielleicht denke ich auch sein sollte, ja. (A2, Z. 232-234) Und da steht auch diese Frage der Patientenverfügung, das ist natürlich so, dass man diese im Internet hat, diese allgemeine Patientenverfügung. Das ist einfach halt das Problem einfach, dass viele dieses Allgemeine haben, wo steht: „Wenn einfach halt keine Aussicht besteht, dass die Erkrankung.“, sowas, das ist immer so schwammig formuliert. Ich kann es natürlich auch nicht von den Laien erwarten, die mir einfach halt sagen: „Ja, wenn mein Blutdruck unter 60 ist oder meine Blutgase so sind, lassen Sie mich einfach bitte jetzt in Ruhe.“: Aber das sind solche Entscheidungen, wo die Patientenverfügung uns nicht so richtig hilft. Wir sagen einfach, wenn wir diese Klassische aus dem Internet sehen, ja:

Kategorie	Textstellen
	„Aha, das ist die Klassische.“, da sagt jeder: „Aha, ah, das kenne ich, ja, da ist nichts so richtig.“. Die kann man einfach halt nicht für die Entscheidung verwenden. Ich sage, sie ist so schwammig formuliert: „Ja, kann, muss nicht sein.“, da muss man sich einfach selber damit befassen und quasi dann auch letztendlich einfach halt diese Fragen beantworten, ja? (A2, Z. 262-273) […] Das heißt, dass diese Patientenverfügung einfach halt nicht immer. (A2, Z. 275) […] Ja, aussagekräftig ist, sie ist einfach nur allgemein. (A2, Z. 277) Wie entscheide ich jetzt einfach in diesen Grenzfällen, wo es einfach Fälle gibt, wo die Ärzte gegen den Willen des Patienten entscheiden, ja? Aus Angst vielleicht, ja? Oder aus Unsicherheit, ja? (A2, Z. 284-286) Was ich jetzt sagen wollte: Wenn er eine klare Patientenverfügung hat, es gibt auch, wie gesagt, Patienten, die sagen einfach: „Ich will einfach nichtinvasive Beatmung, das heißt mit Maske Beatmung, aber ich will keine Intubation. Ich will, dass sie mich reanimieren, aber nur mit Medikamenten, keine Herzdruckmassage.“. Das ist etwas, was ich einfach immer akzeptiere, respektiere, das wird auch umgesetzt. Aber einfach diese klassische Patientenverfügung, wo drin steht: „Ja, wenn es keine Aussicht.“. Das ist immer so, das kann man zu dem Zeitpunkt nicht immer sagen, ja? Wenn jemand kommt, ist schwer krank, hat eine Pneumonie, kann ich nicht einfach jetzt ganz klar entscheiden: „Es besteht einfach halt keine Chance, dass der Patient besser wird.“, das ist das Problem. Das sehen Sie manchmal nach zwei, drei Tagen. (A2, Z. 287-296) […] Aber wir können nicht immer zu dem Aufnahmezeitpunkt einfach diese Aussage treffen, die einfach halt quasi konform wäre mit dem Patienten, mit der Patientenverfügung, ja? (A2, Z. 300-301) Also Unsicherheiten natürlich, denn bei jedem Patienten, bei dem es nicht von Vornherein in der Patientenverfügung ganz klar festgelegt ist und der dann in eine Situation kommt, wo man sich überlegen muss: „Macht man weiter Intensivtherapie oder beendet man die an einem gewissen Punkt oder eskaliert man die nicht mehr oder wie auch immer.“. Da ist natürlich eine Unsicherheit, die lässt sich hier gar nicht vermeiden. (A3, Z. 13-18) (I: Wussten Sie denn schon einmal in Situationen nicht, was vom Patienten gewünscht ist oder was nicht gewünscht ist?) Ja, ganz häufig, ganz häufig. Also entweder, weil der Patient selber sich nicht äußern konnte aufgrund seiner Erkrankung halt, oder manchmal auch, wenn der Patient sich zwar äußern konnte, aber seinen Willen nicht so klar darlegen konnte, wie man das jetzt gerne hätte als Arzt. Oder zum Beispiel auf eine Patientenverfügung verwiesen hat, die unklar formuliert war, oder die so formuliert ist, wie die meisten Patientenverfügungen nun einmal formuliert sind, kennen Sie ja. „Im Falle einer unausweichlichen Hirnschädigung oder so möchte ich keine lebensverlängernden Maßnahmen.“

Kategorie	Textstellen
	Und dann steht man ja immer als Arzt vor dem Konflikt: „Naja, ja, woher weiß ich denn, ob das jetzt unausweichlich ist oder ob die Krankheit heilbar ist oder nicht?“. Wenn ich das von Vornherein wüsste, müsste ich ihn auch nicht reanimieren, aber man weiß es nun einmal nicht. (A3, Z. 26-35) Nochmal kurz zu der Frage davor, also Konflikte sind wahrscheinlich schon aufgetreten, auch wenn ich die jetzt vielleicht nicht mehr als solche im Kopf habe. Aber manchmal kommt es dann ja doch zu Situationen, dass ein Patient sehr, sehr krank ist und man aus ärztlicher Sicht eigentlich keine lebensverlängernden Maßnahmen angedeihen lassen möchte, um eben das Leiden nicht zu verlängern, wenn es von Vornherein klar ist, dass man sein Leben damit auch nicht mehr großartig verlängern kann, Angehörige aber doch sehr, sehr gerne noch möchten, dass man alles unternimmt von intensivmedizinischer Seite. Also da muss ich mich ein bisschen korrigieren, gab es doch manchmal ansatzweise zumindest Konflikte, ja? Also nichts, was irgendwie eskaliert wäre, aber an sich unterschiedliche Meinungen. (A3, Z. 37-46) (I: Haben Sie denn schon einmal nicht gewusst, welche lebensverlängernden Maßnahmen vom Patienten gewünscht waren?)Also ich kann mich jetzt an keine konkrete Situation erinnern ehrlich gesagt, weil in der letzten Zeit, also in den letzten Jahren war das immer so, dass wir diesen, wir haben den Bogen ja auch, wir benutzen den ja sehr viel. Aber mit Sicherheit war es in der Vergangenheit mal so, dass es nicht ganz klar war, bin ich mir relativ sicher. Aber ich kann mich jetzt an keine, tut mir leid, ich kann jetzt keine, ich kann jetzt kein konkretes Beispiel nennen, aber mit Sicherheit war es damals sehr viel häufiger so. (A4, Z. 69-74) Das fängt ja meistens schon zu Hause an, also viele Leute werden ja vom Notarzt intubiert oder reanimiert, obwohl sie eine Patientenverfügung haben, wo sowas drinsteht, nur in der Notfallsituation wird natürlich der Notarzt gerufen. (A4, Z. 88-90) Und im Notfall ist es ja auch oft so, dass die Leute dann auch, die Angehörigen aufgeregt sind, Angst haben, sich Sorgen machen und dann auch so schnell die ganzen Sachen nicht finden. (A4, Z. 93-95) Auch wenn wir morgens bei der Visite durchgehen, ich finde, das ist etwas, was oft, auch wenn der Patient alt ist, viele Leute sind mit 80 ja heutzutage auch noch topfit, ne? Dann ist es trotzdem schwierig, finde ich, auch als Arzt manchmal zu sagen: „Ok, das und das soll jetzt nicht gemacht werden.“, auch wenn man für sich selber vielleicht sagt: „Ah, ich würde das alles nicht wollen.“. Wer weiß, wie das dann ist, wenn man selber 80 ist und noch fit und im Leben steht, ne? (A4, Z. 140-146)

Kategorie	Textstellen
	Also alle Behandelnden von den Patienten, weil, wie gesagt, das ist, auch wenn der Patient alt ist, ist nicht immer so einfach, da irgendwas festzulegen: „Soll gemacht werden, soll nicht gemacht werden.“, also, ist oft schwierig. (A4, Z. 313-315) Aber leider ist es so, worüber ich mich auch immer wieder wundere, dass die Hausärzte so wenig festlegen, weil, wie gesagt, wenn ein alter, multimorbider Patient im Pflegeheim keine Luft kriegt, dann rufen die den Rettungsdienst und dann ist der Patient intubiert. Was soll man auch anderes machen als Notarzt? Und da wundere ich mich ehrlich gesagt immer so ein bisschen. Wir haben jetzt auch wieder einen Patienten, 86 Jahre alt, multimorbide, bettlägerig, „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ steht in der Kurve da von dem Heim: „Nicht bekannt.“: Warum kann man es nicht vorher klären? Das finde ich halt schade, weil, da könnte man, da muss man sagen, den Patienten auch schon einiges ersparen, was sie eben nicht möchten. (A4, Z. 331-339) Naja, es gibt ja jetzt neue Reanimationsleitlinien, ne? 2015, wo ein eigenes Kapitel ist, wo quasi bei Patienten möglichst erkannt werden soll, wenn derjenige schwer krank ist, dass man möglichst einen Intensivaufenthalt vermeidet oder rechtzeitig erkennt und dann soll da ein speziell geschultes Team hin und man sollte halt auch Patienten identifizieren, die eine Wiederbelebung und eine Beatmung und einen Intensivstations-aufenthalt nicht möchten. So, das wurde von der Anästhesie groß vorgestellt und ich habe mich die ganze Zeit gefragt: „Ah? Warum nicht einfach die Patienten fragen?“. Ich war in Seesen mal im Krankenhaus, da wurden die Patienten viel offener nach sowas gefragt meinem Emp-finden nach. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und so weiter. Und wir hatten dann eine Besprechung wegen der Organisation von diesem Hausdienst hier, also Zentrum Innere Medizin, wo das auch so ein bisschen angesprochen wurde, ja? Soll man denn jeden Patienten nach einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung fragen? Das Problem ist bloß, dass viele Patienten auf Normalstationen, man kann glaube ich nicht alle ab einem gewissen Alter fragen: „Haben Sie eine Patienten-, haben Sie eine Vorsorgevollmacht? Wollen Sie, dass irgendwas nicht gemacht wird?“. Die armen Patienten. Die kriegen ja wahrscheinlich auch Angstzustände, wenn die sowas gefragt werden, wenn die für eine elektive Herzkatheteruntersuchung zum Beispiel kommen, ne? Das sind ja auch oft ältere Leute, ich glaube, das ist ehrlich, ich weiß nicht, wie man das realisieren soll. Ich glaube ehrlich gesagt, dass ist so ein bisschen auch Hausarztsache, also bei so alten, multimorbiden Patienten frage ich mich manchmal, warum der Hausarzt im Vorfeld nicht vorher mehr festlegt, ganz ehrlich. (A4, Z. 346-365) Aber es ist natürlich so, wenn da jemand ist, ein Berufsanfänger, der irgendwie zehn Aufnahmen hat, der hat irgendwie natürlich weder Zeit, noch Muße, sowas zu besprechen. Das ist ja eigentlich total wichtig, aber auf jeden Fall. (A4, Z. 374-376)

Kategorie	Textstellen
	(I: Und gab es denn in Ihrer Tätigkeit als Arzt, insbesondere auch als Intensivmediziner schon einmal Situationen, wo Konflikte, Probleme, Unsicherheiten in Bezug auf die Frage nach Wiederbelebung aufgetreten sind?) Ja, die treten, eigentlich treten die ständig auf, gerade in der neurologischen Medizin, vor allem in der Intensivmedizin. (A5, Z. 13-14) […] Also wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht klar eruiert werden kann und der Patient auch keinen erklärten Patientenwillen mitbringt in Form einer Patientenverfügung und der Patient jetzt zum Beispiel schwere Komorbiditäten hat und hat noch ein schweres, ja, Hirnproblem, sagen wir mal einen Schlaganfall, der wahrscheinlich zu einer hochgradigen Behinderung führt, dann ist immer wieder die Frage: „Ist es jetzt medizinisch noch indiziert, diesen Patienten wiederzubeleben oder nicht im Fall der Fälle?". Das führt häufiger zu Konflikten. (A5, Z. 17-23) […] Was ethisch dann auch korrekt ist. (A5, Z. 25) Aber es gibt halt so Grenzfälle, wo der Patient schwer behindert sein wird, schwer erkrankt, aber nicht infaust. Da ist es dann doch schwierig (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) (A5, Z. 40-41) Und das führt (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens) aber auch manchmal zu Konfliktsituationen natürlich zwischen Ärzten und den Betreuern und vor allen Dingen auch intrafamiliär, wenn verschiedene Angehörige dazukommen. (A5, Z. 45-47) (I: Haben Sie den Eindruck, dass in diesem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen getroffen worden sind, die nicht im Sinne des Patienten gewesen wären?) Ja. Häufig. Also, was heißt häufig? Also es kommt schon vor, es ist dann immer schwierig, da seine eigene Auffassung dann sozusagen auch zurückzuhalten, weil es dann ja nicht um meine eigene Meinung geht oder um die Meinung des Pflegeteams, sondern eigentlich primär um den Patientenwillen. Aber es gibt ja schon Situationen, wo Angehörige ihren eigenen Willen mit dem wahrscheinlich vorhandenen Patientenwillen verwechseln, das erfährt man dann immer noch von anderen Angehörigen: „Ja, der Patient hat doch das und das und das gesagt.", aber der betreuende Angehörige sagt: „Ich will das und das und das.", weil der Patient das so wollen würde. Und das gibt einem dann manchmal ein ungutes Gefühl. (A5, Z. 50-58) Was heißt jetzt irgendwie beatmet, Patient will nicht beatmet werden für eine kurze Zeit, für, wenn es reversibel ist, woher weiß ich, dass eine Pneumonie reversibel ist oder, ja, das ist immer total schwierig zu sagen. (A5, Z. 81-83)

Kategorie	Textstellen
	(I: Und vor allem, weil sich hier wahrscheinlich auch die Situation stündlich oder täglich vielleicht auch ändern, weil der Patient.) Genau, das ändert sich schnell. Genau. Und das ist halt anders als auf anderen Intensivstationen. Was erschwerend dazukommt, ist, dass die Patienten halt auch eine Hirnschädigung haben, die dann auch sozusagen, ja, eine Behinderung verursacht oder die eigene Wahrnehmung beeinflusst. Und man kann halt auch schwer sagen, was die Patienten zum Beispiel mit, ja, Patienten mit einem schweren Schlaganfall, die hemikraniektomiert werden müssen, die eine Sepsis überlebt haben, danach für eine Lebensqualität haben? Wenn sie dann halbseitig gelähmt vielleicht zu Hause sitzen, es stellt sich jeder ganz schrecklich vor, aber für den Patienten ist es vielleicht total wesentlich, dass er seine Enkel aufwachsen sieht. Also ich denke, das können wir halt schlecht beurteilen. Man hat aus ärztlicher oder behandelnder Sicht halt so ein Gefühl darüber, was das jetzt für den Patienten bedeutet, aber, ja, letztendlich kann einem das keiner sagen. Und das macht manchmal Entscheidungen in einer Akutsituation schwierig.(A5, Z. 86-97) Also das sehe ich halt häufiger, wenn ich als Konsiliar in irgendeine andere Abteilung komme, sagen wir mal irgendwie was Chirurgisches, wo der Chirurg schnell durchrauscht und der Anästhesist den Patienten betreut und der ihn auch nicht kennt, da wird ja häufiger gar nicht mit dem Patienten darüber gesprochen oder mit den Angehörigen oder es wird keine Betreuung eingerichtet. (A5, Z. 163-167) Für manche Patienten ist das wirklich ganz klar: „Ja, ich will das.“. Aber bei unseren Patienten, wir haben ja häufig so Patienten, die dann potenziell zu langzeitbeatmeten Patienten werden könnten. Das wissen wir halt vorher nicht. Also zum Beispiel: Großer Schlaganfall, klar, aufgrund der Akutsituation wird der Patient intubiert, beatmet, kriegt vielleicht eine Hemikraniektomie, kriegt dann eine Pneumonie und, ja, wie ist es jetzt? Kriegt man den Schlauch aus dem Hals wieder raus? Kann man vorher mit der Schwere der Hirnschädigung auch nicht sagen, weil die Patienten häufig dann Schluckstörungen haben, Atemstörungen. Ein Patient, der in der Inneren Medizin ist, der einfach nur in Anführungsstrichen eine Pneumonie hat, da weiß man: „Ok, da kommt der Schlauch rein, die Wahrscheinlichkeit, dass man die Pneumonie ausbehandeln kann, ist groß und dass man den Schlauch dann auch wieder rausnehmen kann, die Wahrscheinlichkeit ist groß.“: Und das ist bei uns halt, ja, häufig schwierig einzuschätzen. Und deswegen fragen wir die Patienten halt häufig, die sagen immer: „Ja, ich will auf keinen Fall an eine Beatmungsmaschine.“. Und wenn man dann genauer nachfragt: „Ja, aber wenn wir glauben, dass das eine reversible Situation ist.“, also wie zum Beispiel eine Pneumonie, die man behandeln kann, ja dann würden sie das wollen, ja? Und diese Abstufung halt zu treffen, das ist manchmal doch recht relevant, ja. Und wenn die Patienten dann sagen: „Aber ich will keine Langzeitbeatmung, keine Tracheotomie oder sowas.“, dann

Kategorie	Textstellen
	weiß man: Ok, man kann den Patienten intubieren und behandelt sie antibiotisch. Wenn es besser wird, ist gut und wenn nicht, dann kann man sozusagen auch immer noch die Behandlungen abbrechen, wenn es sich in eine Langzeitbeatmungssituation zum Beispiel entwickeln würde. Ja. Einfach dieses Vorhersehen ist nicht ganz so einfach, glaube ich. Das ist auch in Patientenverfügungen nicht ganz so einfach, wo immer dieser Standardsatz drinsteht: „Wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde oder langfristig schwere Hirnschädigung.“. Was heißt das, ja? Das steht da nie drin. (A5, Z. 175-198) […] Das muss ja laienformuliert sein, damit die Patienten das ausfüllen können, aber das ist nicht hilfreich, ja? Oder häufig nicht hilfreich. (A5, Z. 202-203) Konflikte? Oder? Also es geht ja natürlich, klar, das ist immer eine schon schwierige Entscheidung, was sowohl die Notfallsituation betrifft, also die Wiederbelebung, als auch die Fortsetzung oder Eskalation der Therapie, die man gerade macht. Es ist natürlich immer eine individuelle Entscheidung und also gerade wenn es um die Erhaltung der Maßnahme geht, nicht jetzt konkret im Notfall um die Wiederbelebung und die Konflikte. Also es ist so, dass man natürlich schon im Team das bespricht, weil es unterschiedliche Ansichten sind. Das ist natürlich das Pflegepersonal, das ist das ärztliche Personal und die Oberärzte und natürlich selbstverständlich auch die Angehörigen, dass man das im Konsens trifft. (A6, Z. 11-18) Jetzt so, dass es wirklich große Probleme gab jetzt in meiner oberärztlichen Tätigkeit würde ich sagen nein. Aber es hat sich auch gewandelt in den letzten 14 Jahren wenn ich jetzt so zurückblicke. (A6, Z. (18-20) (I: Was hat sich da gewandelt?) Ja, dass eigentlich früher, wenn ich mich an meine Intensivzeit erinnere, noch als Assistenzärztin, da war es glaube ich schon so, dass wir die Patienten schon länger an den erhaltenden Maßnahmen, auch an den lebenserhaltenden Maßnahmen so wie kreislaufunterstützende Maßnahmen oder Beatmung behalten haben und nochmal, sage ich mal, wenn es auch so klingt, wollten, dass nicht so schnell aufgegeben wird. Was heißt aufgeben? Also, dass man jetzt, ich glaube, dass auch durch die Medien, dass sowohl die Patienten als auch die Angehörigen einfach eher da besser informiert sind glaube ich sogar als vor zehn Jahren. (A6, Z. 22-29) (I: Haben Sie denn schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie nicht wussten, was der aktuelle Patientenwille ist? Dass Sie ihn zum Beispiel auch nicht fragen konnten, weil er sediert war?) Ja, das ist häufig. Also das ist häufig. (A6, Z. 35) Also es gibt Situationen, wo wir, klar, es gibt Situationen, in denen wir Patienten selbst nicht fragen können und wir sehen, wo die Angehörigen am Anfang auch sagen, dass die alles wünschen und wir dann sehen, dass wir irgendwann mal auch medizinisch an unsere Grenzen kommen.

Kategorie	Textstellen
	Und es kann sein, dass da manchmal Uneinigkeit mit Angehörigen besteht. Die Angehörigen wünschen weiterführende Maßnahmen, so herum, dass die wünschen und wir da eher ärztlich keine Indikation sehen. Und das ist manchmal den Angehörigen auch, je nachdem, schwer zu vermitteln, weil sie das nicht loslassen können oder wir sehen einfach, dass es für den Patienten einfach nur Verlängerung des Leidens ist. (A6, Z. 57-64) (I: Haben Sie denn auch schon einmal das Ethikkomitee eingeschaltet oder eher selten?) Ja, ja. Die da sozusagen Vermittlerrolle spielen zwischen uns und Angehörigen. Das ist dann häufig nicht das Problem mit dem Patienten selbst, sondern das sind wirklich die Angehörigen und die Patienten können wir nicht fragen. (A6, Z. 72-74) Also was ich sagen kann, ist, dass wir schon einmal eine Patientin hatten, wo wir dann aus einer anderen Abteilung die Patientin aufgenommen haben und übernommen haben, die dort längere Zeit lag und schwer betroffen war, und die ist zehn Minuten nach Reinfahren auf unsere Station reanimationspflichtig geworden. Und der Arzt, der sie gebracht hat, wusste nichts. (A6, Z. 129-133) […] Und der (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der den Patienten übergebende Arzt) wusste es (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der mutmaßliche Patientenwille) nicht und dummerweise ist die Patientin dann reanimationspflichtig geworden. Und dann haben wir angefangen zu reanimieren und dann haben wir die Angehörigen angerufen. Und die Tochter war selbst Ärztin, natürlich etwas vorwurfsvoll, weil sie gesagt hat: „Ja, sie soll nicht reanimiert werden.“, das sei schon vorher festgelegt worden. Dann haben wir aufgehört. (A6, Z. 138-142) (I: Ob Sie vielleicht in irgendeiner Situation wo ein Patient war, der wiederbelebt werden musste oder sollte, ob Sie da vielleicht nicht wussten, was Sie machen sollen, wie Sie vorgehen sollen.) Also eigentlich, eigentlich nicht. Weil, unsere Intensivstation ist ja immer, wenn bei uns ein Notfallgeschehen passiert, dann müssen wir natürlich reagieren. (P1, Z. 7-8) Vor, sage ich mal zwanzig, fünfundzwanzig Jahren war es ja auch in der Intensivpflege noch so, dass das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) ja noch gar nicht so publik war. Da kam das ja auch erst so mit den Patientenverfügungen, die halt die Patienten dann mitbrachten. Aber das waren nur ganz seltene Fälle. (P1, Z. 10-13) Und da, also ich weiß nicht, wie es meinen Kollegen so ging, aber ich glaube, da (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Thematik des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen) haben wir früher uns auch so, so gar nicht groß Gedanken drüber gemacht, sondern, ne? (P1, Z. 14-16)

Kategorie	Textstellen
	(I: Haben Sie in diesem Zusammenhang schon einmal das Gefühl gehabt, dass zum Beispiel, dass einfach nicht der Wille des Patienten, der ja schon wichtig ist, dass der nicht berücksichtigt wurde? Oder dass er einfach nicht bekannt war?) Es war einfach nicht bekannt oder spielte in dem Fall überhaupt keine Rolle. (P2, Z. 32) Und das Zweite ist, dass ein Patient aus einem auswärtigen Haus zu uns verlegt wurde mit einer infausten Prognose eines Lungenkarzinoms und unser damaliger Chef entschieden hat, dass der therapiert werden sollte mit Chemo und Bestrahlung, obwohl er selbst, solange er noch dazu fähig war, sämtliche therapeutische Maßnahmen abgelehnt hatte. Also im Prinzip eigentlich einen lila Zettel ausgefüllt hatte. (P2, Z. 42-46) (I: In Gedanken sozusagen.) In Gedanken. Und daraufhin hat unser damaliger Chef das Vormundschaftsgericht eingeschaltet, einen gerichtlichen Vormund bestellt, der dann die Entscheidung im Sinne des Therapiewunsches des Chefs durchgesetzt hat. (P3, Z. 48-50) Wobei das Schwierige gerade ja bei diesen Prozessen (Anm. der Verfasserin: gemeint sind die Prozesse und Abläufe bei Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) und bei diesen Abläufen ist ja immer, also speziell bei den Ärzten halt auch: „Wie weit kann ich das selber händeln und inwieweit habe ich pro cura, das jetzt so zu entscheiden?“. Weil, man merkt es oft bei vielen, gerade jungen Medizinern, dass die halt total verunsichert sind, weil die immer so etwas wie so ein formal juristisches Damoklesschwert über sich schweben sehen. Also weil a die rechtliche Situation auch nicht bekannt ist oder nicht richtig definiert ist, das ist auch ein Manko des Gesetzgebers meiner Ansicht nach. Aber es sind viele Sachen in der Schwebe und da muss man sagen, hilft uns diese Dokumentation hier, bringt uns wirklich ein Stück weiter, um halt Rechtssicherheit zu schaffen, weil ja auch trotz allem immer noch so diese, ja, diese Unsicherheit ist, ne, also: „Mache ich zu wenig oder mache ich es falsch?“, „Was für Konsequenzen hat das?“, „Wie sieht das überhaupt aus juristisch? Kann ich dafür belangt werden, wenn ich jetzt gewisse Sachen unterlasse?“. Oder wenn ich jetzt sage: Ok, ich, da steht jetzt die Ehefrau und sage: „Also, ne, hier jetzt nicht.“, so, wie mein Kollege das eben gesagt hat. Also der muss jetzt reanimiert werden, aber hat Krebs und die Frau steht daneben und sagt: „Ne, um Gottes Willen.“. Wo Sie dann da stehen und sagen: „Ja, kann ich das jetzt? Darf ich das? Soll ich das?“. Und das ist halt das Problem. (P1, Z. 59-75) Also das ist bei uns oft ein Rauszögern einfach (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Rauszögern der Beschäftigung mit der Thematik des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen). Und dann ist es soweit und dann stehen wir halt alle da. Da ist halt nichts entschieden und ob das hier im Sinne des Patienten war, wurde vorher nicht besprochen einfach. Also das fällt mir halt relativ oft immer wieder auf. (P5, Z. 152-155)

Kategorie	Textstellen
	Und ich mache so die Erfahrung, dass viele junge Mediziner einfach dahingehend (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Entscheidungen am Lebensende) eher verunsichert sind, als, sage ich mal, ausgebildet sind. Oder irgendein Werkzeug gefunden haben, damit umzugehen. Ja, also es kommt auch oft vor, Entschuldigung, wenn ich das jetzt noch anhängen darf, dass auch uns gegenüber immer wieder argumentiert wird: „Also Patient, infauste Prognose, ja, ist mehr tot als lebendig.“ und dann wird uns als Pflegepersonal oft gesagt: „Naja, also, ja, können wir nicht machen.“ oder Oberarzt so und so hat jetzt gesagt: „Also das wird jetzt noch gemacht und das.“, und die eigentlichen Entscheidungsträger, die also vor Ort sind, die unten an der Basis sind, die es eigentlich entscheiden müssten, sind dann so verunsichert und ja, so, sage ich mal, auch durch die Strukturen so weichgespült, dass sie nicht in der Lage sind, dann klare Entscheidungen zu treffen. Und dadurch verzögert sich dieser Sterbeprozess oder so gewisse Sachen, ja? Das ist ja nicht nur moralisch, ethisch fragwürdig, sondern auch, ja, es werden Ressourcen verschwendet, ja, weil einfach niemand da ist, der jetzt mal klar sagt: „Hier Leute, so und so sieht es aus. Jetzt wird eine Entscheidung getroffen und daran halten wir uns dann auch.“ (P1, Z. 185-198) Ja, ich wollte nur wegen onkologischen Normalstationen, da war ich auch und da ist es meistens das Problem, dass die Ärzte mit den Patienten nicht wirklich darüber sprechen, wie ernst die Erkrankung ist. Da kommt der Zettel oder überhaupt das Thema oft von den Ärzten aus nicht zustande oder dass die Patienten einfach immer glauben, dass es wieder wird. Also dass sie auf jeden Fall wieder gesund werden und ein normales Leben weiterführen können. In den meisten Fällen ist es aber nicht so, das ist wirklich, glaube ich, selten halt gewesen, was ich da oben gesehen habe, dass die gesund werden und nach Hause können und so weiterleben können wie vorher. Und ganz viele, die ich in der Ausbildung zum Beispiel da oben gesehen habe, sind dann hier in diesem halben Jahr auf Station verstorben und es wurde nichts geklärt da oben. Die sind hierhergekommen und dann hieß es: „Ja, und was machen wir jetzt? Wie sieht die Therapie aus? Machen wir weiter?“. Und dann mussten immer die Onkologen eingeschaltet werden und die kamen dann runter und haben trotzdem noch alles versucht, obwohl es ja eigentlich schon abzusehen war. Ich glaube, vor zwei oder einem Jahr war es schon abzusehen, dass es nicht lange halten wird, aber. (P4, Z. 233-246) Keiner redet mit dem Patienten. Ich glaube, das ist das größte Problem, dass die Ärzte sich nicht trauen, das so direkt anzusprechen und wenn sie es sich trauen, dann nehmen die Patienten das nicht so ernst wie sie es vielleicht sollten. (P4, Z. 248-250) Das liegt auch mit an der Politik, mit der die Stammzellspende vertreten wird. Es wird nämlich überall der Eindruck vermittelt, dass mit der Speichelprobe allein Spender werden alles geklärt ist und damit das Therapieziel schon versprochen ist. (P3, Z. 251-253)

Kategorie	Textstellen
	Es fehlt halt oftmals der Mut zur Wahrheit (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Mut zur Wahrheit gegenüber dem Patienten). (P1, Z. 254) Ja. (P3, Z. 255) Ja, ja, genau. (P7, Z. 256) So kann man es glaube ich trefflich aussprechen, ne? Es ist allen bewusst, ja? Die Tatsachen stehen, im wahrsten Sinne des Wortes vor einem, aber es wird trotzdem immer noch relativiert, weil einfach der Mut zur Wahrheit fehlt. Und das ist zum Beispiel eine Sache, was, entschuldige, dass ich es jetzt mal so profan formuliere, aber das kotzt einen als Pflegekraft auch oftmals an. Ja, dass man bei Gesprächen zwischen Ärzteschaft und Angehörigen daneben steht und man genau weiß, ja, wirklich in den nächsten zwei Stunden ist dieser Mensch tot da, aber es wird den Leuten halt trotzdem nicht so richtig die Wahrheit gesagt, obwohl ja viele Menschen, rein intuitiv ja schon, ich meine, man muss ja keine ausgebildete Fachkraft sein, wenn man so manchem Menschen in so einer Situation ins Gesicht guckt, dann weiß man irgendwie intuitiv schon, dass das irgendwie, also dass er den morgigen Tag nicht mehr überlebt und das finde ich, das ist schon sehr bedrückend und sehr belastend. (P1, Z. 257-267) Also das mit diesen kleinen Ärzten (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Thematik des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen) zu besprechen, ist ausgesprochen schwierig. Die tun sich da ganz schwer und dieser Bogen selber muss ja von einem Facharzt oder von einem Oberarzt oder so ausgefüllt werden. (P2, Z. 273-275) […] Also die können das höchstens anregen. (P2, Z. 277) […] Aber sie selber, das ist das, was P1 ja schon sagte, haben ja ganz dolle Angst, irgendwelche Entscheidungen zu treffen. (P2, Z. 279-280) Sie selber sind nämlich ganz dieser Entscheidungsgewalt beschnitten (Anm. der Verfasserin: gemeint sind die Stationsärzte und/oder Assistenzärzte). Und wenn wir da so ein bisschen stressen müssen und sagen: „Was soll das noch oder was?“, dann werden die manchmal auch ganz schön kiemich zu uns und sagen: „Ja, ihr müsst ja nicht entscheiden.“. (P2, Z. 283-286) Als ich hier auf der Station angefangen habe vor 13 Jahren, ich komme aus der Chirurgie, das ist auch nochmal, das Patientengut ist auch nochmal anders, habe ich schon gesehen, dass hier wirklich viele multimorbide Patienten sind, die. (P6, Z. 385-388) […] Die, ja, übertherapiert wurden. Ja, ok. So kann man, ja, wo ich erstmal schlucken musste sozusagen, ne? (P6, Z. 390-391) Obwohl, manche tun sich noch recht schwer (Anm. der Verfasserin: gemeint sind die Ärzte mit dem Ansprechen der Thematik des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen gegenüber den Betroffenen). (P7, Z. 401) Immer noch schwer, ja. (P6, Z. 402)

Kategorie	Textstellen
	Bei Erstaufnahme, wo die Situation, also der Verlauf schon ein bisschen klar sein könnte oder wo es hinführt. Aber bei Erstaufnahme schon über den lila Zettel zu sprechen, ist eigentlich richtig, tut sich aber jeder mit sehr schwer. (P7, Z. 403-405) Mhh. (P2, Z. 406) Oh Gott, wenn ich jetzt, ich als Patient jetzt da liegen würde und mich spricht einer an: „Möchten Sie denn intubiert werden?“ und uuh.. Ja, ich habe jetzt nicht damit zu tun, da kriege ich erstmal einen Schrecken, ne? Weil, ich will ja erstmal geholfen kriegen, ne? (P7, Z. 407-409) Ja. (P3, Z. 410) Deshalb ist es für den onkologischen Patienten, gerade für den onkologischen Patienten so schwer, weil, der ist meistens erst 50 oder 55, der wollte eigentlich noch 30 Jahre leben und. (P2, Z. 418-420) […] Der meint: „Ich habe jetzt Stammzellen gekriegt, na, da wird das schon klappen.“. Stammzellen und Pilzpneumonie passen nur nicht zusammen und dann klappt es halt nicht mehr. Und ob das immer so klar gesagt wird, das bezweifele ich. Das, ja. (P2, Z. 422-424) Ja, aber der Patient hört es nicht (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Negative in einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt). (P3, Z. 428) […] Das kann gut sein. (P3, Z. 430) Aber der Patient hört nur diesen Tunnel. Der hört nicht alles, glaube ich. (P6, Z. 429) […] Also ich weiß nicht, ob der das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Negative in einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt) immer hört. (P6, Z. 431) Ja. (P7, Z. 432) Aber das Problem ist, dass die Ärzte die Patientenvollmacht, die meistens ein bisschen schwammig ausgefüllt wird, wo die Angehörigen denken: „Das ist doch alles klar geregelt.“, aber gar nichts ist klar geregelt, das, in diese Richtung, da muss sicherlich in Zukunft noch was getan werden, dass da eine detailliertere, damit die Ärzte wissen: „Ja, der hat das wirklich so festgehalten.“, dass das hier hieb- und stichfest ist und nicht irgendwie: „Ja, aber das hat er ja gar nicht hingeschrieben.“ und so. Das kann der Patient ja auch gar nicht wissen. (P7, Z. 452-457) […] „Was soll ich denn alles aufführen?“ (P7, Z. 459) […] Das ist das Schwierige daran. (P7, Z. 461) Und oftmals ist auch den Angehörigen gar nicht bekannt, dass es sowas gibt. Denn viele ältere Menschen machen es einfach und sagen es nicht weiter. (P5, Z. 463-464) […] Also hat man vielleicht Glück, dass man mal beim Hausarzt vielleicht erfährt, dass man da was hinterlegt hat. (P5, Z. 466-467) […] Aber das ist ein gesellschaftliches Problem. (P5, Z. 469)

Kategorie	Textstellen
	(I: Meine erste Frage wäre dann, ob in der Vergangenheit, also vor der Einführung des lila Bogens, irgendwelche Konflikte, Probleme, Unsicherheiten in Bezug auf die Frage nach Wiederbelebung aufgetreten sind auf Ihrer Station im Rahmen Ihrer Pflegetätigkeit hier?) Ja. Oft, oft. (P8, Z. 4) Immer wieder. (P9, Z. 5)
	(I: Meine erste Frage wäre dann, ob in der Vergangenheit, also vor der Einführung des lila Bogens, irgendwelche Konflikte, Probleme, Unsicherheiten in Bezug auf die Frage nach Wiederbelebung aufgetreten sind auf Ihrer Station im Rahmen Ihrer Pflegetätigkeit hier?) Ja, regelmäßig. (P8, Z. 6) […] Therapieabbrüche, austherapierte Patienten, Schwerkranke, Alte, Gebrechliche, Demente. (P8, Z. 8-9)
	(I: Ja, wussten Sie denn nicht, was vom Patienten gewünscht ist? Waren das solche Situationen? Oder wo einfach nicht klar war, was der Arzt für eine Meinung dazu hat?) Manchmal gab es auch Absprachen mündlich, auch mit Angehörigen, mit denen das besprochen worden ist, dass eben auf Wiederbelebung verzichtet wurde und dann aber jemand neues kam zum Beispiel von den Ärzten und dann doch alles weitergemacht wurde. (P10, Z. 12-14)
	(I: Wurde alles gemacht? (Anm. der Verfasserin: gemeint sind lebenserhaltende Maßnahmen)) Das kommt zu Kompetenzgerangel. (P9, Z. 26) […] Die Pflegekraft ist die, die am meisten vor Ort ist, also die sozusagen auch Konflikte mit den Angehörigen ausbaden muss. Dazwischen steht der Assistenzarzt, ja, der irgendwie den Auftrag gekriegt hat, teilweise auch telefonisch, die Therapie voll durchzuführen ohne dass überhaupt nur ein Oberarzt da war. (P9, Z. 28-31)
	(I: Oder es (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) wurde abgesprochen, aber nicht jeder weiß darüber Bescheid.) Auch das war es. Es war nicht dokumentiert. (P12, Z. 44)
	Nicht direkt etwas Besonderes, aber es ist eigentlich ziemlich häufig gewesen, dass, ja, man davon ausgehen konnte, dass die Angehörigen auch gesagt haben: „Das wollte meine Mutter nicht.“. Und, ja, aber es war nicht abgesprochen und dann wurde es eben gemacht. (P12, Z. 40-42)
	Also wir könnten es jetzt gerade konkretisieren, wir haben hier einen Patienten, der, ja, um die 80 Jahre alt ist, der durchmetastasiert ist, wo wir sicherlich sagen, auch geistig nicht mehr unter uns. Hier würden wir als Pflegende, die den ganzen Tag damit zu tun haben, mal sagen: „Was tut ihr eigentlich diesem Mann an?“, während die Ärzte dann heute die Entscheidung getroffen haben: „Wir dialysieren.“: Wie sinnhaft das nun ist

Kategorie	Textstellen
	oder nicht ist, lassen wir dahingestellt, ne? Ja, das sind solche Sachen, wo es immer wieder zu Reibereien kommt und da könnte dieser Zettel auch wieder Sinn machen. (P9, Z. 59-65) Die sind ja auch überfordert (Anm. der Verfasserin: gemeint sind die Angehörigen des Patienten). (P12, Z. 95) Ich finde, das Problem ist ja oft auch wirklich bei den Betroffenen selber. Ich meine, wenn sie 80 Jahre alt geworden sind und sich so lange keine Gedanken darüber gemacht haben und dann in die Klinik kommen mit lalülala, dann sollen sich die Ärzte und die Pflegenden erstmal Gedanken machen: „Was machen wir denn jetzt hier?“: Also ich finde, das ist oft irgendwie eine Entscheidung, die schon lange vorher hätte gefällt werden müssen oder zumindest angesprochen mit den Angehörigen, wo ich manchmal das Gefühl habe, dass da nie drüber gesprochen worden ist. Überhaupt, wie sich alte Leute vorstellen, krank oder irgendwann zu sterben. (P10, Z. 98-105) Die leben ewig, die leben alle ewig (Anm. der Verfasserin: gemeint sind die Patienten). (P11, Z. 106) Ich finde es aber trotzdem problematisch, meine Frau war ja sehr krank und hatte eine Krebserkrankung und da wurden wir, also da wurden wir häufig gefragt, schon bei der Aufnahme. Und da waren es Situationen, wo es nicht darum ging, dass man jetzt gleich verstirbt oder so. Und das ist für einen Betroffenen manchmal eine Zumutung, das muss man ganz ehrlich sagen. (P15, Z. 107-111) Genau, ganz genau. (P8, Z. 112) Ja, absolut. (P10, Z. 113) Wenn man gegen eine Krankheit kämpft und ich denke, wir konnten es auch immer relativ gut einschätzen und haben ja auch irgendwann den Punkt gesehen, wo wir von selber gesagt haben: „Da ist ein Ende.“. Aber es ist nicht sehr angenehm, immer wieder gleich als Erstes so nach dem Motto: „Haben Sie sich eigentlich schon mal Gedanken gemacht, dass Sie nicht mehr lange leben und wollen Sie das und wollen Sie das und das?“. Das kann also, ist auch, da sollte man sich fragen, ob man die einfach so immer stellt diese Frage. Dass das ein Punkt ist, ist klar, aber es ist zum Teil auch eine Zumutung für Nahestehende. (P15, Z. 114-120) Ja, weil wir, also die Pflegenden nicht und die Ärzte auch nicht, überhaupt nicht rhetorisch geschult sind. Also wir sind darauf gar nicht vorbereitet. Da wird dann platt eine Frage gestellt und letztendlich. (P8, Z. 121-123) Wollen Sie intubiert werden? (P11, Z. 124) Und, die Leute wissen gar nicht, was das zum Beispiel ist, eine Intubation. Und wenn dann gesagt wird: „Wir können dies und jenes machen.“, das ist so: „Wünsch Dir was.“ Sagen wir immer, ne? Wir haben eine Dialyse, wir haben eine Beatmung, den Kreislauf stützen wir so und so,

Kategorie	Textstellen
	dann scheint für die Angehörigen: „Aller klar, hier wird auf Teufel komm raus gerettet.“. Und dementsprechend steigen dann die Erwartungen. Wenn sie vorher noch nie angesprochen wurde oder immer da war, dann ist sie jetzt noch höher. Und wehe, es kommt jemand, der nicht diplomatisch genug vielleicht darauf hinweist, in dem Fall war es jetzt wahrscheinlich undiplomatisch, aber dass wir uns vielleicht mal therapeutisch auch an der Grenze befinden. (P8, Z. 125-133) Weil dann klopft man da irgendwelche Fremdwörter vor den Kopf: „Wir machen das und das und das.“. Hinterher fragen die Leute: „Was hat er mir gesagt?“. Dann sage ich: „Ja, gut, das war das und das und das.“. Und das ist, ja. (P8, Z. 140-142) Es ging mir jetzt mehr um diese Pauschale, weil das zum Teil auf der Notaufnahme so gemacht wird. Du kriegst es (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Frage nach dem Verzicht auf Wiederbelebung) gleich an den Kopf geknallt. Da haben die noch nicht mal festgestellt, was überhaupt das Problem ist. Die lesen deine Diagnoseliste und dann. Das ist schon so, du wirst sofort gefragt. Also habe ich ganz oft erlebt. Wenn du eine gewisse Krankenvorgeschichte hast, wirst du auf jeden Fall gefragt mittlerweile. (P15, Z. 152-156) Ich glaube, da kannst du geschult sein oder empathisch sein, wie du willst. Das ist so diese Situation, wo du plötzlich mit dieser Frage (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) konfrontiert wirst, wo du eigentlich, weil du in die Klinik kommst, einen ganz anderen Ausblick hast. Du willst geholfen kriegen, ne? Alles andere kann man dann ein Stück weiter hinten anstellen, stelle ich mir vor. (P9, Z. 157-160) Und das, wie es vorhin schon so gesagt wurde: „Was möchten Sie denn noch für Ihre Oma?“ oder „Was möchten Sie denn noch für Ihren Vater?“, mit Möchten hat das ja manchmal gar nichts zu tun, sondern zur Zeit ist der Zustand so und die Prognose wird jetzt nicht besser werden vielleicht. (P17, Z. 210-214) Und ich denke auch unter dem Pflegepersonal ist es oft so, dass man manchmal dann so Äußerungen am Bett macht: „Naja, mhh, es sieht nicht so gut aus.“. Wie das dann bei dem Angehörigen oder auch beim Patienten selbst ankommt, das ist nochmal was ganz anderes. Ich denke, die gehen ja so manchmal aus dem Zimmer raus und alle Worte, die wir so gesagt haben, die gehen durcheinander und das geht noch die ganze Nacht durch den Kopf. Und es ist doch die Gesprächsführung und die Kommunikation halt wirklich das Entscheidende auch dabei. (P17, Z. 215-221)

Kategorie	Textstellen
	Also erstmal sind wir ja eine Intensivstation und wir versuchen ja grundsätzlich erstmal, den Menschen zu helfen. (P17, Z. 225-226) […] Und ich glaube, am Anfang scheut sich erstmal jeder und muss sich erstmal ein Bild darüber machen. (P17, Z. 228-229) Je besser man darauf geschult ist und je geeigneter die Möglichkeit ist, sich auch mal in Ruhe hinzusetzen und darüber zu sprechen und sich auch richtig vorzubereiten, auch den Angehörigen das richtig zu erklären, da fehlt glaube ich schon auch manchmal ein bisschen die Zeit und die Kompetenz dazu. (P17, Z. 235-238) Wir machen es ja auch nie zusammen. Die Ärzte reden, also manchmal ist es so, dass nur der Oberarzt vielleicht mit einem Assistenten mit dem Angehörigen spricht, je nachdem, wie er gerade da ist oder, ist ja egal. Manchmal ist es dann der Arzt, manchmal sind wir es und dann kriegen die Angehörigen, manchmal sind die auch zu zweit, dann ist Einer da. Es ist immer so, dass immer einer mit irgendeiner Gruppe redet. Und jeder von uns und jeder von den Ärzten hat seine Meinung zu diesem Patienten oder zu dem, wie es weitergehen soll. Und dann basteln sie sich natürlich dann ihr Bild zusammen. Und der, der am meisten Erfolg verspricht, der, der am meisten verspricht, respektive der sagt: „Wir könnten das und das tun.“, das ist dann der Favorit. Ich sage jetzt mal nicht, also, das ist da, wo man sich gern dranhängt, weil man natürlich, man kann ja nicht sagen: „Na prima, Omi geht hops oder Opi.“, ne? Weil die Schwester findet den Vorschlag ganz gut, dass wir da jetzt nichts mehr machen, na, wenn der Oberarzt sagt: „Ja, da haben wir das noch im Petto und das noch im Petto.“, dann ist natürlich klar, dass ich darauf anspringe und sage: „Ich möchte für meinen Angehörigen alles haben.“. Aber wir sprechen, Zeitmangel ist ein gutes Thema, wir sprechen eigentlich gar nicht als Pflegende, Angehörige, Patient geht ja häufig nicht, und Ärzte zusammen, sondern, wenn ich heute an eins denke oder gestern an drei, da ist mit Zeit nichts. Da habe ich die Angehörigen am Bett stehen, während ich was erkläre, blutet der hin. Gestern lief das Bett aus, da lief das Blut aus der Dings, während man hier ein tolles Gespräch führt. Da muss man die Leute erstmal rausschicken. Da ist dann mit so einem Bogen, ist da nichts zu wollen. Es fehlt auch an der Zeit, zusammen mit dem Patienten und mit den Angehörigen (P8, Z. 240-259) (I: Ja.) Also das ist einfach. Weil da sind wir ja, aber die Frage ist: „Was können wir gerade machen?“. (P8, Z. 261-262) Wo ich zwar mündlich und auch schriftlich keine Reanimation, keine Intubation habe, ja, aber wenn ich doch diesen alten Herrn da noch dialysiere bis der Sheldon alleine im Bett liegt, da ist dann die Frage. Da würde ich mir, aber da ist wahrscheinlich mit ihm auch nicht gesprochen worden, mit den Angehörigen nicht gesprochen worden, das setzt es natürlich voraus. (P10, Z. 264-268)

Kategorie	Textstellen
	Die er hat (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Verantwortung des Arztes, Entscheidungen über den Verzicht auf Wiederbelebung zu treffen), aber jeder ist auch nicht immer in der gleichen Verfassung, um die übernehmen zu können. Also ich meine, wir sind ja auch alle nur Menschen und machen Fehler oder haben eine schlechte Zeit und das darf man glaube ich nicht unterschätzen. (P11, Z. 276-278) […] Wer selber gerade Erfahrungen gemacht hat mit sowas, reagiert da anders drauf als jemand, der einfach so, sage ich mal, durch den Tag geht. (P11, Z, 280-281) […] Also, weiß nicht, ob ich das richtig ausgedrückt habe, aber. (P11, Z. 283) (I: Gut, meine erste Frage wäre, ob in der Vergangenheit im Laufe Ihrer Tätigkeit als Pflegepersonal Konflikte, Probleme oder Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung auftaten?) Ja, auf jeden Fall. (P19, Z 4) Ja. (P20, Z. 5) Oft haben sich die Patienten vorher keine Gedanken gemacht, was mit ihnen passieren soll, wenn sie alt und krank werden. Viele haben dann vorgedruckte Patientenverfügungen aus dem Internet, die aber auch keine Aussagen haben. Da steht dann drauf: „Keine Geräte.“, aber da verstößt dann schon der erste Rettungssanitäter, der gerufen wird und auf der Intensivstation dann erst recht. Dann schreiben sie: „Ich will beatmet werden, aber nur für eine Woche.“. Und wenn dann die Situation kommt, dass der Patient länger beatmet werden muss, dann muss man trotzdem alles wieder neu bedenken und die Patientenverfügung ist hinfällig. (P19, Z. 7-14) (I: Wussten Sie in diesem Zusammenhang schon einmal nicht, welche lebensverlängernden Maßnahmen vom Patienten gewünscht waren und welche nicht?) Ja, es kommt auch vor, dass die Angehörigen die Patienten einfach zu sehr lieben und dann ihren eigenen Wunsch mit dem des Patienten verwechseln, weil sie natürlich wollen, dass sie ihren Angehörigen so lange wie möglich behalten können. (P20, Z. 17-19) (I: Wussten Sie in diesem Zusammenhang schon einmal nicht, welche lebensverlängernden Maßnahmen vom Patienten gewünscht waren und welche nicht?) Oder dass der eine Angehörige einer anderen Meinung ist als der Andere. (P21, Z. 20) Es kann auch sein, das ist damit gemeint, dass die Angehörigen den Patienten zu sehr lieben, dass sie uns die Patientenverfügung gar nicht zeigen, das ist auch schon passiert. (P21, Z. 20-22) Ja, das stimmt. (P20, Z. 23) Wir haben auch Übergaben von den Ärzten an die Pfleger. Da wird auch nochmal gesagt, was bei dem Patienten gemacht werden soll. Die Kommunikation ist gut. Aber wir sind uns nicht immer einig, welches Ausmaß der Therapie für den jeweiligen Patienten am geeignetsten ist. (P21, Z. 33-36)

Kategorie	Textstellen
	Da wurde das Thema (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Thema des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen) auch viel seltener angesprochen als heute. (P21, Z. 61) Bei uns in den Übergaben oder beim Patienten wird so oft gefragt, ob die Entscheidungen (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) auch mit den Angehörigen besprochen wurden und es ist oft nicht klar und keiner weiß es. (P20, Z. 89-91) Oft sind wir nicht einer Meinung mit den Ärzten und haben vielleicht zusätzliche Informationen vom Patienten oder von den Angehörigen bekommen, die für die Entscheidung wichtig sein könnten. (P20, Z. 131-133) Die Ärzte haben in einem Gespräch vielleicht gesagt, dass sie das und das noch machen können und noch viele Möglichkeiten haben. Die Hälfte des Gesprächs verstehen der Patient und die Angehörigen sowieso nicht, weil das alles nur auf Fachchinesisch gesagt wird und hören dann nur das, was sie hören wollen und zwar das Gute. Es ist ja klar, dass man Hoffnung haben will und wir wollen den Patienten und den Angehörigen auch am Liebsten nur Hoffnung geben. Aber es gibt auch Situationen, in denen einfach keine Hoffnung mehr da ist. Wir müssen alle irgendwann sterben, wir wissen nur nicht, wann das sein wird. Aber das vergisst die Familie dann und hört nur das Positive. (P19, Z. 139-147) Ja. (P21, Z. 148) Da kommt es dann auch manchmal zu Konflikten (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Konflikte zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal). (P19, Z. 139) […] Und mir ist es schon einige Male passiert, dass ich am Patientenbett von den Angehörigen erfahren habe, dass vieles noch gemacht werden soll, obwohl ich gedacht habe, dass das alles nicht mehr so sinnvoll ist. Und inzwischen sage ich dann gar nichts mehr dazu. Es besteht ja doch in gewisser Weise eine Hierarchie, dass der Arzt letztendlich alles entscheidet. (P19, Z. 149-152) Aber die Patienten werden dann auch oft einfach mit der Frage (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Frage nach dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) alleine gelassen, das geschieht häufig. Dann wird zu ihnen gesagt: „Ja, machen Sie sich mal Gedanken, was für Maßnahmen Sie sich noch wünschen.“. Und das war´s. Das ist keine gute Form der Kommunikation. (P19, Z. 153-155)

Kategorie	Textstellen
	Ich kenne das auch meinem näheren Verwandtenkreis. Der Vater meines Schwagers lag hier auf der Station und wäre fast gestorben. Und dann kam mein Schwager zu mir und hat gefragt, wie sie denn jetzt entscheiden sollen. Der Arzt hat so gut wie gar nicht mit ihnen gesprochen und sie nicht informiert. (P21, Z. 156-159) Ja, oder man hat sich gerade als Angehöriger dafür entschieden, die Therapie nicht mehr weiter fortsetzen zu lassen und dann kommt der Arzt und sagt: „Ja, aber Sie wissen schon, dass Ihr Angehöriger dann stirbt, oder?“. Da denke ich mir auch, da ringt man sich durch und trifft diese schwierige Entscheidung für seinen Angehörigen und dann kommt so ein Satz. Man will ihn friedlich einschlafen lassen und die Aussage des Arztes hört sich so an, als ließe ich ihn absichtlich sterben und würde ihm irgendwelche rettenden Maßnahmen vorenthalten. Es gibt auch solche Ärzte. (P23, Z. 162-168) Da muss man ja auch sagen, dass, ich meine, Sie studieren selber Medizin, dass die Ärzte für solche Gespräche im Studium ja gar nicht geschult werden. Man lernt es nur durch Erfahrung. (P19, Z. 172-174)
EaL_Kons	Viele Patienten kommen von Normalstationen, sind dort natürlich schwer krank. Es sind teilweise auch natürlich viele ältere Herrschaften und man weiß nicht, wie man weitergehen soll. Oben auf Station wird häufig nicht gefragt. Wie möchte ich denn, dass mit mir umgegangen wird? Wie möchte ich denn, dass mit mir umgegangen wird? Wie möchte ich denn behandelt werden, wenn es zu einer Komplikation kommt, wenn es zu einem Problem kommt? Und dann sind wir halt im Zugzwang. (A1, Z. 9-14) Und dann ist aber das Problem, dass der Notfall eintritt, der Nachtdienst oder diensthabende Arzt da ist und dann nicht weiß, was er machen soll. Er hört es vielleicht von einer Schwester, wenn es übergeben worden ist. Wenn es nicht übergeben worden ist, weiß er davon gar nichts und fängt an zu reanimieren. Und die Patientin kommt dann hier runter zu uns und wir sollen dann natürlich die Therapie fortsetzen. (A1, Z. 26-30) Als wir es nicht wussten (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der (mutmaßliche) Patientenwille), haben wir, bis uns jemand etwas Gegenteiliges gesagt hat, das volle Intensivprogramm ablaufen lassen. Das heißt: Wiederbelebung, Intubation, Reanimation, die volle Therapie, die wir haben. Nierenersatzverfahren, Katecholamine geben, alles. (A1, Z. 46-48)

Kategorie	Textstellen
	Wir haben dann ja hier die Tochter, die sagt, die Mutter habe sie eingesetzt, aber wir haben es halt nicht schriftlich. Und dann müssen wir halt doch noch den Weg über das Gericht gehen. (A1, Z. 118-120) In solchen Situationen (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Situationen, in denen der Patientenwille unbekannt ist) versuchen wir natürlich einfach halt immer, sage ich, so im akuten Notfall, ja, wo quasi dieser Zweifel besteht, dann pro vita, also quasi fürs Leben einfach dann zu entscheiden. Man kann den Patienten auch intubieren und man kann auch Patienten einfach reanimieren, wenn es dazu kommt, ja? Und man muss sich manchmal auch klar fragen, (Pause) wir haben manchmal so Grenzsituationen, es ist nicht alles schwarz, es ist nicht alles weiß. Es sind auch graue Zonen einfach, wo ich nicht weiß, wie ich wirklich entscheiden soll. In diesem Fall sind wir einfach pro vita, das heißt fürs Leben. Wir machen es einfach weiter und dann hat man vielleicht in der nächsten Stunde oder in den nächsten Tagen auch Zeit, vom Hausarzt einfach zusätzliche Informationen zu bekommen oder wenn da jemand von der Familie einfach noch dazukommt und uns einfach indirekt anamnestisch berichtet. Und dann versuchen wir einfach zu entscheiden, ja? Wir haben auch bei solchen Fällen die Möglichkeit, dass wir eine Woche einfach halt die Therapie fortführen, der Patient wird einfach intensivmedizinisch behandelt und dann, wenn es ihm besser geht, dann sagen wir und die Familie auch: „Ok, wir wollen den Patienten nicht quälen“, dann wird die Therapie eingefroren, die Beatmungseinstellungen werden nicht eskaliert, die Kreislaufunterstützung nicht eskaliert. (A2, Z. 61-78) (I: Haben Sie denn schon einmal das Gefühl gehabt, dass, wenn Sie jetzt zum Beispiel, wie Sie eben gesagt haben, einen Patienten aus dem Pflegeheim haben, von dem Sie halt nichts Genaueres wissen und sich dann erstmal für eine volle Therapie sozusagen entscheiden, das Gefühl gehabt, dass Entscheidungen gefällt worden sind, die vielleicht nicht im Sinne des Patienten waren, die er sich vielleicht nicht so gewünscht hätte?) Das kann passieren, es kann gut sein, das passiert häufig manchmal auch später, in der Nacht oder beim Spätdienst, wenn manchmal nicht die erfahrensten Kollegen da sind, ja? Wenn da nicht junge Ärzte, aber einfach halt jüngere Ärzte sind, da sage ich einfach halt so, dass man einfach nach Unsicherheit einfach doch entscheidet, obwohl man weiß: „Ja, mmhh..“. Man hat einfach Angst, etwas falsch zu machen, wenn man den Patienten quasi einfach jetzt nicht intubiert, nicht reanimiert, dass dann später jemand kommt und uns verklagen will oder so, das ist einfach die Angst. Natürlich gibt es einfach diese medizinischen, einfach diese rationalen Entscheidungen, manchmal kommt es vor, dass es einfach halt einen ethischen Punkt gibt, ja, das muss man schon sagen. Manchmal ist es einfach halt auch so, dass man im Nachhinein sagt: „Ja, doch, oh, sollte man vielleicht doch nicht machen, ne?“. (A2, Z. 97-107)

Kategorie	Textstellen
	Und im Zweifelsfall, wenn es nicht klar ist, was der Patient möchte, wenn auch nicht klar ist, was der Patient für eine Prognose hat, ne, also wir sprechen jetzt nicht von dem Patienten mit dem völlig infausten durchmetastasierten Tumor, sondern bei jemandem, wo es vielleicht nicht so klar ist, dann mache ich natürlich alles an intensivmedizinischen Maßnahmen, was geht. (A3, Z. 53-57) […] Bis es anderweitig möglicherweise geklärt ist. (A3, Z. 59) (I: Haben Sie den Eindruck, dass in diesem Zusammenhang schon einmal Entscheidungen gefällt wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren?) Ach, schwer zu sagen. Mir ist jetzt kein Fall im Gedächtnis, wo ich das so genau sagen könnte, ehrlich gesagt. Also wenn, dann möglicherweise bei solchen Fällen, die zum Glück selten sind, dass ein Patient sich nicht mehr äußern kann wegen zum Beispiel schwerer Demenz oder Ähnlichem, keine eigene Patientenverfügung hatte und Angehörige darauf bestehen, dass man Maßnahmen nicht einstellt, ne? Oder dass man weiter intensivmedizinisch behandelt. Dann kommt natürlich manchmal der Gedanke auf: „Naja, hätte man ihm das oder ihr das nicht ersparen können oder reden wir jetzt gerade von „Leben verlängern“ oder „Leiden verlängern“?“. Klar, solche Fälle gibt es immer wieder. (A3, Z. 62-69) […] Aber ehrlich gesagt kein einzelner, woran ich mich jetzt besonders erinnern könnte. (A3, Z. 71) Da sind mit Sicherheit Sachen gemacht worden, die in der Patientenverfügung so nicht drin standen. Das fängt ja meistens schon zu Hause an, also viele Leute werden ja vom Notarzt intubiert oder reanimiert, obwohl sie eine Patientenverfügung haben, wo sowas drinsteht, nur in der Notfallsituation wird natürlich der Notarzt gerufen und irgendwo, der Patient muss dann, wenn er einmal intubiert ist, natürlich von der Notaufnahme auch irgendwo hin verlegt werden, das ist dann meistens eine internistische Station und keine Chirurgische. (A4, Z. 87-92) Nur im Notfall, wenn dann zu Hause irgendwas passiert, dann sind die Angehörigen oft so überfordert, dass dar nicht so richtig klar ist und dass der Notarzt dann natürlich erstmal alles macht. (A4, Z. 106-108) Aber leider ist es so, worüber ich mich auch immer wieder wundere, dass die Hausärzte so wenig festlegen, weil, wie gesagt, wenn ein alter, multimorbider Patient im Pflegeheim keine Luft kriegt, dann rufen die den Rettungsdienst und dann ist der Patient intubiert. Was soll man auch anderes machen als Notarzt? Und da wundere ich mich ehrlich gesagt immer so ein bisschen. Wir haben jetzt auch wieder einen Patienten, 86 Jahre alt, multimorbide, bettlägerig, „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ steht in der Kurve da von dem Heim: „Nicht bekannt.“: Warum kann man es nicht vorher klären? Das finde ich halt schade, weil, da könnte man, da muss man sagen, den Patienten auch schon einiges ersparen, was sie eben nicht möchten. (A4, Z. 331-339)

Kategorie	Textstellen
	Also im akuten Notfall, also wenn wir es im akuten Notfall gar nicht wissen, dann wird immer pro Patient entschieden. (A5, Z. 30-31) […] Ja? Das heißt, klar, dann gehen wir davon aus, dass der Patient alles möchte, Maximaltherapie. (A5, Z. 33-34) […] Wenn wir, wenn jetzt ein Notfall aufritt, eine Wiederbelebungs-, ja, ein Wiederbelebungsszenario, was sich anbahnt, der Patient ist so hochgradig erkrankt, dass der Patient keine Chance hat, dann sehen wir die medizinische Indikation als entfallen an, dass wir den Patienten wiederbeleben. Aber es gibt halt so Grenzfälle, wo der Patient schwer behindert sein wird, schwer erkrankt, aber nicht infaust. Da ist es dann doch schwierig. (A5, Z. 36-41) Im allergrößten Notfall, wenn es irgendwelche Zweifel (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Zweifel bezüglich des (mutmaßlichen Willens des Patienten) gibt, und dann, Patient wird plötzlich asystol und der Pfleger hat jetzt nicht darein geguckt in dieses Feld, dann wird halt erstmal alles gemacht, weil, aufhören kann man ja immer. (A5, Z. 117-120) […] Ja? Also das ist dann kein Problem. (A5, Z. 122) Und dann haben wir angefangen zu reanimieren und dann haben wir die Angehörigen angerufen. Und die Tochter war selbst Ärztin, natürlich etwas vorwurfsvoll, weil sie gesagt hat: „Ja, sie soll nicht reanimiert werden.“, das sei schon vorher festgelegt worden. Dann haben wir aufgehört. (A6, Z. 139-142) (I: Ja, das sind dann solche Fälle, wie machen Sie das, wenn Sie nicht wissen, was besprochen wurde, also wenn Sie den Willen nicht kennen, auch nicht von Angehörigen und dann akut so etwas ist? Dann macht man erstmal, oder?) Ja klar, man macht. Ja, im Zweifelsfall immer machen, ja. (A6, Z. 153) Unsere Intention ist ja immer, wenn bei uns ein Notfallgeschehen passiert, dann müssen wir natürlich reagieren. (P1, Z. 6-7) […] Und natürlich per se erstmal mit allen Möglichkeiten, die wir haben. Also ich sagen jetzt mal so das volle Programm. (P1, Z. 9-10) […] Also im Prinzip war das: Wenn irgendwas passierte, dann halt das ganze Programm. (P1, Z. 13-14) Ein Notfallgeschehen passierte und wir haben reagiert im Rahmen unserer Möglichkeiten ohne jegliche Diskussion. (P1, Z. 16-17) (I: Also alles (Anm. der Verfasserin: gemeint sind intensivmedizinische Maßnahmen), was gemacht werden konnte, wurde gemacht.) Ja. (P1, Z. 19) […] Im Prinzip ja. (P1, Z. 21) […] Also soweit ich mich erinnern kann, also, war das noch so. (P1, Z. 23)

Kategorie	Textstellen
	Aber wie man sich darunter (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Einsatz aller intensivmedizinischer Maßnahmen beim Patienten) gefühlt hat, ist eine ganz andere Situation. (P2, Z. 24) […] Also das Gefühl ist natürlich dann nicht schön, wenn man Patienten hat, 90 Jahre alt, und man muss erstmal reagieren, weil keine andere Anweisung da ist. Dann fühlt man sich schon etwas schlecht dabei. (P2, Z. 26-28) Und das Zweite ist, dass ein Patient aus einem auswärtigen Haus zu uns verlegt wurde mit einer infausten Prognose eines Lungenkarzinoms und unser damaliger Chef entschieden hat, dass der therapiert werden sollte mit Chemo und Bestrahlung, obwohl er selbst, solange er noch dazu fähig war, sämtliche therapeutische Maßnahmen abgelehnt hatte. Also im Prinzip eigentlich einen lila Zettel ausgefüllt hatte. (P3, Z. 42-46) (I: In Gedanken sozusagen.) In Gedanken. Und daraufhin hat unser damaliger Chef das Vormundschaftsgericht eingeschaltet, einen gerichtlichen Vormund bestellt, der dann die Entscheidung im Sinne des Therapiewunsches des Chefs durchgesetzt hat. (P3, Z. 48-50) Weil viele, es sind oft ältere Patienten auch, wo wir halt wirklich dann auch alles (Anm. der Verfasserin: gemeint sind alle intensivmedizinischen Maßnahmen) machen und am Ende halt trotzdem keine Aussicht auf Überleben besteht. (P5, Z. 164-166) Und dadurch (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Herauszögern der Auseinandersetzung mit der Thematik des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen durch ärztliches Personal) verzögert sich dieser Sterbeprozess oder so gewisse Sachen, ja? Das ist nicht nur moralisch, ethisch fragwürdig, sondern auch, ja, es werden Ressourcen verschwendet, ja, weil einfach niemand da ist, der jetzt mal klar sagt: „Hier Leute, so und so sieht es aus. Jetzt wird eine Entscheidung getroffen und daran halten wir uns dann auch.“: (P5, Z. 194-198) (I: Wenn Sie jetzt zum Beispiel nicht wussten, wie eine mündliche Absprache ist und Sie sozusagen ahnungslos waren und den Patienten vor sich hatten und als Erster ins Zimmer kommen?) Dann wird erstmal alles gemacht. (P10, Z. 23) […] Ja. Dann wird erstmal alles gemacht. Ehe ich nichts anderes weiß, muss ich anfangen. (P10, Z. 25) (I: Ja, und haben Sie in dem Zusammenhang schon einmal das Gefühl gehabt, dass Entscheidungen getroffen wurden, die nicht im Sinne des Patienten waren in dem Moment?) Mehrfach. (P12, Z. 37) […] Nicht direkt etwas Besonderes, aber es ist eigentlich ziemlich häufig gewesen, dass, ja, man davon ausgehen konnte, dass die Angehörigen auch gesagt haben: „Das wollte meine Mutter nicht.“. Und, ja, aber es war nicht abgesprochen und dann wurde es eben gemacht. (P12, Z. 40-42)

Kategorie	Textstellen
	(I: Wenn Sie von einem Patienten nicht wissen, was er sich für eine Behandlung wünscht und es tritt ein Notfall ein, wie verfahren Sie dann in solchen Situationen?) Dann wird erstmal alles gemacht. (P21, Z. 41) Ja, dann machen wir alles. (P19, Z. 42) Und mir ist es schon einige Male passiert, dass ich am Patientenbett von den Angehörigen erfahren habe, dass vieles noch gemacht werden soll, obwohl ich gedacht habe, dass das alles nicht mehr so sinnvoll ist. Und inzwischen sage ich dann gar nichts mehr dazu. Es besteht ja doch in gewisser Weise eine Hierarchie, dass der Arzt letztendlich alles entscheidet. (P19, Z. 149-152) Aber was schlimm ist, ist, wenn erstmal alles gemacht wird, eine Lyse zum Beispiel und auch anderes und dann gesagt wird: „Es hat keinen Sinn mehr, wir hören jetzt auf.“. Das wäre auch für mich als Angehörigen schwer zu akzeptieren. (P21, Z. 190-193)
EaL_Strat	Auf unserer Station verwenden wir ihn (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen zum Verzicht auf Wiederbelebung) wirklich sehr gerne. Wir verwenden ihn, wenn wir eben den Eindruck haben, dass die Patienten nicht alles möchten oder die Angehörigen mit uns natürlich bestimmte Gespräche führen oder auch wir den Eindruck haben, dass medizinisch keine sinnvollen Aktionen mehr für den Patienten möglich sind. Dann wenden wir den Bogen an. Wir sprechen mit den Angehörigen oder, wenn es der Patient selbst kann, auch mit dem Patienten. Wir besprechen mit ihm, was seine Wünsche sind, was er sich selbst vorgestellt hat und dokumentieren das auf dem Bogen und füllen den Bogen zusammen mit dem Patienten oder dem Angehörigen aus und unterschreiben es auch am Ende, bwz., wenn möglich, sollte auch der Patient gleich mit unterschreiben. Damit er auch weiß, was besprochen worden ist. (A1, Z. 60-69) Wir haben jetzt immer so eine interne Lösung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist ein stationsinternes System zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung), wie schon gesagt. Wir haben einfach unsere Therapiepläne, wo schon seit immer quasi bei jedem Patienten diese Frage von Vornherein klar sein muss, ob man es macht oder nicht. Das heißt, wenn jemand bei uns aufgenommen wird, ist es auch quasi der Bestandteil der Aufnahme, sich mit dieser Frage zu befassen. (A2, Z. 20-24) Bei uns stellt sich bei jedem Patienten einfach quasi bei der Aufnahme diese Frage: „Was macht man in dem Falle, wenn es sich einfach halt akut verschlechtern soll?“ Also quasi wenn es einfach nicht besser wird, dass bei jedem einzelnen Patienten, der bei uns quasi aufgenommen wird. (A2, Z. 29-32)

Kategorie	Textstellen
	Mit der Entscheidung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) manchmal quasi halt interne Konflikte, die konnte man in den Gesprächen, wir haben auch manchmal Gespräche mit der Pflege, mit den Ärzten dann klären, ja? (A2, Z. 38-40) Natürlich muss man da einfach halt einen passenden Kompromiss (Anm. der Verfasserin: gemeint ist ein Kompromiss bezüglich einer Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) oder so finden, dass ein Betreuer, der einfach halt außerparteiisch ist, mit unserem Richter einfach halt quasi dann auch mit entscheiden darf, ja? (A2, Z. 122-124) Sagen wir, auf dieser, auf dieser Intensivstation haben wir einfach halt diese interne Lösung, wie ich schon gesagt habe, einfach diesen Verzicht auf die Wiederbelebung, so einen Zwischenschritt für unsere Station, das, was einfach halt davor passiert. Das ist etwas, was meistens die IMC-Station oder die Normalstation häufig verwendet. Wir haben momentan einfach halt diese interne Lösung, wir haben nicht so viele Patienten, wir haben acht Patienten, die da sind. Man kann das in Einzelgesprächen, diese paar Punkte auch natürlich einfach mit der Familie quasi oder dem Betreuer einfach halt besprechen, entscheiden und dokumentieren, ja? Dass man explizit diesen Bogen benutzt, würde ich jetzt nicht einfach sagen auf unserer Station. Die haben, wie gesagt, diese interne Lösung. (A2, Z. 128-136) Ich denke, was ich einfach halt denke, dass eigentlich einfach jeder Arzt, der bei uns anfängt, darüber aufgeklärt werden sollte, dass man einfach daraus kein Tabu machen soll, das ist wirklich ein Thema. Nicht bei jedem, aber wenn sie jetzt aufgenommen werden und ich will es mit ihnen nicht besprechen, ja, so wie das in den USA einfach ist: „Wollen Sie oder wollen Sie nicht?“. Da kriegen Sie das Formular und dann müssen Sie das einfach halt alles ankreuzen lassen von der Krankenschwester. Aber wenn Sie jetzt einen Patienten haben oder vielleicht wenn man einen Patienten schon nach Hause entlässt, der schon krank war, wo die Frage quasi noch nicht ganz klar da war, aber man weiß, wenn er noch einmal kommt, muss man sich damit befassen. Ja, dass man auch schon den Patienten, der doch noch nach Hause geht oder auch ins Pflegeheim entlassen wird, auch damit konfrontiert. (A2, Z. 192-201) […] Ja? Und der Familie vielleicht auch sagen: „Bitte machen Sie sich vielleicht Gedanken, weil wir es jetzt noch geschafft haben einfach mit der IMC-Station.“. Man musste einfach diese Frage noch nicht angehen: „Soll man das eskalieren?“. Aber für die Zukunft sollte man vielleicht die Leute auch ansprechen. (A2, Z. 203-206) Ich finde einfach solche Bögen sehr sinnvoll, sehr wichtig. Ob man es quasi bei uns, bei unseren Therapieplänen einfach jetzt auch nimmt, das ist einfach noch die Frage. Wir beschäftigen und mit dieser Frage fast bei jedem neu aufgenommenen Patienten. Das gehört bei uns quasi zum

Kategorie	Textstellen
	Alltag, ja? Das ist einfach bei uns die Frage: „Soll der Patient leben oder einfach würde der Patient leben?“. Die Frage ist einfach: „Will der Patient intensivmedizinisch behandelt werden?“. Das muss man sich einfach immer fragen, ja? (A2, Z. 227-232) Aber das sind solche Entscheidungen (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Entscheidungen über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen), wo die Patientenverfügung uns nicht so richtig hilft. Wir sagen einfach, wenn wir diese Klassische aus dem Internet sehen, ja: „Aha, das ist die Klassische.“, da sagt jeder: „Aha, ah, das kenne ich, ja, da ist nichts so richtig.“. Die kann man einfach halt nicht für die Entscheidung verwenden. Ich sage, sie ist so schwammig formuliert: „Ja, kann, muss nicht sein.“, da muss man sich einfach selber damit befassen und quasi dann auch letztendlich einfach halt diese Fragen beantworten, ja? (A2, Z. 268-273) Aber nach meiner Erfahrung haben sich die meisten Konflikte eigentlich sehr gut vermeiden lassen, indem man frühzeitig mit dem Patienten und/oder mit den Angehörigen gesprochen hat. (A3, Z. 18-20) […] Dass von Vornherein am besten mit Aufnahme auf die Intensivstation, egal wie lebensbedrohlich die Situation da war, das (Anm. der Verfasserin: gemeint dann gleich von Vornherein geklärt hat. (A3, Z. 22-23) In erster Linie versuche ich immer, Angehörige zu erreichen, manchmal muss man dafür halt ein bisschen in der Gegend rumtelefonieren, aber meistens gibt es ja doch irgendwo jemanden. (A3, Z. 51-53) Weil, man ist irgendwie, das ist ja bei uns tatsächlich schon so, dass, sobald es ein älterer Patient ist, der möglicherweise vom Pflegeheim ist oder der viele Vorerkrankungen hat, wir ja sehr, schon bei Beginn, eigentlich fast bei Aufnahme uns überlegen: „Ist es erforderlich, den Bogen zu nutzen oder nicht?“. (A4, Z. 76-79) Das ist natürlich auch was, was mit dem Bogen sehr, wir fragen die Angehörigen ja meistens, also, es sei denn, es ist jetzt ein 40-jähriger Patient, der wird keine Patientenverfügung haben und keine Vorsorgevollmacht, aber meistens fragen wir ja schnell auch: „:Hat der Patient eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuung oder eine Patientenverfügung?“, um dann eben diesen Bogen auszufüllen, damit man sich möglichst vorher die Gedanken macht, ne? (A4, Z. 95-99) Und ich finde das sehr wichtig, dass man das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) wirklich im Team kommuniziert. Also finde ich persönlich irgendwie wichtig. (A4, Z. 148-149)

Kategorie	Textstellen
	Und was ich aber lange nicht erlebt habe, war eine Entscheidung im Klinischen Ethikkomitee. Kommt ja auch immer wieder hier vor auf der Station, habe ich aber jetzt in der letzten Zeit, aber ich bin ja jetzt, wie gesagt, ja auch erst im dritten Monat hier, jetzt noch nicht miterlebt. (A4, Z. 149-152) […] Ja. Das ist selten, ja, ja. (A4, Z. 154) Ich glaube auch, das ist die Hauptsache, dass man früh anfängt, sich Gedanken zu machen, dass so etwas mal im Raum stehen könnte. (A4, Z. 200-201) Also ich, wahrscheinlich macht das jeder ein bisschen anders. Ich frage immer jetzt nicht dezidiert die ganze Pflege. Aber wenn wir irgendwas besprechen am Patienten oder sagen, der Pflege wird ja auf jeden Fall mitgeteilt, dass es Therapieeinschränkungen gibt. (A4, Z. 274-276) Also, ich will damit bloß sagen, will damit sagen, also es ist ja keine rein ärztliche Sache, dieser Bogen, weil wir ja auf jeden Fall, also ich zumindest, versuche, der Pflege das immer mitzuteilen und auch zu fragen: „Ist das okay so für dich?“, ne? (A4, Z. 286-288) Ja, ja, also letztendlich finde ich, verstehe ich den Bogen irgendwie als Sache, die man als Arzt und Pflege zusammen ehrlich gesagt bespricht. (A4, Z. 294-295) […] Also ich würde das nicht getrennt sehen ehrlich gesagt. Also ich glaube, das ist auch falsch, das auf einer Intensivstation zu machen, weil immer nicht nur die Ärzte, sondern auch die Pflege natürlich genau mit der gleichen Wichtigkeit den Patienten betreut. (A4, Z. 297-299) Aber ich glaube, als Arzt muss man sich bemühen, dass man auf jeden Fall das auch mit der zuständigen Pflegekraft bespricht, auf jeden Fall. (A4, Z. 304-305) Also alle Behandelnden von den Patienten, weil, wie gesagt, das ist, auch wenn der Patient alt ist, ist es nicht immer so einfach, da irgendwas festzulegen: „Soll gemacht werden, soll nicht gemacht werden.“, also, ist oft schwierig. (A4, Z. 313-315) Manchmal holen wir uns dann das Ethikkomitee dazu, ja, um uns da Hilfestellung zu geben, weil häufig die Angehörigen dann noch verschiedene Sichtweisen einbringen, ja. Das ist häufig ein Problem. (A5, Z. 25-27)

Kategorie	Textstellen
	Und wenn wir es (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der (mutmaßliche) Patientenwille) dann nicht wissen, dann versuchen wir natürlich, mit den Angehörigen zu sprechen und wir stellen hier auch niederschwellig die Indikation, Patienten gerichtlich betreuen zu lassen in Gesundheitsfragen und versuchen dann halt, mit dem dann eingerichteten gesetzlichen Betreuer eben den mutmaßlichen Willen zu eruieren. (A5, Z. 41-45) (I: Haben Sie Vorschläge oder Wünsche, wie man das vielleicht verbessern kann, so eine Situation, dass man sich vielleicht vorher Gedanken drüber macht, wenn sozusagen der Patient noch selber entscheiden kann, dass man da vielleicht was festlegen könnte.) Ja. Das machen wir ja auch. Also sobald der Patient, ja, wach und einwilligungsfähig und einsichtsfähig ist, dann befragen wir den Patienten hier auch. Und wir fragen die Patienten bei Aufnahme auch, ob sie eine Patientenverfügung haben, ob sie eine Vorsorgevollmacht haben und was sie im Fall der Fälle als Wiederbelebung und Beatmung, das ist immer so das, was wir abfragen, was sie sich da wünschen würden. Denn, ja, so komplexe Sachen können die meisten natürlich auch nicht in dieser Akutsituation dann begreifen und verstehen, aber Wiederbelebung und Reanimation und Beatmung, das fragen wir eigentlich immer ab, ja. (A5, Z. 62-68) Wenn wir den Patienten oder die Angehörigen, die, also die betreuenden Angehörigen entsprechend befragt haben, dann schreiben wir das auch so detailliert auf, damit es sozusagen auch über die Schichten unter den Ärztinnen und Ärzten quasi übergeben ist und die Pfleger können da natürlich auch reinschauen, ja? Und wir übergeben das auch mündlich, also einmal am Tag findet auch sozusagen eine Patientenübergabe von den Ärzten an die Pflege statt, sodass das da auch nochmal erwähnt wird, wenn es da Unklarheiten gibt. (A5, Z. 111-117) Und ich finde es auch sinnvoll, dass überhaupt die Leute befragt werden. (A5, Z. 162-163) […] Also das finde ich viel relevanter, dass es passiert als in welcher Form, ja. (A5, Z. 167-168) Also es ist so, dass man natürlich schon im Team das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Thematik des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen) bespricht, weil es unterschiedliche Ansichten sind. Das ist natürlich das Pflegepersonal, das ist das ärztliche Personal und die Oberärzte und natürlich selbstverständlich auch die Angehörigen, dass man das im Konsens trifft. (A6, Z. 15-18) Es ist natürlich so, dass bei uns alle Patienten, wenn die auf die Intensivstation aufgenommen werden, gefragt werden, weil das eine Intensivstation ist. Es gibt welche, die schon konkret eine Patientenverfügung haben und sich auch nochmal dazu äußern können, aber es gibt natürlich welche mit Patientenverfügung, die sich nicht äußern können. Dann sprechen wir trotzdem trotz vorhandener Patientenverfügung doch mit

Kategorie	Textstellen
	Angehörigen auf jeden Fall. Und bei denen, wo keine Patientenverfügung da ist, dann natürlich in erster Linie mit den Angehörigen. Also es geht erst einmal um Aufklärungsgespräche, es hängt vom Krankheitsbild ab. Aber das ist das, was eigentlich primär auch am Aufnahmetag geklärt wird. (A6, Z. 35-43) […] Ziemlich zeitnah, ja. (A6, Z. 45) […] Auch bei Patienten, die zum Beispiel sediert und intubiert sind, dass man die nicht selbst befragen kann und man sieht, dass die erst einmal stabil sind, besprechen wir da trotzdem, wie der mutmaßliche Wille ist. Und das hängt natürlich, das ist dann ein Individualfall. Je nachdem, wir haben natürlich viele neurologische Erkrankungen mit Hirnschädigung und das sind meistens vielleicht Sondersituationen zu anderen Fachbereichen. (A6, Z. 49-53) (I: Wie machen Sie das dann (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Vorgehensweise bei Konflikten bei Entscheidungen am Lebensende)? Sprechen Sie dann nochmal mit den Angehörigen?) Ja, ja. Und wir sprechen auch dann, natürlich hängt es auch von dem Patienten ab, aber schon täglich, manchmal mehrmals am Tag, weil sich auf der Intensivstation die Situation manchmal schnell ändern kann. (A6, Z. 66-68) (I: Haben Sie denn auch schon einmal das Ethikkomitee eingeschaltet oder eher seltener?) Seltener, aber haben wir schon eingeschaltet, ja. (A6, Z. 70) […] Die da sozusagen Vermittlerrolle spielen zwischen uns und Angehörigen. Das ist dann häufig nicht das Problem mit dem Patienten selbst, sondern dass sind wirklich die Angehörigen und die Patienten können wir nicht fragen. (A6, Z. 72-74) (I: Und um solche Konflikte, Probleme zu vermeiden, haben Sie ja jetzt schon gesagt, dass Sie halt wirklich gleich am Anfang bei der Aufnahme schon klären wollen, wie sozusagen in Zukunft verfahren wird.) Ja, ja. (A6, Z. 78) Ich weiß nicht, ob für diese Patientin ein Bogen angelegt war, aber natürlich, wenn wir jemanden übernehmen, der lange schon vorher auf einer anderen Station lag, fragen wir: „Ist da der mutmaßliche Wille oder wie ist das geklärt?“: (A6, Z. 135-138) Und viele, gut, am Anfang, wenn sie gleich kommen, ist es natürlich zu viel. Die Entscheidung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) fällt dann natürlich nicht gleich leicht, aber man sollte dann doch schon, wenn es so sich absehen lässt, dass sie länger hier bleiben und dass die Therapie einfach nicht wirkt, finde ich einfach, dass es dann doch mal angesprochen werden soll. (P5, Z. 149-152) Ich würde schon einmal mindestens mit den Patienten darüber gesprochen haben, dass es möglich ist, dass diese Therapie einfach nicht wirkt und dass es sein kann, dass sie hierher kommen oder dass die es vielleicht gar nicht schaffen da oben. (P5, Z. 160-162)

Kategorie	Textstellen
	Durch Einführung dieses lila Zettels ist es so, dass die Ärzte sich nochmal vielleicht noch einen Tucken früher schon damit auseinandersetzen (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Thematik der Entscheidungen am Lebensende), sich schon damit, auch dahingehend mit den Angehörigen unterhalten. Das haben sie vorher auch schon gemacht, kommt auf die Persönlichkeit des Arztes an. (P6, Z. 391-394) Genau. (P1, Z. 395) Oder kam immer auf die Persönlichkeit des Arztes an, wie er schon einmal erst einmal mit dem Patienten, wenn es nicht ging auch mit den Angehörigen schon einmal gesprochen hat daraufhin. Aber jetzt ist es eigentlich fast in jedem Doktor auch schon einmal drin, so mehr finde ich als vorher zumindest. (P6, Z. 396-399) Ja. (P3, Z. 400) Ich glaube, dass mit diesem Thema (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Thematik der Entscheidungen am Lebensende) in der Gesellschaft auch jetzt ganz anders umgegangen wird als vor 20-30 Jahren, ja? Ich glaube schon, dass sich die Leute da eher Gedanken drüber machen: „Wie möchte ich ans Ende kommen, wenn, ne, wenn der Fall eintritt?“. (P3, Z. 444-446) Und ja, die Sicherheit oder wie genau die Therapie laufen soll, erfolgt erst in dem Moment, wo das konkret vom Oberarzt festgelegt ist. (P9, Z. 31-32) Vielleicht braucht das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Ansprechen der Thematik des Verzichts auf Wiederbelebung) auch mehr Zeit. Also man muss ja nicht gleich bei Aufnahme jetzt fragen. Aber wenn Leute bei uns drei, vier, fünf Tage liegen und man denkt: „Menschenskind, der pH, der ist nicht zu kriegen und das Lactat steigt und dies und jenes und wir machen schon Dialyse. Und wenn wir jetzt nur eine Sache vielleicht ausstellen, wäre der Patient nicht mehr lebensfähig.“. Da sollte man im Vorfeld dann schon mal hingehen. Aber dann ist immer noch die Frage: „Wie geht man auf die Leute zu?“. Also ohne Fachchinesisch, weil wir uns ja alle auskennen, aber die ja nicht. Also das wäre das Wichtigste erstmal. (P8, Z. 133-140) Also ich glaube, das hat auch was mit dem Alter zu tun, ob da einer liegt, der 50 ist oder 80 ist. Also das ist für mich eben ganz wichtig, dass man dann auch Fragen stellen kann. Mit 50 kann man vielleicht weniger oft fragen, aber mit 80 denke ich, da darf man durchaus schon mal darüber nachdenken. (P16, Z. 143-146) Wenn eine bestimmte Situation eintritt und es kritisch wird, dass man das bespricht und so, da bin ich ganz d´accord sozusagen, das ist auch wichtig, ne? (P15, Z. 150-152)

Kategorie	Textstellen
	Ganz wichtig für solche Gespräche (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Gespräche über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen mit den Betroffenen) finde ich halt auch, dass sich der Arzt von Vornherein schon mal richtige Gedanken darüber macht oder wir als Pflegepersonal. (P17, Z. 209-210) Und dass die Gespräche (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Gespräche über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen mit den Betroffenen) einfach anders geführt werden und dass das ärztliche Personal und auch wir, dass es sicherlich da Schonungsbedarf gibt. (P17, Z. 214-215) (I: Haben Sie den Eindruck, dass solche Kommunikationen oft gescheut werden seitens des ärztlichen Personals?) Und ich glaube, am Anfang scheut sich erst einmal jeder und muss sich erst einmal ein Bild darüber machen. Und deswegen, denke ich, ist es auch nicht richtig, gleich am Anfang zu sagen: „Möchten Sie, möchten Sie nicht?“, ne? Das ist einfach viel zu früh. Und aber wenn so ein paar Stunden oder manchmal auch Tage und Wochen vergangen sind, dann ist sicherlich so ein Bogen leicht auszufüllen. (P17, Z. 228-232) (I: Und wie ist das, wenn die Ärzte Entscheidungen treffen bezüglich des Einsatzes wiederbelebender Maßnahmen? Wussten Sie da schon einmal nicht, was angeordnet war? Dass es nicht kommuniziert wurde?) Ja, da wissen wir Bescheid. Wir haben auch Übergaben von den Ärzten an die Pfleger. Da wird auch nochmal gesagt, was bei dem Patienten gemacht werden soll. Die Kommunikation ist gut. (P21, Z. 33-35) Aber das ist ja auch nochmal, man muss es (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) dann halt im Team besprechen. (P21, Z. 36-37) Ja, also eigentlich versuchen die Ärzte in solchen Fällen (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Fälle, in denen der (mutmaßliche) Wille des Patienten unklar ist) auch immer, dann so schnell wie möglich die Angehörigen zu erreichen per Telefon und zu fragen, was gewünscht ist. Obwohl das in der Situation auch schwer zu entscheiden ist. Wenn der Patient selber noch ansprechbar ist, dann fragt der Arzt auch ihn, wie es weitergehen soll. Aber das ist auch sehr ungünstig. (P19, Z. 44-48) Aber eigentlich haben wir bei jedem Patienten, den wir aufnahmen und der bei uns auf Station liegt, eine Festlegung für den Notfall. Da steht immer, was gemacht werden soll und was nicht, dass man es vorher schon weiß. (P20, Z. 55-57)

Kategorie	Textstellen
	Und besonders wenn man lange in der Intensivmedizin arbeitet, dann bekommt man einfach ein Gefühl dafür, wie es vielleicht weitergehen könnte (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die gesundheitliche Entwicklung des Patienten). Wir sprechen so oft mit den Patienten und führen sehr viele Beratungsgespräche. (P21, Z. 136-138) Aber was schlimm ist, ist, wenn erst einmal alles gemacht wird, eine Lyse zum Beispiel und auch anderes und dann gesagt wird, es hat keinen Sinn mehr, wir hören jetzt auf. Das wäre auch für mich als Angehörigen schwer zu akzeptieren. Da greifen wir jetzt oft früher ein, um solche Situationen zu vermeiden. (P21, Z. 190-194)
Bog_Vor	Also auf der Intensivstation gab es schon länger, in den Kurven der Intensivstation, ne, also wo man den Patienten aufnimmt, immer ein Feld, wo man das eingetragen hat per Plus oder Minus, ob eine Wiederbelebung und künstliche Beatmung gewünscht ist oder Katecholamingabe. Das gab es schon lange, auch schon vor 2012, aber dieser Bogen ist ja dann doch noch ein bisschen expliziter oder detaillierter. (A3, Z. 80-84) Also ehrlich gesagt, ich kann mich jetzt mehr an die Zeit erinnern, als wir den Bogen schon hatten. Das war ja 2012. Ich war schon einmal auf der Station 2010, glaube ich, da gab es den dann ja noch nicht und ich muss ehrlich gestehen, ich glaube, dass wir das dann auf der Kurve von der Pflege dokumentiert haben, wenn es irgendwelche Therapieeinschränkungen gab. (A4, Z. 40-44) (I: Ja. War das denn auch so ausführlich? Nein, mit Sicherheit nicht. (A4, Z. 46) Also ich meine, ich hätte ab und an ganz vorne unter „Anmerkungen“ mal sowas geschrieben wir DNR, DNI, also *do-not-resuscitate*, *do-not-intubate*. Und dann haben wir wahrscheinlich Gespräche, doch, aber wir gesagt, das war also, wahrscheinlich war es so, also soweit ich mich erinnere, auf der Kurve umseitig, also wenn man, wir haben ja im Gegensatz zu anderen Intensivstationen noch nichts elektronisch, sondern wir schreiben ja wirklich noch auf Papier und wenn man diesen Bogen umdreht, wo die Pflege die Medikamente aufschreibt, dann haben wir das, dann meine ich, hätte man das da auch dokumentiert, aber sicherlich nicht so dezidiert wie in dem Bogen. (A4, Z. 48-55) Es ist nicht so gewesen, dass man so gute Dokumentation hat, was gemacht werden soll und was gegebenenfalls nicht gemacht werden soll, vor allem , weil wir ja im Vergleich zur chirurgischen Intensivstation sehr viele auch alte und multimorbide Patienten haben, ne, das ist ja auf internistischen Stationen, neurologischen, das sind ja schon andere, es ist eine andere Patientenklientel. (A4, Z. 62-66)

Kategorie	Textstellen
Bog_Ken	Wir haben ja hinten auch extra nochmal ein Textfeld, wo man extra nochmal explizit aufschreibt, was mit den Angehörigen besprochen worden ist, mit wem man es besprochen hat und, wie gesagt, man hat dann noch einzelne Sachen zum Ankreuzen, also ich denke, es ist ganz gut.. (A1, Z. 80-83) Es gibt auch hinten extra noch die Teile der Reevaluation. Also wenn wir jetzt sehen, dass der Patient am Anfang fast aussichtslos ist und er sich dann doch bessert, dann kann man nochmal hinschreiben: „Wir haben es neu reevaluiert und haben gegebenenfalls neue Dinge besprochen." Also die Möglichkeit besteht ja und die ist ja auch hier extra noch gegeben. Oder wenn man am Anfang nur eine Seite ausgeschlossen hat, wir nehmen jetzt mal fiktiv die Intubation an, und er verschlechtert sich weiter und jetzt auch die Reanimation ausschließen und die (…) ausschließen möchte. (A1, Z. 154-160) Ja. Ich kenne das noch von der IMC-Station, ja (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung"). (A2, Z. 145) (I: Und im Jahr 2012 wurde dann ja die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung" bei Ihnen eingeführt. Wie sind denn Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Dokumentationsbogen? Also ist der Bogen Ihnen bekannt? Kennen Sie die Inhalte?) Ja, ja. (A3, Z. 76) (I: Der Bogen wurde ja 2012 eingeführt, haben wir ja gerade schon besprochen, wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Bogen, also sind Ihnen die Inhalte ausreichend bekannt? Kennen Sie sozusagen das, was darin geschrieben steht?) Ich würde mir einbilden, ja. (A4, Z. 112) Ja, es ist ja schon, die wichtigen Sachen, finde ich, sind ja sehr gut aufgeführt, ne, also ich meine, hier gleich am Anfang wird ja unterschieden zwischen Normal- und Intensivstation. Wobei es ja bei uns in der Abteilung nur so ist, dass es für die Intensivstation gilt, wobei es so war, das war ja, ich meine, das was 2012 war ja eine ganz andere Situation als jetzt, ne? Da war der Bogen ja neu. Da war es auch so, dass das, was hier festgelegt war, das war jetzt nicht automatisch so, dass es auf Normalstationen allen klar war, was dieser Bogen heißt, ne? Mittlerweile gibt es den ja ein paar Jahre, sodass eigentlich alle oder dass er fast allen Kollegen geläufig ist, ne? Damals war so so, wir haben hier damit angefangen und die Kollegen auf Normalstationen, auch wenn die schon länger dabei waren, die kannten den halt einfach noch nicht, ne? Mittlerweile ist

Kategorie	Textstellen
	es so, dass die meisten, die hier irgendwo im Haus in unserer Abteilung arbeiten, schon einmal auf der Intensivstation waren, die kennen den Bogen und die wissen auch was damit anzufangen. (A4, Z. 114-125) Und dann finde ich eigentlich sehr gut, dass die Therapieeinschränkungen oben stehen, dann, ganz wichtig, Gründe für die Unterlassung, dann: „Hat der Patient eine Vorsorgevollmacht oder nicht?“ und mit wem wurde das besprochen an dem Tag und warum ging es nur mit dem, wer ist der Betreuer und was ich zum Beispiel auch gut finde, ist, dass die Entscheidung auch im Team kommuniziert wurde, ne? (A4, Z. 126-131) Viele kennen den Bogen ja, wie gesagt, schon, weil, denn der Patient verlegt wird, geht der Bogen ja mit. Der kommt dann auf 1025, also auf unserer IMC-Station, auf Normalstationen in die Patientenakte, da ist aber auf jeden Fall damit kommuniziert: „Ok, es gibt eben eine Patientenverfügung.“. (A4, Z. 239-242) Dadurch, dass viele den Bogen schon kennen, ist es oft nicht nötig, dass man eine großartige Einführung macht. (A4, Z. 246-247) […] Aber wirklich, es ist tatsächlich so, dass aus unserer Abteilung den viele Kollegen kennen. (A4, Z. 249-250) (I: Ja, diese „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“, die wurde ja 2012 auf der kardiologischen und nephrologischen Intensivstation eingeführt, ist inzwischen auch auf der IMC-Station und auch auf einigen Normalstationen eingesetzt. Haben Sie schon einmal was von dem Bogen gehört überhaupt?) Ja. (A5, Z. 127) (I: Also ist er Ihnen bekannt?) Ja. (A5, Z. 129) (I: Das ist so ein lila Bogen, der immer vorne dann auf die Akte geheftet wird.) Genau. (A5, Z. 131) (I: Ich weiß nicht, ob Sie davon gehört haben, es wurde ja dieser Dokumentationsbogen über den Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen oder auf lebensverlängernde Maßnahmen 2012 eingeführt und den gibt es schon auf der IMC-Station, auf ein paar Intensivstationen und auch auf ein paar Normalstationen. Haben Sie von dem Bogen schon einmal gehört? Also wissen Sie, dass es den gibt?) Also gehört habe ich schon. (A6, Z. 120) (I: Und würden Sie sich denn wünschen, dass zum Beispiel dieser Bogen, also ich weiß, Sie haben ja alles digital, Sie haben ja keine Patientenakten aus Papier mehr, und dieser Bogen, den könnte man natürlich auch digitalisieren, das wäre jetzt kein Akt, kein großer Aufwand, würden Sie sich ein einheitliches System, dass man meinetwegen sich im ganzen Krankenhaus irgendwie auf ein einheitliches System wie so etwas gehandhabt

Kategorie	Textstellen
	wird, einigt, dass vielleicht solche Probleme dann auch nicht mehr entstehen, wenn es zu Verlegungen kommt, würden Sie sich das wünschen? Wäre das in Ihrem Sinne?) Also ich kenne jetzt den Bogen nicht so im Einzelnen. (A6, Z. 161) Da steht ja drauf ganz klar, wie viel, was noch gemacht werden soll. Da steht jetzt drauf, ob das der Patient selbst wünscht oder die Angehörigen oder ob es nochmal Diskussionsbedarf gibt, das steht ja alles drauf. (P2, Z. 104-106) Oder jetzt zum Beispiel das Neueste, das Neueste nicht, aber ist die NIV-Maske, ne, dass man sagt, man macht zum Beispiel nichtinvasive Beatmung eben dann nicht, auch wenn es vielleicht geboten wäre von der Beatmungssituation, aber eben der Patient so krank und hinfällig ist, dass er vielleicht eh verstirbt. (P8, Z. 69-72) […] Das war allerdings auch schon in den Bögen drin, nur seltener. Das wird wahrscheinlich jetzt erst kommen, ne? (P8, Z. 74-75) (I: Nun wurde ja im Jahr 2012 auf der nephrologischen und kardiologischen Intensivstation sowie auf der IMC-Station und einigen Normalstationen die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ eingeführt. Kennen Sie diesen Bogen überhaupt?) Nein, ich kenne ihn nicht. (P19, Z. 80) (I: Nun wurde ja im Jahr 2012 auf der nephrologischen und kardiologischen Intensivstation sowie auf der IMC-Station und einigen Normalstationen die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ eingeführt. Kennen Sie diesen Bogen überhaupt?) Ja. Ich bin im Moment in meiner Weiterbildung und muss deswegen zwischen den Stationen rotieren und habe den vor zwei Jahren auf der Station 1026 kennengelernt. (P20, Z. 81-82) Und da auf dem Bogen steht auch noch, ob ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder nicht. Das finde ich sehr wichtig. (P20, Z. 88-89) Und hinten ist auch nochmal ein Feld, wo man reinschreiben kann, was bei dem bestimmten Patienten noch dazukommt, eine Ausnahmeregelung zum Beispiel. (P20, Z. 97-99)
Bog_Einf	(I: Gab es eine Einführung, auch für die anderen Ärzte der Station, in die Handhabung?) Ja. Für die damaligen Ärzte ja. Das Problem ist natürlich, dass die Ärzte bei uns alle sechs Monate durchtauschen. Das heißt natürlich, dass die, die damals eingeführt worden sind, zum Teil nicht mehr auf Station sind, sondern auf anderen Stationen. Sie verwenden teilweise auch den Bogen da oben schon, aber eben noch nicht auf

Kategorie	Textstellen
	allen Stationen. Und die jungen Kollegen bekommen eben bei uns eine Kurzeinführung von dem Bogen, aber die ausführliche Einführung, die damals gegeben worden ist, ist nicht mehr da. Es wäre auch schwierig, alle drei bis vier Monate die ganzen Kollegen neu einzuweisen, weil es halt eine große, ausführliche Einweisung und Besprechung von einem halben Tag war. Das ist natürlich dann nicht möglich. (A1, Z. 91-99) (I: Aber wenn neue Kollegen kommen, werden sie auf jeden Fall darüber informiert, dass es ihn gibt und über Inhalte des Bogens aufgeklärt?) Richtig, richtig. (A1, Z. 102) (I: Haben Sie eine Einführung in den Bogen erhalten, dass Ihnen Punkte erklärt worden sind?) Ne, das hat man nicht bekommen. Wir haben das quasi jetzt auf Station, irgendwann kam das einfach und dann hat man es quasi übernommen. Aber so eine richtige Einarbeitung oder Aufklärung über diesen Bogen gab es einfach halt bei uns nicht. (A2, Z. 158-160) Das war zeitgleich eine Einführung hier auf der Station und eigentlich auch, meine ich, auf der 1022, oder täusche ich mich? (A4, Z. 29-30) […] Ich meine, ja, da saßen wir irgendwie in so einem Raum da hinten und haben das mit Pflege und Ärzten der 1022 zusammen besprochen. (A4, Z. 32-33) […] Meine ich. Also ich hoffe, ich irre mich nicht, ist ja auch schon ein bisschen her. (A4, Z. 35) (I: Ja, ja, genau. Der (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“) wurde hauptsächlich halt vom Ethikkomitee entwickelt, da von den Pflegenden.) Die waren aber auch da bei der Einführung. (A4, Z. 225) […] Da bin ich mir sehr sicher. Ich weiß nicht mehr genau wer alles da war, ich weiß noch, dass die Pflegeleitung von der 1022 dabei war und unsere war da und die Oberärzte und Stationsärzte von beiden Stationen, meine ich. Und das wurde vom Ethikkomitee, ich, wie gesagt, ich weiß nicht mehr. (A4, Z. 227-230) Viele kennen den Bogen ja, wie gesagt, schon, weil, denn der Patient verlegt wird, geht der Bogen ja mit. Der kommt dann auf 1025, also auf unserer IMC-Station, auf Normalstationen in die Patientenakte, da ist aber auf jeden Fall damit kommuniziert: „Ok, es gibt eben eine Patientenverfügung.“. Und ansonsten gibt es jetzt keine offizielle Einführung, dass irgendjemand irgendwo was unterschreiben muss. Aber, wie gesagt, also ich habe den Eindruck, dass, dadurch, dass wir den jetzt schon länger hier haben und dass alle eigentlich also durchaus, ich würde sagen, dass keiner negative Erfahrungen damit gemacht hat, glaube ich nicht. Dadurch, dass viele den Bogen schon kennen, ist es oft nicht nötig, dass man eine großartige Einführung macht. Also ist mein Eindruck. Und ansonsten, also wir haben ja eine Checkliste für die Einarbeitung, ich glaube, da steht der ehrlich gesagt nicht drauf, muss ich ganz ehrlich gestehen. Also.. Aber wirklich, es ist tatsächlich so, dass aus unserer

Kategorie	Textstellen
	Abteilung den viele Kollegen kennen. Das war ja auch irgendwie, es war ja ganz am Anfang immer eine ganz große Frage: „Gilt der denn auch dann noch für Normalstationen? Ist das denn ein offizielles Dokument?“ und so weiter. Da kann ich mich noch dran erinnern, da gab es ganz viele Diskussionen. Aber ansonsten glaube ich eher, dass man den dann einfach kennenlernt, wenn man auf Station kommt. (A4, Z. 239-254) Und wir füllen den ja sehr viel aus. Also ich würde sagen, dass immer, dass meistens die Hälfte der Patienten gefühlt auf Station diesen Bogen hat. Und ich glaube, das ist eher so ein bisschen, dass man den in den sechs Wochen Einarbeitung, die man hat, dass man den dann kennenlernt. Also man hat, man wird dann nicht dann. (A4, Z. 256-259) (I: Automatisch dann.) Genau, man wird nicht dran vorbeikommen. (A4, Z. 261) (I: Haben Sie denn bevor der Bogen eingeführt wurde, das war ja vor ein paar Jahren erst, der ist ja jetzt noch nicht so alt, eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Aspekte erklärt worden sind?) Ich glaube nicht. (P4, Z. 95) (I: Haben Sie denn bevor der Bogen eingeführt wurde, das war ja vor ein paar Jahren erst, der ist ja jetzt noch nicht so alt, eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Aspekte erklärt worden sind?) Ne, kann ich mich nicht dran erinnern. (P1, Z. 96) (I: Haben Sie denn bevor der Bogen eingeführt wurde, das war ja vor ein paar Jahren erst, der ist ja jetzt noch nicht so alt, eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Aspekte erklärt worden sind?) Ärztlicherseits sicherlich schon, bei uns nein. Der wird ja auch vom Arzt ausgefüllt. (P3, Z. 97) (I: Ok. Würden Sie sich eine Einführung vielleicht trotzdem wünschen, wenn Sie hier neu auf die Station kämen?) Das erlernt man. Also das kriegt man so mit. Da steht ja drauf ganz klar, wie viel, was noch gemacht werden soll. Da steht jetzt drauf, ob das der Patient selbst wünscht oder die Angehörigen oder ob es nochmal Diskussionsbedarf gibt, das steht ja alles drauf. Also eigentlich braucht man den nur lesen und dann kann man den eigentlich verstehen. (P2, Z. 104-107) (I: Haben Sie denn in diesen Bogen eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Punkte erklärt worden sind?) Wir haben hier darüber gesprochen. (P10, Z. 170) (I: Haben Sie denn in diesen Bogen eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Punkte erklärt worden sind?) Doch, doch. Erklärt wurde das. (P10, Z. 171)

Kategorie	Textstellen
	(I: Haben Sie denn in diesen Bogen eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Punkte erklärt worden sind?) Wir haben das ja in der Stationsbesprechung vorgestellt. (P13, Z. 172) (I: Haben Sie denn in diesen Bogen eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Punkte erklärt worden sind?) Doch, doch, wir haben es besprochen. (P8, Z. 173) (I: Haben Sie denn in diesen Bogen eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Punkte erklärt worden sind?) Ja. (P11, Z. 175) Wir haben den Bogen vorgestellt und dann haben wir die Punkte, was welcher Punkt bedeutet, auch für den Patienten, auch für uns bedeutet und wie verbindlich das für die Ärzte dann auch ist, also für mich war es klar. (P12, Z. 176-178) (I: Haben Sie denn in diesen Bogen eine Einführung erhalten? Dass Ihnen einzelne Punkte erklärt worden sind?) Ich kann mich da nicht mehr dran erinnern, ich weiß nicht, ob ich dabei war. (P10, Z. 179) (P12: Vielleicht warst du da nicht da.) Ja, kann sein. (P10, Z. 181) (I: Und für neues Personal, was dann seit der Zeit der Einführung neu gekommen ist, wurde da auch noch eine Einführung gemacht?) Dann bei Bedarf am Bett. (P10, Z. 184) […] Also wenn der Zettel da hing: „So und so ist das.“. Du hattest glaube ich noch gar keine, oder? (P10, Z. 186-187) Ne. (P16, Z. 188) Aber ich weiß, dass ich das schon einmal gemacht habe, weil auch die Frage war: „Was ist das für ein Zettel?“. Ich sage: „So und so, das ist besprochen, dafür ist der da.“. (P10, Z. 189-190)
Bog_Notf	Der wird oben auf die Akte aufgeheftet (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen), also als Oberstes, dass ihn wirklich jeder sofort sieht. Die Farbe ist auch so explizit gewählt, dass man ihn wirklich erkennt, weil wir keine andere Farbe haben, die so gewählt wird. Das heißt, jeder weiß, dass dieser Bogen ein Bogen ist, wo eben Besprechungen durchgeführt worden sind, wo Dinge festgelegt worden sind. (A1, Z. 71-74) (I: Und enthält der Bogen Ihrer Meinung nach denn klare Formulierungen, klare Anweisungen, die halt wirklich in konkretes Handeln umgesetzt werden könnten, auch im Notfall?) Ja, ja, ganz klar. (A1, Z. 80) (I: Und enthält der Ihrer Meinung nach klare Anweisungen, klare Formulierungen, die in, auch im Notfall, wenn es schnell gehen muss, in konkretes Handeln umgesetzt werden können?) Eigentlich schon. Einfach halt verbunden mit gewisser Erfahrung des Arztes oder Ärztin, wo

Kategorie	Textstellen
	die einfach halt anhand des Bogens schon einfach eine Entscheidung treffen können, würde ich sagen, ja? Das heißt auch, da muss jemand, der Erfahrung hat, gucken. Es steht auch denke ich Facharzt, Oberarzt hinten. (A2, Z. 149-152) (I: Mhh. Enthält der Bogen denn Ihrer Meinung nach klare Formulierungen, die auch dann im Notfall in konkretes Handeln schnell umgesetzt werden können?) Ja. Absolut. (A3, Z. 95) Weil wir den ja auch sehr gut sichtbar hier unten auf die Patientenakte heften, ne, der kommt ja vorne, der kommt ja vorne drauf (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen). (A4, Z. 125-126) (I: Das heißt, Ihrer Meinung nach: „Der Bogen hat auch klare Anweisungen, die halt konkret in irgendwelche Handlungen umgesetzt werden können“.) Ja, so ist es. (P2, Z. 87) (I: Ja. Aber trotzdem muss das Pflegepersonal den Bogen ja auch kennen und wissen was drin steht und wie man das Ganze umsetzen soll.) Dazu ist er aber so eindeutig und übersichtlich formuliert, das ist ganz einfach umzusetzen. (P2, Z. 100-101) (I: Haben Sie denn Anmerkungen bezüglich des Bogens bezüglich irgendwelcher unklaren Formulierungen? Dass Sie bei irgendwelchen Kreuzchen, die gesetzt werden, oder Sätzen, die geschrieben werden, nicht genau wissen, wie Sie vorgehen sollen? Oder ist das eine klare Anweisung?) Eine klare Anweisung. (P7, Z. 353) Klar. (P3, Z. 354) Ja, nur wenn explizit drinsteht, dass keine Intubation gewünscht ist, keine Reanimation, mechanisch oder pharmakologisch. (P8, Z. 68-69)
Bog_Ausw	Wir haben hier jemanden liegen, einen 88-jährigen zum Beispiel, der schwer erkrankt ist, der vielleicht auch bestimmte Wünsche hat, die er aber nicht mehr selbst vorbringen kann, weshalb er (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) dann eben auch eine Handlungsanweisung hat für unsere Kolleginnen und Kollegen. (A1, Z. 14-17) Manchmal haben sich auch Kollegen gescheut, oben auf den Bogen zu schreiben: „Wir möchten nicht, dass die Patientin wiederbelebt wird.“. Das war auch so eine Unsicherheit. Da haben die gedacht, da könnte man sie dann noch vielleicht rechtlich belangen. Und deshalb war es wirklich wichtig, dass dieser Bogen entwickelt worden ist, einfach als Handlungsempfehlung und auch Weisung, dass man weiß, was denn besprochen ist und was nicht. (A1, Z. 32-37)

Kategorie	Textstellen
	Und dann steht der Kollege oder die Kollegin da und weiß eben nicht, wie sie weitermachen soll. Deswegen ist der Bogen wirklich Gold wert. (A1, Z. 41-43) Wir verwenden ihn (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen), wenn wir eben den Eindruck haben, dass die Patienten nicht alles möchten oder die Angehörigen mit uns natürlich bestimmte Gespräche führen oder auch wir den Eindruck haben, dass medizinisch keine sinnvollen Aktionen mehr für den Patienten möglich sind. Dann wenden wir den Bogen an. Wir sprechen mit den Angehörigen oder, wenn es der Patient selbst kann, auch mit dem Patienten. Wir besprechen mit ihm, was seine Wünsche sind, was er sich selbst vorgestellt hat und dokumentieren das auf dem Bogen und füllen den Bogen zusammen mit dem Patienten oder dem Angehörigen aus und unterschreiben es auch am Ende, bzw., wenn möglich, sollte auch der Patient gleich mit unterschreiben. Damit er auch weiß, was besprochen worden ist. (A1, Z. 60-69) Das heißt, jeder weiß, dass dieser Bogen ein Bogen ist, wo eben Besprechungen durchgeführt worden sind, wo Dinge festgelegt worden sind und dieser Bogen ist dann auch bindend. (A1, Z. 73-75) Also ich bin sehr zufrieden und, wie gesagt, es hat bisher schon einiges für uns, für die Kollegen, für die Pflege gebracht (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen). (A1, Z. 83-84) Ausgefüllt wird er (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) meistens vom Stationsarzt oder von mir, wobei, wenn es, wie gesagt, dann Abend ist und wir nicht greifbar sind, muss es auch der zuständige Kollege ausfüllen. Aber wir überprüfen es meistens morgens nochmal, um einfach dann sicher zu sein. Es ist auch ein Facharzt oder ein Oberarzt für die Unterschrift gefordert, sodass wir es doch dann gegenlesen müssen. (A1, Z. 102-106) Sonst bin ich ganz zufrieden. Also ich habe mit dem Bogen keine Probleme, wir haben es bis jetzt immer geschafft, die Dinge, die wir klären wollten, darauf auch festzulegen. (A1, Z. 129-131) Es ist schon einfach halt eine große Hilfe, wenn man so etwas (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) einfach halt bei diesem Fall, ob das Reanimation oder Defibrillation ist, einfach halt vorliegen hat, dass man das noch relativ schnell, punktuell einfach schnell durchgeht und dann auch entscheidet, ja? Das kann man halt sagen, ne? (A2, Z. 152-155)

Kategorie	Textstellen
	Ja, das ist einfach halt so, dass der Bogen nicht einfach halt jetzt entscheiden soll, der soll bei der Entscheidung helfen, ja? Das ist einfach halt natürlich eine sehr große Hilfe, aber das ist nicht nur der einzige Punkt, nach dem ich einfach halt jetzt entscheide: „Mache ich es so oder so?“. (A2, Z. 173-176) Ob er nun auf Intensivstation möchte oder auf IMC oder auf gar nichts von beidem und wie das mit Ernährung ist und wann es mit wem besprochen worden ist, ob der Patient das selber gesagt hat oder die Angehörigen und dann ist es (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) schon sehr hilfreich, finde ich. Erstens weil man halt ein standardisiertes Dokument hat, was man also aus dem Schrank nehmen muss und für jeden Patienten ausfüllt, man muss sich da nicht jedes Mal selber was Neues ausdenken. Zweitens, weil es alle kennen und drittens, weil man dann auch als Arzt irgendwo diese Sicherheit hat, dass man das Ganze gut dokumentiert hat, dass man an alles gedacht hat, ja dass man unterschrieben hat, das Ganze nochmal fachärztlich gesehen worden ist und so weiter. (A3, Z. 84-92) Ja, da finde ich es dann immer wichtig, dass man das Ganze mit dem Pflegepersonal bespricht, ne? Wenn wir jetzt zum Beispiel einen Patienten hatten auf der Intensivstation, wo dann in Gesprächen mit der Familie und dem Patienten rausgekommen ist, dass er keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr möchte, dann habe ich diesen Zettelausgefüllt und ans Bett geheftet oder an die Akte oder wo auch immer und gleichzeitig der Pflege aber immer kommuniziert, dass wir jetzt diesen Zettel ausgefüllt haben und was der Patient möchte oder nicht mehr möchte. (A3, Z. 97-103) Das ist natürlich auch was, was mit dem Bogen sehr, wir fragen die Angehörigen ja meistens, also, es sei denn, es ist jetzt ein 40-jähriger Patient, der wird keine Patientenverfügung haben und keine Vorsorgevollmacht, aber meistens fragen wir ja schnell auch: „:Hat der Patient eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuung oder eine Patientenverfügung?“, um dann eben diesen Bogen auszufüllen, damit man sich möglichst vorher die Gedanken macht, ne? Es ist ja oft so, dann kommt es zu so einer Situation, dann steht man so ein bisschen doof da und allein das ist auch schon eine sehr gute Sache, finde ich, von diesem Bogen, weil man sich von Vornherein ja auch schon Gedanken macht: „Gibt es eventuell Therapieeinschränkungen?“; was ja viele Leute haben, muss man auch sagen. Ja, also viele Leute sagen ja oder legen ja vorher fest: „Ich möchte keine künstliche Beatmung, ich möchte dies nicht, ich möchte jenes nicht:“. (A4, Z. 95-106) Ja, es ist ja schon, die wichtigen Sachen, finde ich, sind ja sehr gut aufgeführt, ne, also ich meine, hier gleich am Anfang wird ja unterschieden zwischen Normal- und Intensivstation. (A4, Z. 114-116)

Kategorie	Textstellen
	Und ich finde, dass es dann, wenn so etwas festgelegt wird, wichtig ist, dass man es im Team bespricht, ganz ehrlich, also ich frage die Pflege auch immer: „Ist das für dich ok? Ist das hier für alle in Ordnung?“. (A4, Z. 138-140) Und ich finde das sehr wichtig, dass man das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist eine Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) wirklich im Team kommuniziert. Also finde ich persönlich irgendwie wichtig. (A4, Z. 148-149) Also das hilft mit Sicherheit und ist eine sehr gute Sache, also ich würde ihn auch nicht wieder, ich würde damit nicht, würde niemals sagen: „Wir schaffen den Bogen ab.“, auf gar keinen Fall. Aber ich glaube, hundertprozentig wird man wahrscheinlich nicht gerüstet sein. Aber ich würde sagen, dass wir und alle sehr bemühen, auch im Fall, dass sich die Situation ändert beim Patienten, dass es neue Aspekte gibt, es ist ja genug Platz. Also ich würde sagen, dass wir dann versuchen, dass wir es meistens auch einigermaßen hinkriegen, dann wirklich auf die neue Situation einzugehen. Aber ich glaube, ganz hundertprozentig, ich weiß nicht, was meine Kollegen gesagt haben, aber ich kann es mir nicht. (A4, Z. 185-192) […] Aber trotzdem ist es sehr viel besser als gäbe es es den Bogen nicht. (A4, Z. 197) Ich glaube auch, das ist die Hauptsache, dass man früh anfängt, sich Gedanken zu machen, dass so etwas mal im Raum stehen könnte. (A4, Z. 200-201) Ja, wir haben ja auch immer wieder das Problem oder die Diskussion, das haben Sie bestimmt auch mitbekommen, diese Unterschrift. Weil hier steht Oberarzt oder Facharzt. Und es ist natürlich so, dass oft im Dienst oder am Wochenende gar kein Oberarzt oder Facharzt hier ist, haben bestimmt meine Kollegen Ihnen auch gesagt, das ist manchmal ein Problem. Bei uns ist es ja jetzt oft so, Sie haben die ja jetzt, die Bögen, bekommen die immer. Da sieht man ja auch, das ist ja oft kein Facharzt, geschweige denn Oberarzt, der die unterschreibt, weil im Zweifelsfall am Wochenende zwei Kollegen da sind, die zwar jetzt keine Berufsanfänger sind, die aber eben kein Oberarzt oder Facharzt sind und dann machen die Kollegen das untereinander. (A4, Z. 208-216) Das war ja auch irgendwie, es war ja ganz am Anfang immer eine ganz große Frage: „Gilt der denn auch dann noch für Normalstationen? Ist das denn ein offizielles Dokument?“ und so weiter. Da kann ich mich noch dran erinnern, da gab es ganz viele Diskussionen. (A4, Z. 250-253) Also ich, wahrscheinlich macht das jeder ein bisschen anders. Ich frage immer jetzt nicht dezidiert die ganze Pflege. Aber wenn wir irgendwas besprechen am Patienten oder sagen, der Pflege wird ja auf jeden Fall mitgeteilt, dass es Therapieeinschränkungen gibt. (A4, Z. 274-276)

Kategorie	Textstellen
	Also, ich will damit bloß sagen, will damit sagen, also es ist ja keine rein ärztliche Sache, dieser Bogen, weil wir ja auf jeden Fall, also ich zumindest, versuche, der Pflege das immer mitzuteilen und auch zu fragen: „Ist das okay so für dich?“, ne? (A4, Z. 286-288) Ja, ja, also letztendlich finde ich, verstehe ich den Bogen irgendwie als Sache, die man als Arzt und Pflege zusammen ehrlich gesagt bespricht. (A4, Z. 294-295) […] Also ich würde das nicht getrennt sehen ehrlich gesagt. Also ich glaube, das ist auch falsch, das auf einer Intensivstation zu machen, weil immer nicht nur die Ärzte sondern auch die Pflege natürlich genau mit der gleichen Wichtigkeit den Patienten betreut. (A4, Z. 297-299) Aber ich glaube, als Arzt muss man sich bemühen, dass man auf jeden Fall das auch mit der zuständigen Pflegekraft bespricht, auf jeden Fall. (A4, Z. 304-305) Aber prinzipiell, finde ich, ist der Bogen eine Sache, die für Ärzte und Pflege und quasi als Teamentscheidung gilt, auf jeden Fall. (A4, Z. 309-310) […] Auf jeden Fall. Also alle Behandelnden von den Patienten, weil, wie gesagt, das ist, auch wenn der Patient alt ist, ist nicht immer so einfach, da irgendwas festzulegen: „Soll gemacht werden, soll nicht gemacht werden.“, also, ist oft schwierig. (A4, Z. 313-315) Also was ich an dem Bogen halt, ich finde, prinzipiell finde ich das total sinnvoll, dass es so einen Bogen gibt. Und ich finde es auch sinnvoll, dass überhaupt die Leute befragt werden. (A5, Z. 161-163) Und da, muss man sagen, hilft uns diese Dokumentation hier, bringt uns wirklich ein Stück weiter, um halt Rechtssicherheit darzustellen und darzulegen, weil auch trotz allem immer noch so diese, ja, diese Unsicherheit ist, ne, also: „Mache ich zu wenig oder mache ich es falsch?“, „Was für Konsequenzen hat das?“, „Wie sieht das überhaupt aus juristisch? Kann ich dafür belangt werden, wenn ich jetzt gewisse Sachen unterlasse?“. (P1, Z. 66-71) Da hilft uns zwar jetzt letztendlich dieser Zettel auch nicht so unbedingt weiter, also um so richtig Klarheit zu schaffen, aber es erleichtert uns doch ungemein. Also sorgt auch für Sicherheit. Weil, wenn wir so im Kollegenkreis hier sitzen und bei diesen Übergaben gesagt wird: „Also es ist mit den Angehörigen gesprochen worden, diese Dokumentation ist mit denen besprochen, ausgefüllt, formal juristisch auch wirksam durch Unterschrift.“ Dann haben wir schon ein klares Bild und eine klare Vorgehensweise und können uns auch darauf einrichten, was uns viel Sicherheit auch dann im täglichen Umgang mit dem Patienten gibt. Also ich denke, meine Kollegen sehen das auch so. (P1, Z. 77-84)

Kategorie	Textstellen
	Ja, es gibt halt mehr Rechtssicherheit, kann man sagen. Also dadurch hat man natürlich, wenn man weiß, woran man ist, dann geht man ja auch ganz anders damit um. Ja, dann weiß man, woran man sich zu halten hat, wie weit man gehen kann und das ist dann schon, das ist sehr, sehr hilfreich für alle Beteiligten. (P1, Z. 88-91) […] Also ich meine jetzt wir als Klinik sozusagen, also die Ärzte auf der Station, um halt für uns eine Direktive festzulegen, ja? (P1, Z. 120-121) Und was mir aufgefallen ist, ist, dass es auch hin und wieder vorkommt, dass zwar dieser Zettel am Patienten liegt und auch fest fixiert geregelt ist, aber dann plötzlich wieder geändert wird. Ja, das heißt also, wenn es vorher hieß: „Also keine Intubation, keine Reanimation." und dann kommen, ich meine, wenn der Patient selber das äußert, finde ich das unproblematisch, aber ich finde es dann ja manchmal schwierig, wenn dann Angehörige kommen, mit denen das vorher festgelegt wurde und jetzt kommen sie wieder und wollen es doch wieder anders haben, ja? Also das finde ich manchmal problematisch. (P1, Z. 123-131) Klar, das muss ja mit den Ärzten besprochen werden (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Änderungen der im Bogen getroffenen Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen). Wir haben ja nicht, wie gesagt, nicht die pro cura das zu entscheiden. Natürlich wird das dann mit den Ärzten besprochen. Und die Ärzte gehen, soweit ich das jetzt mitbekommen habe, gehen die dann auch in der Regel dann darauf ein und ändern dann diese Vorgaben, ja? (P1, Z. 133-136) (I: Aber würden Sie sagen, dass sich das durch diese Einführung des Bogens schon verändert hat?) Also dass Unsicherheiten.) Verändert nicht, aber es hilft, was ich vorhin sagte. (P1, Z. 201) […] Es hilft schon, weil man jetzt klar, eine klar definierte Struktur auf dieser Patientenkurve hat, wo man draufgucken kann, ne? Wie gesagt, ich komme jetzt als Pflegekraft an das Bett eines Patienten, den ich noch nicht kenne und habe diesen Bogen da oben drauf, dann kann ich ihn durchlesen und ich weiß halt explizit: Ok, das und das wird gemacht, das und das nicht. Es gibt mir eine Sicherheit. (P1, Z. 203-207) […] Aber sie ist halt nicht, sie ist halt nicht, sage ich mal, endgültig sozusagen. (P1, Z. 209) Ne, das ist aber. (P3, Z. 210) Also sie kann immer noch, immer noch irgendwie. (P1, Z. 211) […] Also es ist jetzt nicht, jetzt eine ganz klare, abgesegnete Geschichte, sage ich mal so, ja? Und also, es kann immer wieder eingegriffen werden, ne? (P1, Z. 213-214) Ja. (P4, Z. 216) Ja, das ist ja. (P3, Z. 217) […] So. Ja eben. (P3, Z. 219) Es kann niemals die Entscheidung sein: Lila Zettel, so. (P6, Z. 218) […] So ist es ja nicht. (P6, Z. 221) Ne, ne, das meine ich nicht, das meine ich nicht. Natürlich muss sowas flexibel sein. Ja, ich meine, es kann ja auch eine Wunderheilung stattfinden oder der Totgeglaubte kommt

Kategorie	Textstellen
	wieder ins Leben, aber das habe ich zwar noch nie erlebt. (P1, Z. 222-224) (I: Deswegen muss man ja immer wieder reevaluieren.) Genau. (P7, Z. 226) Ja, so ist es auch. (P1, Z. 227) (I: Je nach Situation, wenn sich die Situation verbessert, verschlechtert, vielleicht andere Maßnahmen zu ergreifen.) Genau. (P6, Z. 230) Ja, richtig. (P2, Z. 231) Die (Anm. der Verfasserin: gemeint sind die Stationsärzte und/oder die Assistenzärzte) brauchen vor allen Dingen den Bogen, um sich daran zu hangeln und sagen: „Hier mein Oberarzt hat hier unterschrieben und mit dem Facharzt ist es abgestimmt.“. Die sind diejenigen, die den am meisten brauchen, da können sie sich dann daran hangeln. Sie selber sind nämlich ganz dieser Entscheidungsgewalt beschnitten. Und wenn wir da so ein bisschen stressen müssen und sagen: „Was soll das noch oder was?“, dann werden die manchmal auch ganz schön kiemich zu uns und sagen: „Ja, ihr müsst ja nicht entscheiden.“. (P2, Z. 280-286) Das ist das, was ich vorhin meinte. Also das war vielleicht ein bisschen missverständlich. Genau das, was ich meinte, ist: Der Zettel ist da, er ist ausgefüllt, aber er wird dann trotzdem immer wieder geändert aus solchen Gründen. Und wissen Sie, und das, das konterkariert diese ganze Geschichte. Ja, also alle finden es schön, dass er da ist, er ist ausgefüllt, ja, aber dann kommen durch solche, verursacht durch solche Situationen, wird er dann doch wieder schnell mal geändert, wird durchgestrichen, wird was anderes hingeschrieben und wissen Sie, und dann. (P1, Z. 287-293) Also das ist aber nicht so. (P6, Z. 294) Ne. (P7, Z. 295) Das ist aber nicht so. (P6, Z. 296) Es geht ja nicht normalerweise so. Es ist so. (P7, Z. 297) Entschuldigung, das habe ich aber schon so erlebt, absolut. (P1, Z. 298) Aber nicht, dass das in den meisten Fällen so ist, dass da irgendwas durchgestrichen wird und wieder. (P6, Z. 299-300) Ich sage nicht in den meisten Fällen. Ich habe gesagt, dass es vorkommt, ja? Also wir haben hier schon, das ist schon öfters vorgekommen, dass diese Zettel nochmal geändert wurden. (P1, Z. 301-303) Ja, natürlich. (P6, Z. 304) Ja, klar. (P7, Z. 305) Aufgrund solcher Situationen, ja? (P1, Z. 306) Ja, das soll es ja auch. (P6, Z. 307) Also nicht, weil sich jetzt der Zustand des Patienten geändert hat, sondern weil irgendjemand von außen nochmal massiv eingegriffen hat aus eigenem Ansehen. Also dass jetzt ein Oberarzt oder irgendwer da zu einer anderen Entscheidung gekommen ist oder, ne, der Zettel war klar, wir halten uns daran und dann kommt irgendjemand und sagt: „Ne, also ne, ne, ne, jetzt machen wir doch nochmal was.“. Und dann wird in diesem Moment diese Dokumentation konterkariert und das ist natürlich nicht gut. (P1, Z. 308-313)

Kategorie	Textstellen
	Ich möchte das ein bisschen straffen. Ich finde, das ufert aus, entschuldige, wenn ich mal eingreife. (P3, Z. 319-320) […] Ich glaube, dass diese Zettel ziemlich stringent umgesetzt werden und Änderungen ganz, ganz selten erfolgen. Ich persönlich habe noch nie eine Änderung erlebt, muss ich sagen. (P3, Z. 322-323) Also ich habe jetzt vor Kurzem eine Änderung (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Änderungen der im Bogen dokumentierten Entscheidung) erlebt, das war Herr (Name entfernt). Da stand ganz klar drin: Keine Reanimation, keine Intubation. NIV-Maske, ja. Von den Angehörigen entschieden, er selber konnte es nicht entscheiden. (P7, Z. 325-327) Ja. (P3, Z. 328) Dann ist er gut geworden und dann hat er gesagt: „Ich möchte gerne einen Herzkatheter und ich möchte selbstverständlich intubiert werden.“. Und dann ist natürlich auch dem Patientenwunsch entsprochen worden. (P7, Z. 329-331) Und das war gar nicht nötig. (P3, Z. 332) Und es war gar nicht nötig. (P7, Z. 333) […] Aber wenn der Fall eingetreten wäre, hätten wir uns nach dem Wunsch des Patienten gerichtet. (P7, Z. 335-336) Es ist ein Zweiter ausgefüllt worden, also. (P6, Z. 337) […] Es ist ein zweiter Zettel dazu ausgefüllt worden. (P6, Z. 339) Also das, ich finde das schon ok, natürlich müssen Änderungen (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Änderungen der im Bogen dokumentierten Entscheidung), möglich sein. (P7, Z. 341) […] Aber es muss natürlich der Gesamtverlauf des Patienten natürlich betrachtet werden. Aber wenn der Patient sich äußern kann und möchte das, dann ist das natürlich sein Wille. (P7, Z. 343-344) […] Und dem muss auch entsprochen werden. (P7, Z. 346) […] Aber das kommt wirklich selten vor. (P7, Z. 348) Für uns ist es eben an diesem Zettel sehr schön, weil wir sehen, was der Arzt mit dem Angehörigen auch besprochen hat, also. (P2, Z. 363-364) Ja. (P6, Z. 365) Das ist für uns sehr einsichtig. (P2, Z. 366) Ja, ja. (P4, Z. 367) Also wir sehen jetzt. (P2, Z. 368) Nicht nur für uns, sondern auch jeder folgende Arzt kann das durchlesen und sagen: „So, mit dem und dem ist das besprochen worden.“. (P7, Z. 369-370) Ja, kann. Da sieht man halt, die waren da, die Angehörigen waren da, der Patient war da. Man hat das besprochen und für uns ist es halt. Und dann können wir das auch nachvollziehen, weil wir ja bei diesen Gesprächen nicht anwesend sind. Wir wissen es ja oftmals nicht. (P2, Z. 371-373) Also ich finde seit Einführung des Bogens ist es für uns alle oder für mich jedenfalls, ich hoffe auch für uns, ich kann ja jetzt nur für mich sprechen, es nochmal klarer geregelt. Dadurch, dass es ja vor 30 Jahren oder so, als ich angefangen habe mit der Krankenpflege, da waren die Leute, die Menschen noch nicht so alt. Die waren noch keine 95 oder 90 oder so. Die, die ins Krankenhaus gekommen sind, die waren noch nicht so multimorbide, die Medizin war noch nicht so weit. Da gab es teilweise diese ethischen Konflikte gar nicht oder muss ich jetzt.. Also

Kategorie	Textstellen
	diese Konflikte habe ich so am Anfang nicht erlebt. Als ich hier auf der Station angefangen habe vor 13 Jahren, ich komme aus der Chirurgie, das ist auch nochmal, das Patientengut ist auch nochmal anders, habe ich schon gesehen, dass hier wirklich viele multimorbide Patienten sind, die. (P6, Z. 379-388) […] Die, ja, übertherapiert wurden. Ja, ok. So kann man, ja, wo ich erst einmal schlucken musste sozusagen, ne? Durch Einführung dieses lila Zettels ist es so, dass die Ärzte sich nochma vielleicht noch einen Tucken früher schon damit auseinandersetzen, sich schon damit, auch dahingehend mit den Angehörigen unterhalten. Das haben sie vorher auch schon gemacht, kommt auf die Persönlichkeit des Arztes an. (P6, Z. 390-394) Genau. (P1, Z. 395) Oder kam immer auf die Persönlichkeit des Arztes an, wie er schon einmal erst einmal mit dem Patienten, wenn es nicht ging auch mit den Angehörigen schon einmal gesprochen hat daraufhin. Aber jetzt ist es eigentlich fast in jedem Doktor auch schon einmal drin, so mehr finde ich als vorher zumindest. (P6, Z. 396-399) Ja. (P3, Z. 400) Und seitdem dann dieser Bogen verbindlich, das ist ja eine verbindliche Ansage, ist das schon besser gelaufen, also in meiner Erinnerung. (P10, Z. 15-16) (I: Und haben Sie denn den Eindruck, dass sich durch die Einführung dieses Bogens irgendetwas verändert hat? Dass der auch genutzt wird?) Ja, doch. (P8, Z. 47) (I: Und haben Sie denn den Eindruck, dass sich durch die Einführung dieses Bogens irgendetwas verändert hat? Dass der auch genutzt wird?) Ja, aber trotzdem hat sich. (P8, Z. 49) […] Ja. Trotzdem hat sich da. (P8, Z. 51) Oder jetzt zum Beispiel das Neueste, das Neueste nicht, aber ist die NIV-Maske, ne, dass man sagt, man macht zum Beispiel nichtinvasive Beatmung eben dann nicht, auch wenn es vielleicht geboten wäre von der Beatmungssituation, aber eben der Patient so krank und hinfällig ist, dass er vielleicht eh verstirbt. (P8, Z. 69-72) Aber wenigstens wird mal darüber (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Entscheidungen am Lebensende) gesprochen, als dass es ausgelassen wird. (P9, Z. 96-97) Ich finde es vor allem im Nachtdienst wichtig, weil da meistens Personal ist, was halt, also ärztliches Personal ist, was im Endeffekt ja nicht die endgültige Entscheidung treffen kann und es auch wahrscheinlich in der Nacht nicht treffen möchte und wenn dann so ein Zettel da ist und es passiert was, dann ist auch für alle Beteiligten die Situation leichter. (P17, Z. 192-195)

Kategorie	Textstellen
	Mhh. Wenn derjenige dann nach drei Tagen oder nach einer Woche zum Dienst kommt, einen Patienten betreut, den er nicht vorher hatte und sieht diesen Bogen, weiß er genau, dass sich Gedanken dazu gemacht wurden, ne? Deswegen finde ich den Bogen ganz wichtig und die Anwesenheit dieses Bogens eigentlich bei den meisten Patienten, die wir haben. Daran wird ja entschieden, ob es in der einen oder anderen Richtung.. Oder zumindest dargestellt, dass da, wie gesagt, Gedanken gemacht wurden. (P9, Z. 285-290) (I: Und vor allem ist dieser Bogen ja auch nicht, einmal ausgefüllt, verbindlich, sondern er wird halt immer reevaluiert, wenn sich irgendwas verändert, was ja auf diesen Stationen, auf Intensivstationen häufig der Fall ist.) Wobei, das finde ich ganz schön fragwürdig, das finde ich fragwürdig dann. (P11, Z. 294) […] Ich finde das fragwürdig. Also wenn so ein Bogen ausgefüllt wird, dann ist das in meiner Phantasie ein Patient, der keine Prognose hat. Das heißt aber nicht, dass der niemals wieder von Station geht. Das kann auch sein, dass der irgendwann, was weiß ich, wieder zu Hause landet. Das Thema ist einfach nur, ob der jetzt alle möglichen intensivmedizinischen Sachen, die möglich sind, was da eben jetzt ausgefüllt ist, kriegt oder nicht. Und ich finde, wenn einer wirklich langfristig keine Prognose hat und dieser Zettel ausgefüllt ist und er dann trotzdem sich so ein bisschen erholt, hätte ich ein Problem damit, zu sagen: „Ach, dann machen wir aber doch wieder alles.“. (P11, Z. 300-307) Nein, es geht aber auch in die andere Richtung (Anm. der Vefasserin: gemeint ist die Möglichkeit zur Reevaluation der im Bogen dokumentierten Entscheidung). Also zum Beispiel: Es wird die achte Antibiose angesetzt, auch die wirkt nicht, vorher ist Antibiotikagabe überhaupt nicht Thema gewesen und du schreibst hinterher noch dazu: „Ab jetzt auch keine Antibiotikagabe mehr.“, das ist ja Reevaluation. (P13, Z. 308-311) Achso, ja. (P11, Z. 312) […] Ich habe jetzt gedacht, in die andere Richtung. (P11, Z. 314) Theoretisch geht es schon in beide. (P10, Z. 315) Ist für beide Richtungen. (P13, Z. 316) […] Theoretisch geht´s schon in beide, ja. (P8, Z. 318) Aber es kann auch durch Bestrahlung, Chemotherapie die Hirnmetastase kleiner werden oder weggehen. (P9, Z. 319-320) Gut, dann kannst du das Ding ja wegtun. (P11, Z. 321) Ja genau. Also da halt auch nicht auf Dauer verbindlich, sondern. (P9, Z. 322) […] In beide Richtungen, genau. (P9, Z. 324)
Bog_Org	Dass man explizit diesen Bogen benutzt, würde ich jetzt nicht einfach sagen auf unserer Station. Die haben, wie gesagt, diese interne Lösung. Aber natürlich, wenn jemand damit kommt, der zum Beispiel auf der IMC-Station liegt oder ein Patient, der so etwas hat, das wird von uns natürlich übernommen, wird in der Akte abgeheftet und quasi auch in unserem System vermerkt: „Das und das sollte man quasi einfach halt..“. (A2, Z. 135-139)

Kategorie	Textstellen
	(I: Dass Sie dann auch wissen, was im Notfall, wenn jetzt zum Beispiel eine Defibrillation infrage käme, dass Sie wissen, wie verfahren werden soll?) Ja, ganz genau, genau. Wir lehnen das natürlich nicht ab, aber es wird von uns natürlich, wer immer damit kommt, gleich übernommen und auch einfach akzeptiert wie es ist, ja? (A2, Z. 142-143) Viele kennen den Bogen ja, wie gesagt, schon, weil, wenn der Patient verlegt wird, geht der Bogen ja mit. Der kommt dann auf 1025, also auf unserer IMC-Station, auf Normalstationen in die Patientenakte, da ist aber auf jeden Fall damit kommuniziert: „Ok, es gibt eben eine Patientenverfügung.“. (A4, Z. 239-242) Das war ja auch irgendwie, es war ja ganz am Anfang immer eine ganz große Frage: „Gilt der denn auch dann noch für Normalstationen? Ist das denn ein offizielles Dokument?“ und so weiter. Da kann ich mich noch dran erinnern, da gab es ganz viele Diskussionen. (A4, Z. 250-253) Wenn wir den Patienten von hier aus hoch verlegen, dann geht der ja mit. Aber zum anderen bin ich mir auch sicher, dass ich da oben schon, also es kommt halt selten vor, ne? Aber prinzipiell wenden die den auch an, meine Kollegen. (A4, Z. 381-384) Eigentlich auch nicht, weil die Patienten sozusagen diese Bögen ja auch nicht mitbekommen. Also wenn wir den Patienten sozusagen überwiesen bekommen aus einer anderen Abteilung, dann bleibt die Akte ja dort, die kriegen wir aus Datenschutzgründen ja dann auch nicht, da ist dann dieser Bogen drin, ja, das ist dann schwierig. Eigentlich fragen wir jeden Patienten selbst. (A5, Z. 138-142)
Bog_Verb	Auf unserer Station verwenden wir ihn (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) wirklich sehr gerne. Wir verwenden ihn, wenn wir eben den Eindruck haben, dass die Patienten nicht alles möchten oder die Angehörigen mit uns natürlich bestimmte Gespräche führen oder auch wir den Eindruck haben, dass medizinisch keine sinnvollen Aktionen mehr für den Patienten möglich sind. Dann wenden wir den Bogen an (A1, Z. 60-64) Wir haben ja hinten auch extra nochmal ein Textfeld, wo man extra nochmal explizit aufschreibt, was mit den Angehörigen besprochen worden ist, mit wem man es besprochen hat und, wie gesagt, man hat dann noch einzelne Sachen zum Ankreuzen, also ich denke, es ist ganz gut. Also ich bin sehr zufrieden und, wie gesagt, es hat bisher schon einiges für uns, für die Kollegen, für die Pflege gebracht. (A1, Z. 80-84)

Kategorie	Textstellen
	Sie verwenden teilweise auch den Bogen da oben (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Normalstationen) schon, aber eben noch nicht auf allen Stationen. (A1, Z. 93-94) Von der Gestaltung her nein. Von den Formulierungen her finde ich es ganz klar (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen). (A1, Z. 109) Sonst bin ich ganz zufrieden. Also ich habe mit dem Bogen keine Probleme, wir haben es bis jetzt immer geschafft, die Dinge, die wir klären wollten, darauf auch festzulegen. Und, wie gesagt, vor allem der Freitext hinten bietet eben auch noch die Möglichkeit, wenn was nicht passt, das nochmal hinzuschreiben. (A1, Z. 129-132) Auf der Normalstation würde ich es noch begrüßen, wenn die das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) auch noch mehr einsetzen würden, weil es das dann auch einfacher macht für den Diensthabenden nachts und auch dann eben für unsere Kollegen, wenn sie zur Reanimation gerufen werden. Das wäre schön, wenn es auch da noch viel mehr gebraucht würde. Es wird natürlich schwierig sein, das immer bei allen zu implementieren. Das ist schwierig, aber es wäre wünschenswert. (A1, Z. 135-139) Ich glaube, die 1022 macht es ja mit, soweit ich das weiß, die 0117 und 0118 weiß ich nicht. (A1, Z. 141-142) […] Auch noch nicht, ok. Da wäre es auch sicher wünschenswert. Denn die haben das gleiche Problem wie wir auch. Wir haben Patienten, die halt schwer krank sind, wo es darum geht: „Möchte ich jetzt noch diese Intensivtherapie fortführen? Möchte ich sie noch so intensiv fortführen wie sie jetzt ist oder möchte ich sie doch etwas für den Patienten vielleicht doch leichter machen?“. (A1, Z. 148-155) Es gibt auch hinten extra noch die Teile der Reevaluation. Also wenn wir jetzt sehen, dass der Patient am Anfang fast aussichtslos ist und er sich dann doch bessert, dann kann man nochmal hinschreiben: „Wir haben es neu reevaluiert und haben gegebenenfalls neue Dinge besprochen.“ Also die Möglichkeit besteht ja und die ist ja auch hier extra noch gegeben. Oder wenn man am Anfang nur eine Seite ausgeschlossen hat, wir nehmen jetzt mal fiktiv die Intubation an, und er verschlechtert sich weiter und jetzt auch die Reanimation ausschließen und die (…) ausschließen möchte. Also ich finde den Bogen gut aufgemacht. (A1, Z. 154-160) Ich habe das in den Staaten erlebt, das gibt es bei jedem Patienten, aber bei normalstationären Patienten. Wenn Sie da aufgenommen werden, kommen Sie einfach in die Leitstelle der Medizin, Sie kriegen einfach einen Fragebogen, es wird gefragt: „Wollen Sie, im Falle, dass etwas

Kategorie	Textstellen
	Schlimmes passiert, dass man Sie reanimiert?“ Das heißt: DNR: *do-not-resuscitate*, ja, DNI: *do-not-intubate*. Das ist einfach da. Hier ist es quasi nur bei ausgewählten Patienten. (A2, Z. 32-37) Sagen wir, auf dieser, auf unserer Intensivstation haben wir einfach halt diese interne Lösung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist ein stations-spezifisches System zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung), wie ich schon gesagt habe, einfach diesen Verzicht auf die Wiederbelebung, so einen Zwischenschritt für unsere Station, das, was einfach halt davor passiert. Das ist etwas, was meistens die IMC-Station oder die Normalstation häufig verwendet. Wir haben momentan einfach halt diese interne Lösung, wir haben nicht so viele Patienten, wir haben acht Patienten, die da sind. (A2, Z. 128-133) (I: Und würden Sie Verbesserungen in der Gestaltung des Bogens vornehmen? Dass irgendetwas verbessert werden soll?) Muss man sich mal Gedanken machen, aber, wie gesagt, für unsere intensivmedizinische Fragestellung ist es eigentlich ausreichend. (A2, Z. 172-173) Ich finde es zwar richtig, dass man das einfach halt als Bestandteil der Ausbildung für die Ärzte, aber vielleicht auch einfach halt für die Pflege, weil die Pflege den Patienten auch sehr gut kennt, sieht. Auf einer Normalstation hat die Pflege denke ich auch und sage ich so, den quantitativ öfter einfach halt gesehen, war manchmal länger in Kontakt zu den Patienten als der Arzt. Der macht die Visite, wir entscheiden einfach, wie die Therapie ist, manchmal quasi einfach mit dem Computer. Wie gesagt, einmal pro Tag reden wir mit dem Patienten 10-15 Minuten und dann wird das Blut abgenommen und einfach halt gewisse Untersuchungen quasi angemeldet, aber es ist auch hilfreich, dass bei dieser Entscheidung, würde ich sagen, vielleicht auch die Pflege einfach halt mit einbezogen werden soll, weil die uns manchmal auch ganz gute Informationen liefern kann. Auch hier haben die Pflegekräfte manchmal auch mehr Zeit, mit der Familie zu reden. Wenn sie samstags, sonntags da sind und dann immer sagen: „Ja, der Großvater hat sowieso die letzten zwei Jahre einfach nur im Bett rumgelegen, der hatte einfach halt keine Lebensqualität gehabt und hat schon selber gesagt: „Bitte, warum tut mir das einfach alles an?““. Und dann ist es für uns auch einfach eine wichtige Information, weil es einfach halt eine Entscheidung ist, ja? (A2, Z. 210-225) […] Ich würde vielleicht ergänzen, dass man auch einfach halt die Pflege, wie gesagt, mit in die Entscheidung beziehen soll, ja? Einfach halt auch vielleicht da involvieren soll, ja? Ich muss mir überlegen, wie man das hier formulieren soll, ja, wie man sagen soll: „Die Pflege und so weiter.“. Die ist, denke ich, in dem Fragebogen auch wichtig, muss einfach unbedingt quasi berücksichtigt werden, ja? (A2, Z. 236-240) […] Zum Beispiel einfach die Pflege, die den Patienten einfach halt betreut, ja? (A2, Z. 243)

Kategorie	Textstellen
	Zum Beispiel wie einfach die Meinung der Pflegekraft ist, wie sieht die das? Einfach so klare Konstrukte wie die Meinung der betreuenden Pflegekraft einfach halt bei diesem Patienten ist. Hält es jemand für sinnvoll? Besteht einfach halt jetzt ein Konflikt oder Interessenkonflikt zu der Entscheidung der Ärzte oder der Familie? Das würde ich vielleicht noch einfach möglich machen, dass ich einfach sehe, was die Meinung ist, weil die Pflege auch zum Beispiel die Pflegedokumentation auf der Normalstation macht, wenn sie einfach halt die Patientenakte sehen. Das ist nich einfach so, dass die Ärzte reinschreiben, Medikamente, d ist einfach ein Pflegebogen. Da schreibt zum Beispiel auch die Pflege einfach, Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst. Wie ging es dem Patienten? Was hat er geäußert? Manchmal findet man quasi da einfach wichtige Punkte. Wenn jemand schreibt: „Ja, Diagnose dokumentiert, der Patient wünscht sich einfach so etwas nicht.“, ja? Das ist häufig einfach quasi halt das Retrospektive später manchmal, wenn jemand verstorben ist und die Pflegekraft sagt: „Ja, aber das hat der einfach halt schon damals sowieso selber geäußert.“, ja? Aber von uns hat das keiner so richtig wahrgenommen, ja`? Das ist vielleicht in diesem Bereich einfach halt noch ein kleiner Punkt, ja, die Pflegekraft. Die Pflegekraft ist quasi auch einfach wichtig, einfach halt Bestandteil der Behandlung des Patienten, ja? (A2, Z. 245-260) (I: Und wird der (Anm.: gemeint ist der Dokumentationsbogen) auch eingesetzt bei Ihnen auf Station?) Ja. Ja, ja, häufig. (A3, Z. 78) […] Absolut. Klar. (A3, Z. 80) (I: Haben Sie denn noch Verbesserungsvorschläge zum einen in der Gestaltung des Bogens? Zum Beispiel, dass da vielleicht noch was hinzukommen soll, was weg soll, was klarer formuliert werden soll?) Also ehrlich gesagt, so aus meiner Erinnerung nicht. Müsste ich mir nochmal angucken dafür, ja. (A3, Z. 111-112.) […] So spontan nicht. (A3, Z. 114) Aber zum Beispiel was ich vorhin sagte, auf der Dialysestation, wo Patienten immer wieder kommen, die also nicht nach drei Tagen wieder weg sind, sondern man weiß genau, die sind in ein, zwei, drei Jahren immer noch hier und dialysieren und werden dabei tendenziell nicht unbedingt gesünder und haben auch schon Etliches an Vorerkrankungen, da finde ich das sehr, sehr sinnvoll, dass jeder Patient einen solchen Bogen hat. (A3, Z. 124-129) […] Denn auch wenn die Patienten da jünger sind, das, darüber macht sich ja irgendwo auch jeder Gedanken an Patientenseite. (A3, Z. 131-132) […] Wenn nicht, dann sollte er sich die mal machen und dann kann man sie auch gleich aufschreiben. (A3, Z. 134-135)

Kategorie	Textstellen
	Und dann finde ich eigentlich sehr gut, dass die Therapieeinschränkungen oben stehen, dann, ganz wichtig, Gründe für die Unterlassung, dann: „Hat der Patient eine Vorsorgevollmacht oder nicht?“ und mit wem wurde das besprochen an dem Tag und warum ging es nur mit dem, wer ist der Betreuer und was ich zum Beispiel auch gut finde, ist, dass die Entscheidung auch im Team kommuniziert wurde, ne? (A4, Z. 126-131) Ja, wir haben ja auch immer wieder das Problem oder die Diskussion, das haben Sie bestimmt auch mitbekommen, diese Unterschrift. Weil hier steht Oberarzt oder Facharzt. Und es ist natürlich so, dass oft im Dienst oder am Wochenende gar kein Oberarzt oder Facharzt hier ist, haben bestimmt meine Kollegen Ihnen auch gesagt, das ist manchmal ein Problem. Bei uns ist es ja jetzt oft so, Sie haben die ja jetzt, die Bögen, bekommen die immer. Da sieht man ja auch, das ist ja oft kein Facharzt, geschweige denn Oberarzt, der die unterschreibt, weil im Zweifelsfall am Wochenende zwei Kollegen da sind, die zwar jetzt keine Berufsanfänger sind, die aber eben kein Oberarzt oder Facharzt sind und dann machen die Kollegen das untereinander. Und ich würde aber sagen, geändert worden ist am Bogen eigentlich fast nichts, glaube ich, seit der Einführung, würde ich sagen. (A4, Z. 208-217) Und wir füllen den ja sehr viel aus. Also ich würde sagen, dass immer, dass meistens die Hälfte der Patienten gefühlt auf Station diesen Bogen hat. (A4, Z. 256-257) Also ich finde ihn (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) eigentlich sehr gut. Das einzige Problem, was wir oft haben, ist eben diese Unterschrift, dass. (A4, Z. 265-266) […] Dass es oft keinen Oberarzt oder Facharzt gibt. Aber ansonsten fällt mir persönlich ehrlich gesagt nichts ein, was ich anders machen würde. (A4, Z. 268-269) (I: Wie fänden Sie das, wenn noch ein kleines zusätzliches Feld drin wäre, wo die Pflege was dokumentieren könnte? Also sozusagen nochmal ihre eigene Situation, ihre eigene Sicht auf die Situation, auf den Patienten dokumentieren könnte? Oder ist das schon durch eine Teambesprechung, indem Sie das alles kommunizieren mit der Pflege schon beinhaltet sozusagen?) Also ich, wahrscheinlich macht das jeder ein bisschen anders. Ich frage immer jetzt nicht dezidiert die ganze Pflege. Aber wenn wir irgendwas besprechen am Patienten oder sagen, der Pflege wird ja auf jeden Fall mitgeteilt, dass es Therapieeinschränkungen gibt. (A4, Z. 274-276) […] Dann müsste man wahrscheinlich den Bogen irgendwie, ja, ich glaube, ein Extrafeld, weiß ich nicht, was ist denn, wenn die sich dann widersprechen? Wäre wahrscheinlich schwierig. (A4, Z. 278-280) […] Ne, wenn wir was anderes sagen, als, also. (A4, Z. 282) […] Also wenn die Ärzte irgendwas anderes sagen als die Pflege. (A4, Z. 284) […] Also ich will damit bloß sagen, will damit sagen, also es ist ja keine rein ärztliche Sache, dieser Bogen, weil wir ja auf jeden Fall, also ich zumindest,

Kategorie	Textstellen
	versuche, der Pflege das immer mitzuteilen und auch zu fragen: „Ist das okay so für dich?“, ne? Also ist sicherlich nicht verkehrt, aber stelle ich mir irgendwie ehrlich gesagt schwierig, glaube ich, in der praktischen Umsetzung vor, ehrlich gesagt. Was hat denn bei uns die Pflege dazu gesagt? Ich bin ha rausgegangen, als Sie. Würde mich auch mal interessieren. (A4, Z. 286-291) Ja, ja, also letztendlich finde ich, verstehe ich den Bogen irgendwie als Sache, die man als Arzt und Pflege zusammen ehrlich gesagt bespricht. (I: Ja.) Also ich würde das nicht getrennt sehen ehrlich gesagt. (A4, Z. 294-295) […] Also ich glaube, das ist auch falsch, das auf einer Intensivstation zu machen, weil immer nicht nur die Ärzte sondern auch die Pflege natürlich genau mit der gleichen Wichtigkeit den Patienten betreut. (A4, Z. 297-299) […] Ich glaube, ich würde es tatsächlich, ich finde, ich weiß nicht, irgendwie stelle ich mir, in der praktischen Umsetzung stelle ich es mir irgendwie schwierig vor. (A4, Z. 301-302) […] Aber ich glaube, als Arzt muss man sich bemühen, dass man auf jeden Fall das auch mit der zuständigen Pflegekraft bespricht, auf jeden Fall. Also ich will, das heißt auch gar nicht, wenn ich sage: „Ich stelle es mir schwierig vor.“, dass ich die Pflege irgendwie ausschließen will. (A4, Z. 304-306) […] Ja, mhh. Wüsste ich nicht, wie man es praktisch umsetzen sollte, ehrlich gesagt. Aber prinzipiell, finde ich, ist der Bogen eine Sache, die für Ärzte und Pflege und quasi als Teamentscheidung gilt, auf jeden Fall. (A4, Z. 309-311) […] Auf jeden Fall. Also alle Behandelnden von den Patienten, weil, wie gesagt, das ist, auch wenn der Patient alt ist, ist nicht immer so einfach, da irgendwas festzulegen: „Soll gemacht werden, soll nicht gemacht werden.“, also, ist oft schwierig. (A4, Z. 313-315) […] Die Pflege ist viel näher dran, absolut. Und die kriegt das ganze Leid, was man ja oft, man hat ja oft das Gefühl, dass der Patient leidet, ne? Ist glaube ich oft so, also, dass, als Arzt erlebt man das, bin ich mir relativ sicher, ganz anders als die Pflege. Weil die Pflege, wie Sie es gesagt haben, viel, viel mehr Zeit am Patientenbett verbringt. Vielleicht gar nicht mehr spricht mit den Angehörigen, obwohl auch viele hier von der Pflege sehr, sehr viel mit den Angehörigen sprechen. Aber das ist, ich glaube, das ist ganz anders, das Erleben von dem Patienten zwischen Arzt und Pflege, auf jeden Fall. Nicht nur auf Intensivstationen, aber hier ist es irgendwie, ist das schon irgendwie ein extremer Arbeitsplatz, weil hier viele Patienten sterben, weil viele Kranke hier liegen und weil oft auch irgendwie die Situation angespannt ist. Es geht halt oft irgendwie um was Wichtiges und auch bei, wie gesagt, auch bei alten Leuten, es heißt ja nicht per se , nur, weil man alt ist, dass dann gar nichts mehr gemacht werden soll. Es sei denn, der Patient hat das so festgelegt. (A4, Z. 318-329) (I: Haben Sie denn, also auf Normalstationen ist der längst noch nicht so verbreitet wie hier auf dieser Intensivstation, das ist.) Weil wir aber auch viele Patienten auf Normalstationen haben, die kommen für eine elektive Sache. Das kann man gar nicht. (A4, Z. 343-344)

Kategorie	Textstellen
	Das Problem ist bloß, dass viele Patienten auf Normalstationen, man kann glaube ich nicht alle ab einem gewissen Alter fragen: „Haben Sie eine Patienten-, haben Sie eine Vorsorgevollmacht? Wollen Sie, dass irgendwas nicht gemacht wird?“. Die armen Patienten. Die kriegen ja wahrscheinlich auch Angstzustände, wenn die so etwas gefragt werden, wenn die für eine elektive Herzkatheteruntersuchung zum Beispiel kommen, ne? Das sind ja auch oft ältere Leute, ich glaube, das ist ehrlich ges-, ich weiß nicht, wie man das realisieren soll. (A4, Z. 357-363) Wäre sicherlich sinnvoll (Anm. der Verfasserin: Antwort auf die Frage nach der Vorstellbarkeit einer Einführung des Dokumentationsbogens auf Normalstationen). Aber es ist natürlich so, wenn da jemand ist, ein Berufsanfänger, der irgendwie zehn Aufnahmen hat, der hat irgendwie natürlich weder Zeit noch Muße, so etwas zu besprechen. Das ist ja eigentlich total wichtig, aber auf jeden Fall. Wenn man auf Normalstationen tätig ist und bekommt meinetwegen von der Notaufnahme einen Patienten verlegt, der alt und multimorbide ist, bin ich mir aber sicher, dass meine Kollegen von Normalstationen das mittlerweile auch mit diesem Bogen machen ehrlich gesagt. Also war, wie gesagt, am Anfang noch nicht so, weil die den alle nicht kannten, aber ich, vielleicht irre ich mich auch, aber ich bin mir eigentlich relativ sicher Wenn wir den Patienten von hier aus hoch verlegen, dann geht der ja mit. Aber zum anderen bin ich mir auch sicher, dass ich da oben schon, also es kommt halt selten vor, ne? Aber prinzipiell wenden die den auch an, meine Kollegen. (A4, Z. 374-384) Da steht jetzt drauf, ob das der Patient selbst wünscht oder die Angehörigen oder ob es nochmal Diskussionsbedarf gibt, das steht ja alles drauf (Anm. der Verfasserin: gemeint sind die Inhalte des Bogens). (P2, Z. 106-107) (I: Finden Sie denn, dass der Bogen auch in angemessener Häufigkeit sage ich mal eingesetzt wird?) Also hier schon, ne? Hier schon. Sie sagten auch, die 22 besitzt auch so einen Bogen? (P2, Z. 109) […] Die 22 macht eine ärztliche Übergabe und da heißt es, so war es auf jeden Fall noch vor einem halben Jahr, zu den Reanimationsmaßnahmen: „Doppelplus oder Plus oder wir machen.“ und dieser Bogen erscheint nicht oft. Aber hier ist er eigentlich obligat bei jemandem, wo es Einschränkungen geben soll oder auch nicht. Also wir haben schon fast immer einen liegen. (P2, Z. 111-115) Also sagen wir es mal so: Wenn das von Seiten des Patienten bzw. der Angehörigen klar formuliert wird „Also Intensivtherapie ja, aber nur in einem gewissen Rahmen.“ und sie das klar kommunizieren, dann füllen wir sofort diesen Zettel aus. (P1, Z. 116-118)

Kategorie	Textstellen
	Einerseits finde ich, dass die Bögen viel zu spät eingeführt werden. Teilweise bei vielen Patienten, die zu uns kommen, fände ich es wichtig, dass die einfach früher ausgefüllt werden. Also wenn jetzt hier unsere hämatologischen Patienten von unten hochkommen, bis da ein Bogen ausgefüllt wird, dass überhaupt ein Bogen ausgefüllt wird, ist relativ selten, muss ich wirklich sagen, weil ich sie so sehe und das sind ja gerade unsere Patienten, die relativ selten die Station wirklich lebend verlassen, muss man wirklich mal so in die Statistik reinsehen, ist wirklich so. Und auch bei vielen Patienten, wo wirklich die Chancen relativ gering sind, dass sie wirklich diese Station verlassen, wird einfach zu spät, finde ich, mit dem Patienten gesprochen. Ich finde, dann sollte man schon von Anfang an darüber reden: „Wie soll es denn sein, wenn es soweit kommen würde?“. (P5, Z. 138-147) Und ich finde, nicht alle Normalstationen sollten es haben, aber wirklich diese Stationen, wo halt auch die Sterberate relativ hoch ist. Und das sind gerade die onkologischen Stationen hier im Haus. (P5, Z. 166-168) Also das, ich finde das schon ok, natürlich müssen Änderungen möglich sein (Anm. der Verfasserin: gemeint sind Änderungen der im Bogen dokumentierten Entscheidung). (P7, Z. 341) […] Aber es muss natürlich der Gesamtverlauf des Patienten natürlich betrachtet werden. Aber wenn der Patient sich äußern kann und möchte das, dann ist das natürlich sein Wille. (P7, Z. 343-344) […] Und dem muss auch entsprochen werden. (P7, Z. 346) […] Aber das kommt wirklich selten vor. (P7, Z. 348) (I: Haben Sie denn Anmerkungen bezüglich des Bogens bezüglich irgendwelcher unklaren Formulierungen? Dass Sie bei irgendwelchen Kreuzchen, die gesetzt werden, oder Sätzen, die geschrieben werden, nicht genau wissen, wie Sie vorgehen sollen? Oder ist das eine klare Anweisung?) Eigentlich klar. Und dadurch, dass in 99 % der Fälle hinten immer noch mal was von den Ärzten. (P6, Z. 355-356) […] In dem freien Feld wird nochmal ausgefüllt: „Mit Angehörigen besprochen, aufgrund der Lebenssituation, die die letzten drei Jahre geherrscht hat.“ oder wie auch immer. Also da wird nochmal, immer, auf jedem Bogen steht eigentlich da auch nochmal eine Erklärung dazu. (P6, Z. 358-361) Deswegen können auch viele auf der onkologischen Station diesen Zettel einfach, oder sich darüber einfach keine Gedanken gemacht haben immer, ne? (P2, Z. 411-413) Ja. Genau. (P7, Z. 414) Also weil sie sich einfach in dieser Lebenssituation sich noch nie damit befassen mussten. (P2, Z. 415)

Kategorie	Textstellen
	(I: Aber grundsätzlich wäre es vielleicht, würden Sie sagen, dass es vielleicht nicht schlecht wäre, auf den onkologischen Stationen so etwas mal anzusprechen, solche Bögen?) Auf alle Fälle. (P1, Z. 435) […] Ja. Genau. (P1, Z. 437) (I: Aber grundsätzlich wäre es vielleicht, würden Sie sagen, dass es vielleicht nicht schlecht wäre, auf den onkologischen Stationen so etwas mal anzusprechen, solche Bögen?) Schön wäre es auf null, eins, zwei, drei, wäre zumindest mal eine schöne Hilfe. (P2, Z. 439) (I: Aber grundsätzlich wäre es vielleicht, würden Sie sagen, dass es vielleicht nicht schlecht wäre, auf den onkologischen Stationen so etwas mal anzusprechen, solche Bögen?) Da gibt es zumindest auf den Akten schon Vermerke auf null, eins, zwei drei unten, dass keine Reanimation gewünscht wird. Es gibt auch diese Kreuze schon dort unten. (P5, Z. 441-442) Wenn der Bogen da ist. Der ist nicht so oft da (Anm.: der Verfasserin: Angaben zur Häufigkeit der Inanspruchnahme des Bogens) (P10, Z. 18) Ja. (P11, Z. 19) (I: Und haben Sie denn den Eindruck, dass sich durch die Einführung dieses Bogens irgendetwas verändert hat? Dass der auch genutzt wird?) In letzter Zeit selten, finde ich. (P10, Z. 48) (I: Ja, genau. Und haben Sie denn den Eindruck, dass sich durch die Einführung dieses Bogens irgendetwas verändert hat? Dass der auch genutzt wird?) Also der wurde schon einmal mehr genutzt. (P10, Z. 50) Aber wahrscheinlich muss er (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) von uns eingefordert werden. (P9, Z. 53) Ja, ja, das eben. (P10, Z. 53) Da liegt nämlich das Problem. Also freiwillig kommt der nicht auf den Tisch (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen). (P9, Z. 55) Stimmt, eigentlich sind wir diejenigen, die das initiieren, dass es so einen Bogen gibt und dass man da mal drüber spricht und mit den Angehörigen uns, das ist richtig, das kommt meistens von uns. (P10, Z. 56-58) Oder jetzt zum Beispiel das Neueste, das Neueste nicht, aber ist die NIV-Maske, ne, dass man sagt, man macht zum Beispiel nichtinvasive Beatmung eben dann nicht, auch wenn es vielleicht geboten wäre von der Beatmungssituation, aber eben der Patient so krank und hinfällig ist, dass er vielleicht eh verstirbt. (P8, Z. 69-72)

Kategorie	Textstellen
	Das war allerdings auch schon in den Bögen drin (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Hinzufügen der Maßnahme der nichtinvasiven Beatmung zu den ankreuzbaren Maßnahmen des Dokumentationsbogens), nur seltener. Das wird wahrscheinlich jetzt erst kommen, ne? (P8, Z. 74-75) […] Handschriftlich hatten wir es schon vermerkt bei einigen Patienten. (P8, Z. 78) […] Die schon Erfahrung gesammelt hatten hier im Haus, aber es waren nicht viele. (P8, Z. 80) Doch. (P13, Z. 77) […] Wir hatten das dazugeschrieben (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Hinzufügen der Maßnahme der nichtinvasiven Beatmung zu den ankreuzbaren Maßnahmen des Dokumentationsbogens). (P13, Z. 81) (I: Finden Sie denn, dass der Bogen in angemessener Häufigkeit eingesetzt wird? Oder würden Sie sich wünschen, dass bei einigen Patenten, die vielleicht auch in der Situation sind, dass ein Bogen eventuell erforderlich wäre in gewissen Komplikationssituationen, ja, dass der vielleicht noch häufiger von den Ärzten eingesetzt wird?) Ja, noch häufiger. (P10, Z. 86) Unbedingt. (P11, Z. 87) Eigentlich ja, ja. (P8, Z. 88) Man muss sich ja die Frage stellen, wenn alle auf elektronischer Dokumentation angekommen sind, ob man das auch zum Pflichtbogen macht, weil, dann müsste man bei der Aufnahme gleich diesen Zettel mit ausfüllen und diese Fragen klären. (P9, Z. 89-91) Das ist ethisch nicht vertretbar. (P13, Z. 92) Das ist nicht ganz einfach, es wird ja einen Konsens mit den Familienangehörigen und Ärzten und so weiter geben. (P14, Z. 93-94) Die sind ja auch überfordert. (P12, Z. 95) Ja, aber dazu sind sie ja auch da. Aber wenigstens wird mal darüber gesprochen, als dass es ausgelassen wird. (P9, Z. 96-97) (I: Und haben Sie denn jetzt in Bezug auf die reine Gestaltung des Bogens Verbesserungsvorschläge? Dass irgendwelche Formulierungen vielleicht verbessert werden könnten, die unklar sind?) Dafür müsste ich mir den Bogen besser angucken. (P14, Z. 201) (I: Und haben Sie denn jetzt in Bezug auf die reine Gestaltung des Bogens Verbesserungsvorschläge? Dass irgendwelche Formulierungen vielleicht verbessert werden könnten, die unklar sind?) Da habe ich mir noch keine Gedanken drüber gemacht. (P11, Z. 202) Ja, da hinten macht man den Freitext und setzt da etwas ein (Anm. der Verfasserin: gemeint ist das Feld für freie Formulierungen im Dokumentationsbogen). Also dafür ist ja genug da. (P8, Z. 203) […] Das finde ich auch wichtig. Man hat ja nicht alles da drauf, was jetzt nicht gemacht werden sollte oder so. Da muss man sich halt tatsächlich dann nochmal hinsetzen mit den Angehörigen vielleicht oder jetzt die Pflegenden mit den Ärzten, ne? Je nachdem. (P8, Z. 205-208)

Kategorie	Textstellen
	Ich würde es gut finden, wenn die Zettel auch Normalstationen schon ausgelegt werden würden. Dann würde halt bei so bestimmten Patienten, wie er jetzt zum Beispiel, dieses Beispiel in der acht halt, der Alte, Verwirrte mit Metastasen und noch Dialyse, würde vielleicht eine Entscheidung schon viel eher getroffen werden. (P18, Z. 329-332) Es gibt aber schon allgemeine Pflegestationen, die den Bogen nutzen. Die Kardiologen benutzen den zum Beispiel schon. (P13, Z. 333-334) Ja, dann ist ja gut. (P18, Z. 335) Und in der Nephrologie, die chronische Dialyse benutzt ihn, die 21 hat ihn eigentlich auch eingeführt. Das Ding ist einfach, dass diese Bögen nur dann eingeführt werden können, wenn der Abteilungsleiter damit einverstanden ist. Und deshalb war ich vor Kurzem auch in der Gastroenterologie, um zu versuchen, dass wir ihn auch da einführen können. Also, es ist schon in Arbeit, weil, eigentlich soll er flächendeckend für die ganze Klinik eingeführt werden. Das ist eigentlich das Ziel. (P13, Z. 336-341) Und da auf dem Bogen steht auch noch, ob ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder nicht. Das finde ich sehr wichtig. (P20, Z. 88-89) […] Wenn das mit auf dem Bogen steht, weiß man sofort Bescheid, was man noch besprechen muss. Das ist wichtig. (P20, Z. 91-93) Der Bogen ist sehr detailliert und gut. Und übersichtlich. (P21, Z. 94) Hier finde ich es auch gut, dass immer wieder reevaluiert wird und das Geschriebene an Veränderungen beim Patienten angepasst wird. (P20, Z. 124-125) (I: Was würden Sie davon halten, wenn der Bogen dahingehend verändert werden würde, dass noch ein kleines Feld hinzugefügt wird, in dem die Pflege dokumentieren kann, wie sie den Status und die Prognose einschätzt und eine Meinung über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen abgeben kann?) Das finde ich sehr gut. Oft sind wir nicht einer Meinung mit den Ärzten und haben vielleicht zusätzliche Informationen vom Patienten oder von den Angehörigen bekommen, die für die Entscheidung wichtig sein könnten. Und dann würden wir das alles dorthin schreiben. (P20, Z. 131-134) Wir sehen den Patienten doch auch viel öfter und haben viel mehr Kontakt zu ihm und zu den Verwandten. Und besonders wenn man lange in der Intensivmedizin arbeitet, dann bekommt man einfach ein Gefühl dafür, wie es vielleicht weitergehen könnte (Anm. der Verfasserin:

Kategorie	Textstellen
	gemeint ist die gesundheitliche Entwicklung beim Patienten). Wir sprechen so oft mit den Patienten und führen sehr viele Beratungsgespräche. (P21, Z. 135-138)
Bog_Her	(I: Und im Umgang mit dem Bogen? Vielleicht in der Umgangshäufigkeit, vielleicht auch auf anderen Stationen mehr Einsatz?) Ja, also prinzipiell wäre es ja sinnvoll, wenn eigentlich jeder Patient so einen Bogen hätte, genau wie eine Patientenverfügung, aber mir ist auch klar, dass man das im täglichen Geschäft natürlich nicht jedem Patienten, der ja nicht unbedingt so todkrank sein muss, jetzt unter die Nase halten kann, ja? Wenn jetzt jemand zu einer Routineuntersuchung kommt und man kommt dann gleich mit der Frage: „Ja, wollen Sie eigentlich wiederbelebt werden oder so?“, dann. (A3, Z. 117-122) […] Dann hält der einen ja für verrückt. (A3, Z. 124) Ich glaube, man kann nie einen Bogen so ausfüllen, dass für alle Fälle hundertprozentig alles geregelt ist, glaube ich nicht. Also man kann sich Mühe geben und letztendlich, wir dokumentieren ja immer zu wenig, meistens, das nervt ja auch, das Dokumentieren, ist aber wichtig, wird einem bloß im Nachhinein oft erst klar. Das gilt jetzt nicht nur für solche Sachen, sondern für alles, was im Krankenhaus ist, wir müssen ja eigentlich bei jeder Visite bei jedem Patienten was aufschreiben, damit alles dokumentiert ist. Hat man ja wenig Zeit für, ne, man möchte ja auch irgendwie Zeit für den Patienten haben und nicht nur für Papierkram. Aber ich denke, dass die wichtigsten Punkte hier drin stehen, aber trotzdem wird es immer wieder dazu kommen, dass sich möglicherweise irgendwas verändert. Irgendwie geht es in die eine oder in die andere Richtung. Man kann glaube ich nicht für alle Eventualitäten geregelt sein, gerüstet sein. (A4, Z. 173-183) Das Problem ist bloß, dass viele Patienten auf Normalstationen, man kann glaube ich nicht alle ab einem gewissen Alter fragen: „Haben Sie eine Patienten-, haben Sie eine Vorsorgevollmacht? Wollen Sie, dass irgendwas nicht gemacht wird?“. Die armen Patienten. Die kriegen ja wahrscheinlich auch Angstzustände, wenn die so etwas gefragt werden, wenn die für eine elektive Herzkatheteruntersuchung zum Beispiel kommen, ne? Das sind ja auch oft ältere Leute, ich glaube, das ist ehrlich, ich weiß nicht, wie man das realisieren soll. Ich glaube ehrlich gesagt, dass ist so ein bisschen auch Hausarztsache, also bei so alten, multimorbiden Patienten frage ich mich manchmal, warum der Hausarzt im Vorfeld nicht vorher mehr festlegt, ganz ehrlich. (A4, Z. 357-365) Also grundsätzlich würde ich mir wünschen, dass sich jeder Mensch darüber Gedanken macht. Also muss ich ganz ehrlich sagen, ich erwarte eigentlich von jedem erwachsenen normaldenkenden Menschen, dass er sich darüber Gedanken macht, dass er auch mal in solche Situationen

Kategorie	Textstellen
	kommen kann und dass er das von sich aus regelt. Also zu Hause schon mit seiner Familie und mit sich selbst klarmacht, sodass von Vornherein irgendwie schon einmal was da ist, woran man sich halten kann. (P1, Z. 170-175) Ich würde mir wünschen, dass Pflegepersonal, Ärzte oder überhaupt allgemein Berufsgruppen, die damit konfrontiert werden, dass die im Rahmen der Ausbildung oder im Rahmen des Studiums, also explizit bei Ärzten halte ich das für dringend notwendig, dass die im Rahmen ihres Studiums damit auch mal konfrontiert werden, dass es halt wichtig ist, darauf zu achten und dass ihnen vor allen Dingen auch Mut zur Tat beigebracht wird. Das heißt also, ihnen klar zu machen, dass ich als Arzt zum Beispiel in diese Situation durchaus kommen kann, wo ich eine klare Entscheidung treffen muss oder wo ich eine klare Direktive vorgeben muss. Und dazu brauche ich Charakterstärke und dazu brauche ich halt Kompetenz, klar, aber ich muss in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen. Auch mal gegen Widerstände oder auch wenn man mal unsicher ist. (P5, Z. 175-185) Ja, ich wollte nur wegen onkologischen Normalstationen, da war ich auch und da ist es meistens das Problem, dass die Ärzte mit den Patienten nicht wirklich darüber sprechen, wie ernst die Erkrankung ist. Da kommt der Zettel oder überhaupt das Thema oft von den Ärzten aus nicht zustande oder dass die Patienten einfach immer glauben, dass es wieder wird. Also dass sie auf jeden Fall wieder gesund werden und ein normales Leben weiterführen können. In den meisten Fällen ist es aber nicht so, das ist wirklich, glaube ich, selten halt gewesen, was ich da oben gesehen habe, dass die gesund werden und nach Hause können und so weiterleben können wie vorher. Und ganz viele, die ich in der Ausbildung zum Beispiel da oben gesehen habe, sind dann hier in diesem halben Jahr auf Station verstorben und es wurde nichts geklärt da oben. Die sind hierher gekommen und dann hieß es: „Ja, und was machen wir jetzt? Wie sieht die Therapie aus? Machen wir weiter?“. Und dann mussten immer die Onkologen eingeschaltet werden und die kamen dann runter und haben trotzdem noch alles versucht, obwohl es ja eigentlich schon abzusehen war. Ich glaube, vor zwei oder einem Jahr war es schon abzusehen, dass es nicht lange halten wird, aber. (P4, Z. 233-246) Oh Gott, wenn ich jetzt, ich als Patient jetzt da liegen würde und mich spricht einer an: „Möchten Sie denn intubiert werden?“ und uuh. Ja, ich habe jetzt nicht damit zu tun, da kriege ich erst einmal einen Schrecken, ne? Weil, ich will ja erst einmal geholfen kriegen, ne? (P7, Z. 407-409) Ja. (P3, Z. 410) Aber wir sprechen, Zeitmangel ist ein gutes Thema, wir sprechen eigentlich gar nicht als Pflegende, Angehörige, Patient geht ja häufig nicht, und Ärzte zusammen, sondern, wenn ich heute an eins denke oder gestern an drei, da ist mit Zeit nichts. Da habe ich die Angehörigen am Bett

Kategorie	Textstellen
	stehen, während ich was erkläre, blutet der hin. Gestern lief das Bett aus, da lief das Blut aus der Dings, während man hier ein tolles Gespräch führt. Da muss man die Leute erst einmal rausschicken. Da ist dann mit so einem Bogen, ist da nichts zu wollen. Es fehlt auch an der Zeit, zusammen mit dem Patienten und mit den Angehörigen. (P8, Z. 253-259) […] Also das ist einfach.. Weil da sind wir ja, aber die Frage ist: „Was können wir gerade machen?“. (P8, Z. 261-262)
Alt_Sys	Wir haben jetzt immer so eine interne Lösung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist ein stationsspezifisches System zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung), wie schon gesagt. Wir haben einfach unsere Therapiepläne, wo schon seit immer quasi bei jedem Patienten diese Frage von Vornherein klar sein muss, ob man es macht oder nicht. Das heißt, wenn jemand bei uns aufgenommen wird, ist es auch quasi der Bestandteil der Aufnahme, sich mit dieser Frage zu befassen. (A2, Z. 20-24) Sagen wir, auf dieser, auf dieser Intensivstation haben wir einfach halt diese interne Lösung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist ein stationsspezifisches System zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung), wie ich schon gesagt habe, einfach diesen Verzicht auf die Wiederbelebung, so einen Zwischenschritt für unsere Station, das, was einfach halt davor passiert. Das ist etwas, was meistens die IMC-Station oder die Normalstation häufig verwendet. Wir haben momentan einfach halt diese interne Lösung, wir haben nicht so viele Patienten, wir haben acht Patienten, die da sind. Man kann das in Einzelgesprächen, diese paar Punkte auch natürlich einfach mit der Familie quasi oder dem Betreuer einfach halt besprechen, entscheiden und dokumentieren, ja? Dass man explizit diesen Bogen benutzt, würde ich jetzt nicht einfach sagen auf unserer Station. Die haben, wie gesagt, diese interne Lösung. (A2, Z. 128-136) (I: Und wo dokumentieren, also dokumentieren Sie das (Anm.: gemeint ist eine Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) dann auch?) Ja. Also wir haben hier so ein elektronisches Patientenmanagementsystem, mit dem wir die ganze Intensivstation betreiben und dann haben wir dann quasi so ein Feld, wo wir das reinschreiben. (A5, Z. 70-72) […] Ja. In der Neurologie, also bei uns in der Abteilung ist es historisch so, dass wir so ein, ja, so eine Zeichenkodierung haben, die in der Patientenplanette oder Akte vermerkt ist, also ein Plus, ja, dann kriegt der Patient alles. Ein Plus in Klammern, dann weiß jeder, der da draufguckt: Der Patient will nicht auf eine Intensivstation, will nicht intubiert werden, will nicht wiederbelebt werden. Und ein Minus heißt: Der Patient ist infaust. Der wird wahrscheinlich versterben, braucht eine palliative Therapie. Ja. Also das hat sich jetzt jahrelang hier so gehalten, aber für die Intensivstation hat sich das nicht bewährt, weil da

Kategorie	Textstellen
	natürlich viele Graustufen dazwischen sind. Was heißt jetzt irgendwie beatmet? Patient will nicht beatmet werden für eine kurze Zeit, für, wenn es reversibel ist, woher weiß ich, dass eine Pneumonie reversibel ist oder, ja, das ist immer total schwierig zu sagen. (A5, Z. 74-83) (I: Finden Sie denn die Dokumentationsform, die Sie jetzt im Moment haben, dass das im Notfall, wenn irgendeine Situation, die zum Beispiel eine Reanimation erforderlich machen würde, wenn die eintritt, dass Ihr Dokumentationssystem auch klare Formulierungen, klare Anweisungen enthält, die auch vom Pflegepersonal zum Beispiel in konkretes Handeln umgesetzt werden könnten?) Also ich finde schon. Wir schreiben es mittlerweile relativ genau auf, was wir mit den Angehörigen besprochen haben und gerade wenn es um detailliertere Entscheidungen geht, also: „Patient soll nicht reanimiert werden und intubiert werden.“, das ist ja ganz klar. Das kann man relativ leicht aufschreiben und da stehen dann halt vier Wörter: „Keine Rea, keine Intubation.“. Und das kann jeder Pfleger auch innerhalb von einer Sekunde erfassen. Wenn es dann um detailliertere Entscheidungen geht wie: „Keine Katecholamine oder Katecholamine nicht steigern.“ oder, ja, was gibt es noch, naja. (A5, Z. 103-109) […] Das schreiben wir dann rein. Wenn wir den Patienten oder die Angehörigen, die, also die betreuenden Angehörigen entsprechend befragt haben, dann schreiben wir das auch so detailliert auf, damit es sozusagen auch über die Schichten unter den Ärztinnen und Ärzten quasi übergeben ist und die Pfleger können da natürlich auch reinschauen, ja? Und wir übergeben das auch mündlich, also einmal am Tag findet auch sozusagen eine Patientenübergabe von den Ärzten an die Pflege statt, sodass das da auch nochmal erwähnt wird, wenn es da Unklarheiten gibt. (A5, Z. 111-117) Und prinzipiell momentan läuft es eigentlich, also ich bin mit dem, wie wir es momentan gestalten, eigentlich ganz zufrieden. Der Pflege ist es manchmal ein bisschen zu kompliziert, wenn wir detaillierte Festlegungen treffen, die wirklich bis ins kleinste Detail gehen. Manchmal ist es halt notwendig. Aber letztendlich ist der Bogen ja auch nicht einfacher. Also es ist ja auch eine A4-Seite mit viel Text. (A5, Z. 154-158) […] Sodass ich denke, dass unsere Dokumentation jetzt auch nicht komplizierter zu lesen ist in einer Notfallsituation. (A5, Z. 160-161) (I: Und das, was sozusagen auf dem Bogen angekreuzt ist, haben Sie ja jetzt auch schon gesagt, also Katecholamine und alles, das ist ja hier detailliert, aber, wir Sie es dokumentieren, wird es ja dann genauso detailliert sein und.) Ähnlich, ja. (A5, Z. 172) Gerade auf den Normalstationen. Die gucken auf ihre Planette drauf und sehen diese ungefähre Abstufung halt: Komplette Maßnahme halt oder abgeschwächte Maßnahme oder was auch immer der Patient halt haben möchte (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Vertrautheit des Pflegepersonals mit dem alternativen Dokumentationssystem gerade auf Normalstationen). (A5, Z. 223-225)

Kategorie	Textstellen
	(I: Haben Sie da ein Dokumentationssystem, in dem Sie das (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) aufschreiben?) Ja. Wir haben ja unser Dokumentationssystem, also ISERV-System für die Intensivstation, wo die ärztlichen Verläufe und auch die Therapien stehen, eigentlich so ein Standardprogramm, was auf allen Intensivstationen ist und da wird das dokumentiert. Da ist auch eine Leiste, wo steht: Lebenserhaltende Maßnahmen: Ja oder Nein. Und wenn, dann wird es auch konkretisiert, ob es Reanimation, ob es Intubation oder kreislaufunterstützende Maßnahmen sind. (A6, Z. 80-85) Ob man weiterbelebt oder nicht, in einer Akutsituation wird ja immer ein Arzt hinzugezogen und ein Arzt ist auch immer da. Ob die Pflege so schnell nachschauen kann? Die werden ja auch informiert, also man ist ja in der Visite, da weiß die Pflege Bescheid. Ob die gerade vielleicht durch Schichtwechsel gerade parat hat, wie es gerade mit dem Patienten gehandhabt werden soll, dann, weiß nicht, aber es kommt ja immer ein Arzt dazu. Und das ist eher schnell im System nachzuschauen. Das System ist immer auch offen beim Pflegepersonal, also die Maske. Und wir haben auch die Maske am Patientenbett, auch einen Computer, wo auch die Maske für den Patienten offen ist. Es kann sein, wenn man es nicht weiß, dann ja, kann es schon sein, dass es 10-15 Sekunden dauert bis man es nachguckt. (A6, Z. 90-98) […] Aber es kommt immer ein Arzt, am Ende ist das eine ärztliche Entscheidung. (A6, Z. 100) […] Die wissen dann Bescheid, ja, ja. Auch wenn man festgelegt hat, dass der Patient nicht reanimiert werden soll und es doch zum Kreislaufeinbruch kommt, soll auch ein Arzt dazugezogen werden. Also unabhängig davon und dann wird nochmal ärztlicherseits gesagt: „Ja, das ist so festgelegt und wir werden nicht weiterbeleben.“. (A6, Z. 102-105) (I: Also finden Sie, dass diese Rubrik, die Sie dafür haben in dem digitalen System auch ausreichend für solche Dokumentationen ist, um solche wichtigen Entscheidungen festzulegen?) Ja, wir haben ja erst einmal eine Rubrik oben. Da steht ja ganz oben: Patientenname, Geburtsdatum und dann oben: Wiederbelebende Maßnahmen: Ja, Nein. Das ist das, was man schnell nachgucken kann. Und dann werden natürlich in den Verläufen die Gespräche mit Angehörigen auch dokumentiert. Das kann dann natürlich dauern, bis man da nachguckt. Aber das Entscheidende ist das, was gleich in der Maske oben steht. (A6, Z. 108-112) Also ich kenne den Bogen nicht so im Einzelnen. Aber was Sie mir so, wie Sie ihn mir beschrieben haben, ist es im Prinzip das, was wir auch mit den Angehörigen besprechen. Es geht nur um die Dokumentation selbst. (A6, Z. 161-163) (I: Deshalb sind Sie mit Ihrem System, das hat sich auch bewährt.) (A6, Z. 170)

Kategorie	Textstellen
	(I: Und wie ist das, wenn die Ärzte Entscheidungen treffen bezüglich des Einsatzes wiederbelebender Maßnahmen? Wussten Sie da schon einmal nicht, was angeordnet war? Dass es nicht kommuniziert wurde?) Nein, das wissen wir eigentlich. (P19, Z. 27) (I: Und wie ist das, wenn die Ärzte Entscheidungen treffen bezüglich des Einsatzes wiederbelebender Maßnahmen? Wussten Sie da schon einmal nicht, was angeordnet war? Dass es nicht kommuniziert wurde?) Da gibt es keine Probleme. Da schreiben die Ärzte ein Plus, ein eingeklammertes Plus oder ein Minus hin. Ein Plus bedeutet, dass wir alles machen, ein eingeklammertes Plus, dass ein Teil der Maßnahmen gemacht wird und ein Minus bedeutet, dass nichts gemacht wird. Und es steht beim eingeklammerten Plus auch noch genauer, welche Maßnahmen angewendet werden sollen und welche nicht, dafür stehen zwei Zeilen zur Verfügung. (P22, Z. 28-32) (I: Und wie ist das, wenn die Ärzte Entscheidungen treffen bezüglich des Einsatzes wiederbelebender Maßnahmen? Wussten Sie da schon einmal nicht, was angeordnet war? Dass es nicht kommuniziert wurde?) Ja, da wissen wir Bescheid. Wir haben auch Übergaben von den Ärzten an die Pfleger. Da wird auch nochmal gesagt, was bei dem Patienten gemacht werden soll. Die Kommunikation ist gut. (P21, Z. 33-35) (I: Sie haben jetzt ja eben schon ein bisschen zu den Methoden auf Ihrer Station erzählt, die Sie nutzen, um das Auftreten solcher Probleme im Umgang mit der Frage nach Wiederbelebung zu vermeiden, Sie haben also ein Dokumentationssystem, in dem aufgeschrieben wird, was gemacht werden soll und was nicht?) Ja, genau. Wir schreiben seit Jahren schon nichts mehr per Hand auf, sondern alles läuft hier elektronisch. Und in der elektronischen Datei von jedem Patienten stehen dann Plus oder Minus und Erläuterungen. (P20, Z. 67-69) (I: Und enthalten diese Dokumentationen klare Anweisungen und Formulierungen, die im Falle eines Notfalles in konkretes Handeln umgesetzt werden können?) Ja. Es stehen dann zum Beispiel auch noch Informationen zur Katecholamingabe und genauere Angaben zu den einzelnen lebensverlängernden Maßnahmen, die manchmal nur unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt werden sollen. (P19, Z. 72-74) Aber das ist alles gut formuliert und zu verstehen. (P21, Z. 75) Bei uns in den Übergaben oder beim Patienten wird so oft gefragt, ob die Entscheidungen auch mit den Angehörigen besprochen wurden und es ist oft nicht klar und keiner weiß es. Wenn das mit auf dem Bogen steht, weiß man sofort Bescheid, was man noch besprechen muss. Das ist wichtig. (P20, Z. 89-93)

Kategorie	Textstellen
	(I: Würden Sie sagen, dass der Bogen detaillierter ist als Ihre Dokumentationsform, die Sie nutzen?) Ja, würde ich sagen. Und hinten ist auch nochmal ein Feld, wo man reinschreiben kann, was bei dem bestimmten Patienten noch dazukommt, eine Ausnahmeregelung zum Beispiel. (P20, Z. 97-99) Unser jetziges System (Anm. der Verfasserin: gemeint ist ein stationsspezifisches alternatives System zur Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung) ist auch gut, manchmal nicht so detailliert. (P21, Z. 113-114) Es werden schon mehr Dinge abgefragt (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen), aber das ist ja auch gut. (P22, Z. 121) (I: Wie lange haben Sie denn schon dieses System mit dem Plus und dem Minus?) Oh, schon sehr lange. Schon viele Jahre, eigentlich seitdem ich hier bin seit 20 Jahren. Aber früher wurde das halt nie ausgefüllt. Inzwischen steht aber bei jedem Patienten was etwas dazu. (P23, Z. 185-187)
Ohne_Erf	(I: Haben Sie denn auch selber schon einmal Erfahrungen damit gemacht, vielleicht auf anderen Stationen?) Nein. (A5, Z. 134) (I: Und ist Ihnen denn schon ein Patient sozusagen überwiesen worden, der so einen Bogen hat, dass Sie irgendwie, ja, so mal, damit in Kontakt gekommen sind, auch wenn Sie ihn nicht selber ausgefüllt haben?) Eigentlich auch nicht, weil die Patienten sozusagen diese Bögen ja auch nicht mitbekommen. Also wenn wir den Patienten sozusagen überwiesen bekommen aus einer anderen Abteilung, dann bleibt die Akte ja dort, die kriegen wir aus Datenschutzgründen ja dann auch nicht, da ist dann dieser Bogen drin, ja, das ist dann schwierig. Eigentlich fragen wir jeden Patienten selbst. (A5, Z. 138-142) (I: Ja, haben Sie denn von Kollegen von anderen Stationen von Erfahrungen berichtet bekommen? Dass jemand anderes die Bögen eingesetzt hätte und damit vielleicht irgendwelche.) Also ich weiß, dass manche Innere Abteilungen den halt einsetzen, aber ich habe mich da jetzt mit den Kollegen noch nicht drüber unterhalten, ehrlich gesagt. (A5, Z. 145-146) (I: Ich weiß nicht, ob Sie davon gehört haben, es wurde ja dieser Dokumentationsbogen über den Verzicht auf wiederbelebende Maßnahmen oder auf lebensverlängernde Maßnahmen 2012 eingeführt und den gibt es schon auf der IMC-Station, auf ein paar Intensivstationen und auch

Kategorie	Textstellen
	auf ein paar Normalstationen. Haben Sie von dem Bogen schon einmal gehört? Also wissen Sie, dass es den gibt?) Also mit dem Bogen selbst nicht. (A6, Z. 122) (I: Also es sind auch noch nicht Patienten gekommen, die den zum Beispiel schon vorher hatten und.) Also als Verleger von den anderen Stationen meinen Sie mit dem Bogen? (A6, Z. 125) […] Nein. (A6, Z. 127) Und wir haben jetzt damit keine Erfahrung (Anm. der Verfasserin: gemeint ist die Erfahrung mit dem Dokumentationsbogen). (A6, Z. 168) (I: Nun wurde ja im Jahr 2012 auf der nephrologischen und kardiologischen Intensivstation sowie auf der IMC-Station und einigen Normalstationen die „Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf Wiederbelebung“ eingeführt. Kennen Sie diesen Bogen überhaupt?) Ja. Ich bin im Moment in meiner Weiterbildung und muss deswegen zwischen den Stationen rotieren und habe den vor zwei Jahren auf der Station 1026 kennengelernt. (P20, Z. 81-82) (I: Und wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Bogen gewesen?) Da hieß es halt immer in den Übergaben bei den entsprechenden Patienten: „Der hat einen rosa Zettel.“. Der war immer ganz vorne sichtbar auf der Patientenakte aufgeheftet und dann wusste man Bescheid, dass Einschränkungen gemacht wurden. (P20, Z. 84-86) Und da auf dem Bogen steht auch noch, ob ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat oder nicht. Das finde ich sehr wichtig. Bei uns in den Übergaben oder beim Patienten wird so oft gefragt, ob die Entscheidungen auch mit den Angehörigen besprochen wurden und es ist oft nicht klar und keiner weiß es. Wenn das mit auf dem Bogen steht, weiß man sofort Bescheid, was man noch besprechen muss. Das ist wichtig. (P20, Z. 88-93) Hier finde ich es auch gut, dass immer wieder reevaluiert wird und das Geschriebene an Veränderungen beim Patienten angepasst wird. Das wird bei uns aber auch aufgeschrieben, wenn sich etwas verändert und plötzlich mehr oder weniger gemacht werden soll. (P20, Z. 124-126)
Ohne_Einf	Ich finde einfach solche Bögen sehr sinnvoll, sehr wichtig. Ob man es quasi bei uns, bei unseren Therapieplänen einfach jetzt auch nimmt, das ist einfach noch die Frage. Wir beschäftigen und mit dieser Frage fast bei jedem neu aufgenommenen Patienten. Das gehört bei uns quasi zum Alltag, ja? Das ist einfach bei uns die Frage: „Soll der Patient leben oder einfach würde der Patient leben?“. Die Frage ist einfach: „Will der Patient intensivmedizinisch behandelt werden?“. Das muss man sich einfach immer fragen, ja? (A2, Z. 227-232)

Kategorie	Textstellen
	Also einerseits würde sich, ja, fügt er (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) sich ein bisschen schlecht sozusagen in dieses Computersystem hier ein. Das ist halt, wir haben also eine elektronische Akte, das heißt, da kann man den schlecht abheften, ja? Und prinzipiell momentan läuft es eigentlich, also ich bin mit dem, wie wir es momentan gestalten, eigentlich ganz zufrieden. Der Pflege ist es manchmal ein bisschen zu kompliziert, wenn wir detaillierte Festlegungen treffen, die wirklich bis ins kleinste Detail gehen. Manchmal ist es halt notwendig. Aber letztendlich ist der Bogen ja auch nicht einfacher. Also es ist ja auch eine A4-Seite mit viel Text. (A5, Z. 152-158) […] Sodass ich denke, dass unsere Dokumentation jetzt auch nicht komplizierter zu lesen ist in einer Notfallsituation. Also was ich an dem Bogen halt, ich finde, prinzipiell finde ich das total sinnvoll, dass es so einen Bogen gibt und ich finde es auch sinnvoll, dass überhaupt die Leute befragt werden. (A5, Z. 160-163) […] Also das finde ich viel relevanter, dass es passiert als in welcher Form, ja. (A5, Z. 167-168) Aber zum Beispiel fehlen mir hier (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen) so bestimmte Einstufungen. Intubation, Beatmung, Ja? Für manche Patienten ist das wirklich ganz klar: „Ja, ich will das.“. Aber bei unseren Patienten, wir haben ja häufig so Patienten, die dann potenziell zu langzeitbeatmeten Patienten werden könnten. Das wissen wir halt vorher nicht. Also zum Beispiel: Großer Schlaganfall, klar, aufgrund der Akutsituation wird der Patient intubiert, beatmet, kriegt vielleicht eine Hemikraniektomie, kriegt dann eine Pneumonie und, ja, wie ist es jetzt? Kriegt man den Schlauch aus dem Hals wieder raus? Kann man vorher mit der Schwere der Hirnschädigung auch nicht sagen, weil die Patienten häufig dann Schluckstörungen haben, Atemstörungen. Ein Patient, der in der Inneren Medizin ist, der einfach nur in Anführungsstrichen eine Pneumonie hat, da weiß man: „Ok, da kommt der Schlauch rein, die Wahrscheinlichkeit, dass man die Pneumonie ausbehandeln kann, ist groß und dass man den Schlauch dann auch wieder rausnehmen kann, die Wahrscheinlichkeit ist groß.“: Und das ist bei uns halt, ja, häufig schwierig einzuschätzen. Und deswegen fragen wir die Patienten halt häufig, die sagen immer: „Ja, ich will auf keinen Fall an eine Beatmungsmaschine.“. Und wenn man dann genauer nachfragt: „Ja, aber wenn wir glauben, dass das eine reversible Situation ist.“, also wie zum Beispiel eine Pneumonie, die man behandeln kann, ja dann würden sie das wollen, ja? Und diese Abstufung halt zu treffen, das ist manchmal doch recht relevant, ja. Und wenn die Patienten dann sagen: „Aber ich will keine Langzeitbeatmung, keine Tracheotomie oder so etwas.“, dann weiß man: Ok, man kann den Patienten intubieren und behandelt sie antibiotisch. Wenn es besser wird, ist gut und wenn nicht, dann kann man sozusagen auch immer noch die Behandlungen abbrechen, wenn es sich in eine Langzeitbeatmungssituation zum Beispiel entwickeln würde. Ja. Einfach dieses Vorhersehen ist nicht ganz so einfach, glaube ich. (A5, Z. 174-196)

Kategorie	Textstellen
	Ne, also ich finde das total gut, dass Sie sich darum kümmern und ich fände es relevant, oder ich fände es wichtig, wenn es das klinikweit einheitlich gäbe. Ich glaube, das wäre eine Sache, die alles erleichtern würde. Gerade, wenn ein Patient von A nach B verschoben wird und dann Ärzte und Pflege den nicht kennen und da gibt es ein ganz klar einheitliches Dokument, was das sozusagen belegt: „Patient will das und das nicht.“. (A5, Z. 208-212) Ich meine, es ist ja auch nicht so schlimm, dass auf diesem Zettel dann (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen), also der wäre für den absoluten Notfall, wenn da nicht detailliert draufsteht, was der Patient wollen würde. Das ist ja dann was, was man dann immer noch entscheiden kann. Aber einfach für den Notfall: Intubation, Reanimation, Defibrillation, ja, einfach so drei, vier Dinge, die dann halt abgelehnt oder nicht abgelehnt werden. Oder, ja, wo auch dokumentiert wird, dass der Patient sich vielleicht nicht sicher ist, sodass man trotzdem die Maßnahmen durchführt, aber dass man weiß, da bestehen irgendwelche Zweifel. Das fände ich schon ganz relevant. Aber ich sehe es jetzt nicht, dass wir den Bogen in der Neurologie jetzt so einfach adoptieren können, weil wir da eigentlich ein System haben, was relativ gut läuft und mit dem auch die Pflegenden irgendwie vertraut sind. Gerade auf den Normalstationen. Die gucken auf ihre Planette drauf und sehen diese ungefähre Abstufung halt: Komplette Maßnahme halt oder abgeschwächte Maßnahme oder was auch immer der Patient halt haben möchte. Ich glaube nicht, dass das das dann einfacher machen würde. (A5, Z. 214-226) (I: Ja, weil Sie einfach schon so ein bewährtes System (Anm.: gemeint ist ein alternatives System der Dokumentation einer Entscheidung über den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen) integriert haben, ja.) Ja, und gerade weil auch die Akten von den Planetten getrennt sind und die Pflegenden halt diese Planetten in der Hand haben und dann halt schnell drauf gucken und wenn der Zettel dann irgendwo in der Akte liegt, dann müssten sie irgendwo hinrennen und das ist halt im Notfall auch nicht möglich. (A5, Z. 228-231) Ja, ob es mehr Papier, noch mehr (Anm. der Verfasserin: Angaben zur Vorstellbarkeit einer Einführung des Dokumentationsbogens auf der Station). Es mag sein, dass es dann vielleicht in Einzelfällen hilfreich ist. Ich meine, die Frage ist nur, es ist ja schon eingeführt worden oder? Und wir haben jetzt damit keine Erfahrung. Ich weiß, wir haben uns damals dagegen entschieden, weil wir das für uns einfach nochmal genauer machen, weil wir einfach nochmal Patienten mit Hirnschädigungen haben. Deshalb ist das bei uns nochmal genauer. (A6, Z. 163-168)

Kategorie	Textstellen
	(I: Deshalb sind Sie mit Ihrem System, das hat sich auch bewährt.) Ja. (A6, Z. 170) (I: Da sind Sie zufrieden mit.) Ja. (A6, Z. 172) […] Aber klar, wenn es jetzt ein einheitlicher Bogen ist, wenn es den anderen Stationen helfen würde, ja. Also dagegen spricht nichts, nur, dass es noch mehr Dokumentation ist. Ob es wirklich inhaltlich auch viel bringt, weiß ich nicht, weil wir damit keine Erfahrung haben. (A6, Z. 174-176) (I: Und was hielten Sie davon, wenn so ein Bogen auch auf Ihrer Station eingeführt werden würde?) Das wäre auf jeden Fall gut. Wir Pflegenden rotieren ja viel mehr zwischen den ganzen Stationen als die Ärzte. Und wenn man da ein einheitliches System hat und man sich nicht immer wieder neu auf jeder Station auf eine neue Form der Dokumentation einstellen muss, dann macht es die Einarbeitung auch einfacher. (P21, Z. 103-106) Außerdem werden ja auch immer wieder Patienten von der 1026 zum Beispiel auf unsere Station verlegt. Und wenn die dann so einen Bogen haben, dann würden wir sofort Bescheid wissen und könnten ihn weiterbenutzen. (P22, Z. 107-109) (I: Und würden Sie es als Problem sehen, dass Sie im Gegensatz zu vielen anderen Stationen ein elektronisches Dokumentationssystem haben und damit den Bogen in Papierform nicht nutzen können?) Nein, das würde kein Problem sein, dann müsste man ihn einfach nur einscannen. Unser jetziges System ist auch gut, manchmal nicht so detailliert. Man könnte den Bogen auf jeden Fall zusätzlich nehmen. Was sagen denn unsere Ärzte dazu? (P21, Z. 113-115) Es ist natürlich auch aufwändig, so einen Bogen auszufüllen. Das nimmt vielleicht mehr Zeit in Anspruch als einfach nur ein Plus oder ein Minus hinzuschreiben und in ein oder zwei Sätzen ein bisschen was zu erläutern. (P20, Z. 118-120) Es werden schon mehr Dinge abgefragt (Anm.: gemeint ist der Dokumentationsbogen), aber das ist ja auch gut. Als zusätzliche Hilfe finde ich ihn gut. (P22, Z. 121-122) Im Endeffekt müssen es halt die Ärzte ausfüllen (Anm. der Verfasserin: gemeint ist der Dokumentationsbogen), und die haben es zu entscheiden. (P21, Z. 123) Ja, das Thema mit den Angehörigen ist eine Sache. Das würde der Bogen vielleicht verbessern, dass Dinge einfach klarer mit allen kommuniziert und besprochen werden. (P20, Z. 161-162)

Kategorie	Textstellen
	Da wäre es toll, wenn der Bogen ein längeres Gespräch hervorrufen könnte, in dem man einfach sachlich aufgeklärt wird und dann entscheiden kann. Das Gespräch mit den Angehörigen müsste dann dokumentiert werden. Damit auch nicht jeder etwas anderes zu denen sagt. (P23, Z. 169-172) Ich finde sowieso, etwas Einheitliches zu haben, das bei jedem Patienten gleich ist, was jeder, der mit dem Patienten in Kontakt kommt, sofort verstehen kann, sehr gut. Das würde viele Komplikationen und Fehler vermeiden. Und so beschäftigen sich viele Leute vielleicht auch früher mit ihrem eigenen Tod oder mit dem Tod ihrer Angehörigen und es werden mehr Entscheidungen getroffen, die dem Patientenwillen folgen. Allerdings gibt es natürlich auch immer wieder Notsituationen, vor allem auch bei jungen Patienten, die man nicht vorhersehen kann. Auf alle Eventualitäten kann man einfach nicht immer vorbereitet sein. (P23, Z. 205-211)

9 Literaturverzeichnis

Adams DH, Snedden DP (2006): How misconceptions among elderly patients regarding survival outcomes of inpatient cardiopulmonary resuscitation affect do-not-resuscitate orders. J Am Osteopath Assoc 106, 402–404

Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärzteblatt 108, 346-348

Bundesärztekammer und Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2013): Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Dtsch Ärztebl 110, A1580-A1585

Beach MC, Morrison RS (2002): The effect of do-not-resuscitate orders on physician decision-making. J Am Geriatr Soc 50, 2057–2061

Becker G, Blum HE (2004): ["Medical futility": Der Arzt im Spannungsfeld von Behandlungsauftrag und Behandlungsbegrenzung]. Dtsch Med Wochenschr 129, 1694–1697

Bollig G, Gjengedal E, Rosland JH (2015): They know!-Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. Palliat Med 30, 456-470

Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A (2014): The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med 28, 1000–1025

Bundespresseamt: Patientenverfügung: behandeln wie besprochen, 04.08.2015. URL: https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/patientenverfuegung-behandeln-wie-besprochen-477704; Zugriff am 20.08.2019

Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg.): Medizinische Indikation und Patientenwille. 1. Auflage; Schattauer Verlag, Stuttgart 2008

Cohn S, Fritz ZBM, Frankau JM, Laroche CM, Fuld JP (2013): Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation orders in acute medical settings: a qualitative study. QJM 106, 165–177

Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, Johnston CB, Hamel MB, Lynn J, Teno JM, Phillips RS (2000): Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. J Am Geriatr Soc 48, S187-193

Danis M, Southerland LI, Garrett JM, Smith JL, Hielema F, Pickard CG, Egner DM, Patrick DL (1991): A prospective study of advance directives for life-sustaining care. N Engl J Med 324, 882–888

Degenholtz HB, Rhee Y, Arnold RM (2004): Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place. Ann Intern Med 141, 113–117

Dehmel S (2006): Die Anfänge der Patientenverfügung in Deutschland. Hum Leben Hum Sterb

Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W (2010): The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 340, c1345

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2017): Wissen und Einstellungen der Menschen in Deutschland zum Sterben –Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV.

Drazen JM, Desai NR, Green P (2009): Fighting on. N Engl J Med 360, 444–445

Elpern EH, Covert B, Kleinpell R (2005): Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 14, 523–530

Eunicke J, Forschner M, Heinze F, Hoffmann G, Marsch M, Rauprich O, Schüttler J, Wehler M, Wernstedt T, AG Therapiebegrenzung (2009): Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW). Modifizierte und aktualisierte Fassung Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen 2009/2010.

Fegg M, Lehner M, Simon ST, Gomes B, Higginson IJ, Bausewein C (2015): [Was beeinflusst Entscheidungen am Lebensende? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage in Deutschland]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58, 1118–1123

Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H (2002): Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. N Engl J Med 346, 1061–1066

Betreuungsrechtsänderungsgesetz 1998: Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts sowie weiterer Verfahren (Betreuungsrechtsänderungsgesetz - BtÄndG) vom 25. Juni 1998. Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 39. Bundsesanzeiger Verlag, Bonn 29.06.1998, 1580-1587

Hammes BJ, Rooney BL (1998): Death and end-of-life planning in one midwestern community. Arch Intern Med 158, 383–390

Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD (2010): A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. J Am Geriatr Soc 58, 1249–1255

Hartog CS, Peschel I, Schwarzkopf D, Curtis JR, Westermann I, Kabisch B, Pfeifer R, Guenther A, Michalsen A, Reinhart K (2014): Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. J Crit Care 29, 128–133

Hecht K, Krones T, Otto T, Karzig-Roduner I, Loupatatzis B (2018): Advance Care Planning in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen: Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie. Praxis 107, 1085–1092

de Heer G, Saugel B, Sensen B, Rübsteck C, Pinnschmidt HO, Kluge S (2017): Advance Directives and Powers of Attorney in Intensive Care Patients. Dtsch Arzteblatt Int 114, 363–370

Helfferich C: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage; VS, Wiesbaden 2011

Hickman SE, Nelson CA, Perrin NA, Moss AH, Hammes BJ, Tolle SW (2010): A comparison of methods to communicate treatment preferences in nursing facilities: traditional practices versus the physician orders for life-sustaining treatment program. J Am Geriatr Soc 58, 1241–1248

Hoppe JD (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl 108, A346–A248

Hospiz- und Palliativgesetz 2015: Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) vom 01. Dezember 2015. Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 48. Bundesanzeiger Verlag, Bonn 07.12.2015, 2114-2118

In der Schmitten J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G (2014): Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an interregionally controlled intervention trial. Dtsch Ärztebl Int 111, 50–57

Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, et al.: Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin - Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2012

Junod Perron N, Morabia A, De Torrenté A (2002): Evaluation of do not resuscitate orders (DNR) in a Swiss community hospital. J Med Ethics 28, 364–367

Kelly WF, Eliasson AH, Stocker DJ, Hnatiuk OW (2002): Do specialists differ on do-not-resuscitate decisions? Chest 121, 957–963

Kutner L (1969): Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. Indiana Law J 44, 2

Lamnek S: Band II: Qualitative Sozialforschung: Methoden und Techniken., Band 2; 2. Auflage; Beltz, Weinheim 1993

Langer I: Das persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung. Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, Köln 2000

Loertscher L, Reed DA, Bannon MP, Mueller PS (2010): Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders: a guide for clinicians. Am J Med 123, 4–9

Mangold W: Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt a. M. 1960

Marik PE, Craft M (1997): An outcomes analysis of in-hospital cardiopulmonary resuscitation: the futility rationale for do not resuscitate orders. J Crit Care 12, 142–146

Mayring P: Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 2. Auflage; Beltz, Weinheim 1993

Mayring P: Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage; Beltz, Weinheim 2002

Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. 11. Auflage; Beltz, Weinheim 2010

Mitchell SJ, Dale J (2013): Advance care planning is everybody's business. BMJ 347, f6748

Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, Goeree R, O'Brien BJ, Bédard M, Willan A, Watson J, Patterson C, Harrison C, et al. (2000): Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA 283, 1437–1444

Morley D: The Nationwide Audience. Structure and Decoding. British Film Institute, London 1980

Morrell ED, Brown BP, Qi R, Drabiak K, Helft PR (2008): The do-not-resuscitate order: associations with advance directives, physician specialty and documentation of discussion 15 years after the Patient Self-Determination Act. J Med Ethics 34, 642–647

Morrison RS, Olson E, Mertz KR, Meier DE (1995): The inaccessibility of advance directives on transfer from ambulatory to acute care settings. JAMA 274, 478–482

Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018

Nauck F, Becker M, King C, Radbruch L, Voltz R, Jaspers B (2014): To what extent are the wishes of a signatory reflected in their advance directive: a qualitative analysis. BMC Med Ethics 15, 52

Nauck F, Marckmann G, in der Schmitten J (2018): Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. AINS - Anästhesiol · Intensivmed · Notfallmedizin · Schmerzther 53, 62–70

Neitzke G, Böll B, Burchardi H, Dannenberg K, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Hartog C, Knochel K, Liebig M, et al. (2017): Dokumentation der Therapiebegrenzung: Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN). Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin 112, 527–530

AFP und Lauter R: NPD: Bundesrat will verfassungsfeindlichen Parteien Geldhahn zudrehen. Die Zeit, 10.02.2017

van Oorschot B (2008): [Patientenverfügungen aus Bevölkerungs-- und Patientensicht-Eine Übersicht über empirische Studien aus dem deutschen Sprachraum]. Bull Soc Sci Méd Grand Duché Luxemb 2008 443–454

Oswald C (2008): Die „Anordnung zum Verzicht auf Widerbelebung“ im Krankenhaus. Ethik Med 20, 110-121

Reinders: Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. 2. Auflage; Oldenbourg, München 2012

Sabatino CP (2010): The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. Milbank Q 88, 211–239

Schmidt FP, Glaser NJ, Schreiner O, Münzel T, Weber M (2015): ["Do-not-rescuscitate"--Auswirkungen der Einführung eines standardisierten Formulars auf Therapiebegrenzungen in der klinischen Praxis]. Dtsch Med Wochenschr 140, e159-165

Schöffner M, Schmidt KW, Benzenhöfer U, Sahm S (2012): [Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich]. Dtsch Med Wochenschr 137, 487–490

Shorr AF, Niven AS, Katz DE, Parker JM, Eliasson AH (2000): Regulatory and educational initiatives fail to promote discussions regarding end-of-life care. J Pain Symptom Manage 19, 168–173

Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM (2010): Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med 362, 1211–1218

Klinisches Ethikkommitee, UMG: Tätigkeitsbericht des Klinischen Ethikkomitees 2014 Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen 2015

Singer PA, Martin DK, Kelner M (1999): Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA 281, 163–168

Sommer S, Marckmann G, Pentzek M, Wegscheider K, Abholz H-H, in der Schmitten J (2012): Advance directives in nursing homes: prevalence, validity, significance, and nursing staff adherence. Dtsch Ärztebl Int 109, 577–583

Sudore RL, Fried TR (2010): Redefining the „planning“ in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. Ann Intern Med 153, 256–261

Sulmasy DP, Sood JR, Ury WA (2008): Physicians' confidence in discussing do not resuscitate orders with patients and surrogates. J Med Ethics 34, 96–101

Teno J, Lynn J, Wenger N, Phillips RS, Murphy DP, Connors AF, Desbiens N, Fulkerson W, Bellamy P, Knaus WA (1997): Advance directives for seriously ill hospitalized patients: effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. J Am Geriatr Soc 45, 500–507

Teno J, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T (2007): Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. J Am Geriatr Soc 55, 189–194

Thomas K, Lobo B (Hrsg.): Advance Care Planning in End of Life Care. Oxford University Press, New York 2011

Thompson T, Barbour R, Schwartz L (2003): Adherence to advance directives in critical care decision making: vignette study. BMJ 327, 1011

Tulsky JA (2005): Beyond advance directives: importance of communication skills at the end of life. JAMA 294, 359–365

Wiesing U, Jox RJ, Hessler H-J, Borasio GD (2010): A new law on advance directives in Germany. J Med Ethics 36, 779–783

Wolf SM, Boyle P, Callahan D, Fins JJ, Jennings B, Nelson JL, Barondess JA, Brock DW, Dresser R, Emanuel L (1991): Sources of concern about the Patient Self-Determination Act. N Engl J Med 325, 1666–1671

Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, Mitchell SL, Jackson VA, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG (2008): Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA 300, 1665–1673

Yuen JK, Reid MC, Fetters MD (2011): Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. J Gen Intern Med 26, 791–797

Zahuranec DB, Brown DL, Lisabeth LD, Gonzales NR, Longwell PJ, Smith MA, Garcia NM, Morgenstern LB (2007): Early care limitations independently predict mortality after intracerebral hemorrhage. Neurology 68, 1651–1657

Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG (2009): Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. Arch Intern Med 169, 480–488

Danksagung

Besonders danke ich an dieser Stelle meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Alfred Simon für die Möglichkeit, die Promotion unter seiner Leitung ausführen zu können. Ich danke ihm für eine umfassende und professionelle Betreuung, die ich mir nicht besser hätte wünschen können. In jeder Phase der Dissertation schafften gemeinsame Gespräche neue Motivation, diese Arbeit fertigzustellen. Die fachlich versierte, geduldige und verständnisvolle Begleitung von Prof. Dr. Simon bildete einen sehr angenehmen Rahmen für den gesamten Arbeitsprozess meiner Dissertation.

Ebenso danke ich meinem Ko-Betreuer Herrn Prof. Dr. Friedemann Nauck für wertvolle Anregungen und die große Hilfsbereitschaft insbesondere in der Phase der Fertigstellung dieser Arbeit.

Bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Sabine Wöhlke, die mir bei der Durchführung und Auswertung der qualitativen Interviews stets mit Rat und Tat zur Seite stand. Mein Dank gilt ebenso den ärztlichen und pflegenden Interviewteilnehmern der kardiologischen, nephrologischen und neurologischen Intensivstationen der Universitätsmedizin Göttingen. Insbesondere möchte ich den Stationsleiterinnen Frau Hußmann, Frau Seeber und Frau Leiß danken, die mich bei der Organisation der Interviewtermine unterstützt haben.

Lebenslauf

Geboren wurde ich, Katharina Schüring, am 24. September 1990 in Melle als Tochter von Angelika Schüring (Studienrätin) und Christoph Schüring (leitender Regierungsschuldirektor).

Von 1997 bis 2001 besuchte ich die Schule am Berg in Schledehausen und wechselte anschließend bis zum Jahre 2003 auf die Orientierungsstufe Dom in Osnabrück. Von 2003 bis 2010 war ich Schülerin des Gymnasiums Ursulaschule in Osnabrück. Hier legte ich im Juni 2010 meine Abiturprüfung ab.

Am 01. April 2011 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Georg-August Universität Göttingen. Im vorklinischen Studienabschnitt arbeitete ich von April 2012 bis März 2013 als hilfswissenschaftliche Mitarbeiterin im Kurs der makroskopischen Anatomie am Zentrum Anatomie der Universitätsmedizin Göttingen. Im März 2013 absolvierte ich den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Im klinischen Studienabschnitt verbrachte ich das Sommersemster 2015 an der Universität La Sapienza in Rom. Die Arbeit an meiner Dissertation begann ich im Wintersemester 2015/2016. Im Oktober 2016 absolvierte ich den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Von Oktober 2016 bis März 2017 arbeitete ich im Rahmen eines Freisemesters ausschließlich an meiner Dissertation.

Von Mai 2017 bis April 2018 absolvierte ich mein Praktisches Jahr am Städtischen Klinikum in Karlsruhe und am Marienhospital in Osnabrück. Im Mai 2018 legte ich den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ab.

Seit dem 01. Januar 2019 arbeite ich als Assistenzärztin in der Inneren Medizin am Klinikum Oldenburg.