

# **Ethik der Pflege bei Schwerstkranken und Sterbenden. Eine explorative Studie in der Intensivmedizin gefördert von der Robert Bosch Stiftung**

Im Rahmen des Forschungsprogramms „Klinische Ethik“  
(mit Förderung der DFG)

Stipendiatin: Gertraud Lenz, Krankenschwester, Dipl. Rel. päd. (FH)  
Projektleiterin: Prof. Dr. Stella Reiter-Theil

## **Projekt - Bericht**

### **1. Einführung**

Die Forschungstätigkeit von Gertraud Lenz im Rahmen des Stipendiums der Robert Bosch Stiftung ist in das DFG geförderte Forschungsprogramm ***Ethische, rechtliche und klinische Rahmenbedingungen passiver Sterbehilfe und Sterbebegleitung*** eingebunden.

In diesem Projekt wurde ein systematischer Dokumentationsansatz entwickelt und in der Onkologie, München-Grosshadern, und der Neonatologie, Universitäts-Kinderklinik, Freiburg eingesetzt, um erwartete und unerwartete relevante Aspekte des Entscheidungsprozesses zur Therapiebegrenzung zu identifizieren. Vorrangiges Ziel war dabei, den stationären Alltag so realistisch wie möglich abzubilden.

#### Leitende Fragestellungen:

- ◆ Welche Probleme stellen sich für die beteiligten Berufsgruppen, den Patienten und Angehörigen im Einzelfall?
- ◆ Wie sieht der Entscheidungsprozeß aus? Welche Wege der Problemlösung werden beschritten?
- ◆ Welche Kriterien spielen im Entscheidungsprozeß und bei der Begründung der Entscheidung eine wesentliche Rolle?

Ergänzt wurde dieser Ansatz durch jeweils eine Interviewstudie (Onkologie und Neonatologie).

Aufbauend auf das DFG - geförderte Projekt erweitert der Beitrag von Gertraud Lenz die Forschungsarbeit um die internistische Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt *Ethik in der Pflege*.

Zur Realisierung des oben genannten Forschungsvorhabens wurde der Feldforschungsansatz gewählt. Der Vorteil dieses Ansatzes liegt im wesentlichen in der Möglichkeit, eine größtmögliche Nähe zum Beobachtungsgegenstand herzustellen, Anpassungsfähigkeit an das aktuelle Geschehen und die individuellen Situationen zu gewährleisten sowie die Innenperspektive der Alltagssituation zu erschließen. Insbesondere die Entwicklung von Vertrauen und Motivation bei den Befragten stellt eine wesentliche Komponente bezüglich der Relevanz und Validität der Informationen dar.

Etappen des Feldforschungsansatzes sind dabei die Festlegung der Fragestellung, Herstellung des Feldkontaktes, Materialsammlung (Beobachtung, Beobachtungsprotokolle, Feldnotizen) und die Auswertung des Materials.

Mit der Wahl des Feldforschungsansatzes werden Aspekte der Systematik und Objektivität zu Gunsten der Anpassungsfähigkeit und Nähe zum Forschungsgegenstand zurückgestellt. Aufgrund der Pioniertätigkeit wurde der Feldforschungsansatz bevorzugt.

## 2. Zugang zum Thema

Die Frage danach, wie im Bereich der Intensivmedizin Menschen zu einem friedlichen und würdevollen Sterben verholfen werden kann, wie es sich viele Menschen wünschen, stellt sich für die auf Intensivstationen Arbeitenden häufig. Sind die PatientInnen erst im Krankenhaus und auf der Intensivstation, dann müssen auch die aus der Behandlung folgenden medizinischen Maßnahmen ergriffen werden. Dies ist notwendig, wenngleich sich bei manchem Tun auch der Zweifel einstellt, ob die Patientin oder der Patient davon tatsächlich noch profitiert bzw. ob Leiden und Sterben dadurch nicht lediglich verlängert werden.

Durch die Fortschritte in der Medizin entstehen fortwährend neue Möglichkeiten, lebensbedrohliche Krankheitszustände durch intensivmedizinische Behandlung zu überwinden, ausfallende Organfunktionen zu ersetzen und Menschen mit Hilfe medizinisch-technischer Mittel am Leben zu erhalten. Im intensivmedizinischen Alltag gehen mit diesen Möglichkeiten häufig schwierige Entscheidungen einher. Ein Grund dafür ist unter anderen, dass die meisten PatientInnen auf der Intensivstation nicht direkt um ihre Einwilligung in die Therapie und in medizinische oder pflegerische Maßnahmen gefragt werden können, weil sie nicht bei Bewusstsein sind. So stellt sich beispielsweise das Problem: Soll ein 92-jähriger an einem Myocardinfarkt erkrankter Patient dialysiert werden, weil seine Nierenretentionswerte ansteigen, auch wenn abzusehen ist, dass er auf Dauer dialysepflichtig bleiben wird? Soll er dialysiert werden, wenn er von sich aus gar nicht mehr weiter intensivmedizinisch behandelt werden wollte?

Die Entscheidung darüber, welchem schwerkranken oder sterbenden Menschen *welche* medizinische Möglichkeit nützen wird, oder ob sie dessen Leid eher vergrößert und das Sterben lediglich verlängert, wird mit Zunahme der zur Verfügung stehenden Optionen immer komplexer. Es können etliche lebensnotwendige Organfunktionen des Menschen vorübergehend oder langfristig ersetzt werden; der Körper wird als ein System einzelner Organe betrachtet. Die Grenzen zwischen Leben und Tod verschwimmen mit den größeren Handlungs- und Einflussmöglichkeiten auf den menschlichen Körper.

Die Frage nach dem *Sinn* einer Maßnahme stellen sich besonders die Pflegekräfte auf der Intensivstation, die sehr nahe an und mit den PatientInnen arbeiten. In ihrer Position übernehmen sie sowohl Aufgaben der Grundpflege, als auch der intensiven Überwachung der Vitalfunktionen der Betreuten. Sie arbeiten mit einer zunehmenden Anzahl medizinisch-technischer Apparate; zugleich aber liegt ihr Augenmerk auf der Beobachtung der Reaktionen und Veränderungen, welche die betreuten PatientInnen zeigen. Pflegekräfte haben ihren eigenen Kompetenzbereich in der pflegerischen Arbeit mit den einzelnen PatientInnen und deren Angehörigen. Sie arbeiten zugleich eng mit den ÄrztInnen als Team der Intensivstation zusammen. Dabei haben sie aber auch die berufliche Rolle, Ausführende der ärztlichen Anordnungen zu sein. Aus die-

sem Rollengefüge erwachsen Spannungen. Hinzu kommen ethische Dilemmata bei der Frage nach der Fortführung einer Intensivtherapie oder des Überganges von der kurativen Betreuung zur Sterbebegleitung. Erfahrungen von Pflegekräften, die auf Intensivstationen mit schwerkranken und sterbenden Patienten arbeiten, zeigen, dass sich die Pflegeorientierung ändert, wenn deutlich wird, dass ein Patient, um dessen Leben mit allen Mitteln gekämpft wird, bereits im Sterben liegt und wenn daraufhin dieser Sterbeprozess akzeptiert wird. Ruhe, Begleitung und die Gegenwart der Angehörigen erhalten dann eine gegenüber der medizinischen Aktivität vorrangige Bedeutung. Die Verständigung über diese Veränderung erfordert ein hohes Maß an Wahrnehmungsfähigkeit, Fachkompetenz, fachlichem Wissen und Kommunikationsbereitschaft aller Beteiligten.

Die explorative Studie verfolgt das Ziel, ethische Fragen und Konflikte, die im Alltag der Arbeit von Pflegekräften mit schwerkranken und sterbenden Menschen auf der Intensivstation entstehen, aufzugreifen und einer eingehenden Untersuchung zugänglich zu machen. Zugleich geht es darum, die Erfahrungen von Pflegekräften zu Wort kommen zu lassen. Damit wird ein authentischer und zugleich systematischer Zugang zur ethischen Perspektive der Krankenpflege im Hinblick auf die Betreuung von Sterbenden möglich.

### **3. Feldforschung: Umgang mit Therapiebegrenzung und der Betreuenden von Sterbenden auf der Intensivstation**

Der explorative Forschungsansatz wird in zwei unterschiedlichen, einander ergänzenden Wegen durchgeführt: 1. Dokumentation von Patientengeschichten auf der Intensivstation 2. Interviewstudie mit Pflegekräften

#### **3.1 Dokumentation von Patientengeschichten**

##### **3.1.1 Fragestellung**

Entsprechend der Fragestellung der DFG-Studie für die Dokumentation in den Bereichen der Neonatologie und internistischen Onkologie erfasste auch die Dokumentation in der Intensivmedizin Entscheidungsprozesse in bezug auf Fragen der Therapiebegrenzung, bzw. –abbruch. Mit einem standardisierten Dokumentationsbogen wurden 20 Fälle dokumentiert, bei denen Therapiebegrenzung diskutiert oder festgelegt worden war.

Nachdem die Dokumentation von 20 Fällen auf der Intensivstation abgeschlossen war, wurde die Fragestellung für die Intensivmedizin dahingehend verändert, dass nun *beobachtet* wird, *wie* Menschen auf der Intensivstation sterben. Über die Auswertung der 20 Standardisierten Falldokumentationen wird im DFG-Abschlußbericht reflektiert. Dabei wird das Phänomen des Sterbens auf der Intensivstation, die Prozesshaftigkeit und Einzigartigkeit des Sterbens einzelner PatientInnen stärker fokussiert. So ist von besonderem Interesse, was mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase auf der Intensivstation geschieht, wie und aufgrund von welchen Kriterien für sie medizinische Entscheidungen getroffen werden und welche ethischen Fragestellungen dabei auftreten.

Diese beobachtende Dokumentationsweise hat das Ziel, den Sterbeprozess und die ethische Dimension, die den Umgang mit dem einzelnen Patienten betrifft, möglichst

detailliert zu betrachten. Auf diese Weise wurden von der Stipendiatin zehn Patientengeschichten dokumentiert.

### **3.1.2 Beschreibung des Feldes**

Die folgende Beschreibung der internistischen Intensivstation soll einen Eindruck vermitteln, in welcher Situation sich die PatientInnen dort befinden und unter welchen Bedingungen das Pflege- und ÄrztInnenteam arbeitet.

Die Medizinische Klinik III der Universitätsklinik Freiburg hat zwei Intensivstationen. Die Station Heilmeyer II betreut vorwiegend nichtbeatmungspflichtige IntensivpatientInnen, während die Station Heilmeyer I, wo die Dokumentation stattfindet, sieben Beatmungsbetten hat. Die meisten PatientInnen, die dort liegen, werden den größten Teil der Zeit beatmet, sind sediert und nicht bei Bewusstsein. In Zeiten freier Betten werden auch nichtbeatmungspflichtige PatientInnen betreut, doch ist dies die Ausnahme. Die Betten befinden sich in einem Großraum, abgeteilt durch Trennwände zu den Nachbarbetten. Dadurch ist ein guter Überblick über alle sogenannten „Boxen“ gewährleistet. Zugleich aber sind die PatientInnen und MitarbeiterInnen Tag und Nacht beständig einer mehr oder minder lauten Geräuschkulisse und den Alarmmeldungen der Geräte an sämtlichen Patientenbetten ausgesetzt. Zwei Plätze sind durch eine Glaswand besser abgeschirmt.

Pflegekräfte und ÄrztInnen arbeiten im Dreischicht-Dienst, wenn möglich in wöchentlichem Wechsel. Das Pfl egeteam besteht normalerweise aus ca. 30 MitarbeiterInnen. Eine Pflegekraft betreut in der Regel ein bis zwei Patienten pro Schicht. Viele der Pflegekräfte haben eine Weiterbildung in der Intensivpflege absolviert oder sind auf dem Weg dazu.

Das Ärzteteam setzt sich normalerweise aus acht bis zehn ÄrztInnen zusammen. Der Stationsarzt / die Stationsärztin leitet das Team. Der leitende Oberarzt kommt regelmäßig zu Visiten und wichtigen Entscheidungen hinzu, wie zum Beispiel der Entscheidung zum Therapieverzicht.

Die Teams der ÄrztInnen und der Pflegenden arbeiten eng zusammen. Verschiedene MitarbeiterInnen anderer Fachrichtungen nehmen in der Zusammenarbeit in Bezug auf die PatientInnen ebenfalls wichtige Aufgaben wahr: aus den Abteilungen Krankengymnastik, Röntgen, Apotheke und andere sowie die KonsiliarärztInnen (beispielsweise Neurologie, HNO, Gastroenterologie, Anästhesie, Nephrologie, Pulmonologie, Chirurgie), deren Diagnosestellung und Empfehlung die Therapieentscheidung wesentlich mitbestimmen.

Therapiert werden meist beatmungspflichtige PatientInnen mit schweren kardiologischen, pulmonologischen, neurologischen, nephrologischen, gastroenterologischen, hämatologisch-onkologischen, endokrinen, immunologischen und toxikologischen Erkrankungen. Um einige Krankheitsbilder zu nennen: PatientInnen im kardiogenen Schock, mit Myokardinfarkt, Z.n. Reanimation bei Herzrhythmusstörungen, Pneumonie, akuten (ARDS) oder chronischen Lungenerkrankungen (COPD) und respiratorischer Insuffizienz, Sepsis, Nieren-, Leber-, Multiorganversagen, Gehirnmassenblutungen, Intoxikationen, Komplikationen nach Knochenmarktransplantationen, auch nach kardio-chirurgischen oder anderen chirurgischen Eingriffen. Teilweise werden auch PatientInnen von anderen Intensivstationen aus Kapazitätsgründen oder aus peripheren Krankenhäusern aufgrund der besseren Versorgungsmöglichkeiten (z.B. mit Dialyse, TIPS =transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt) betreut. Bei PatientInnen, die extubiert werden können, erfolgt oft aus Be-

darfsgründen eine rasche Verlegung auf eine der Normalstationen oder auf die oben genannte benachbarte Intensivstation. In der kurzen Zeit können die PatientInnen jedoch oft nicht ausreichend stabilisiert und mobilisiert werden. So kommt es immer wieder vor, dass diese danach auf die Intensivstation zurück verlegt werden müssen. Ungefähr ein Viertel der PatientInnen versterben aufgrund ihrer Erkrankungen auf der Intensivstation.

### **3.1.3 Vorgehensweise bei der Dokumentation**

Die Informationen über die PatientInnen und ihre Krankengeschichte werden, sowohl für die erste als auch für die zweite Dokumentationsweise, durch die im folgenden dargestellten Quellen erschlossen.

Durch die Teilnahme an den Übergaben der Pflegekräfte, die zunächst durch einen Arzt zum medizinischen Zustand der PatientInnen und anschließend zwischen den Pflegekräften am Patientenbett im einzelnen und detailliert erfolgt, sowie bei den Visiten erfährt die Dokumentierende die aktuellen Krankheitsverläufe, Untersuchungsergebnisse, medizinischen und pflegerischen Probleme. Hier werden auch weitere Vorgehensweisen und Therapiealternativen besprochen. Aus diesen Informationen, aus den Gesprächen mit einzelnen Pflegekräften und ÄrztInnen, sowie (bisher) in einem einzigen Fall mit dem Patienten selbst, werden die Daten für die Dokumentation gesammelt. Eine wesentliche Quelle ist auch die Krankenakte, aus der über die aktuellen Fakten hinaus die krankheitsbezogene Vorgeschichte und teilweise Informationen über den sozialen Kontext des Patienten zu erfahren sind.

Die Angehörigen werden in die Befragung nicht direkt einbezogen, weil der dadurch möglicherweise angestoßene Reflexionsprozess derzeit nicht angemessen begleitet und aufgefangen werden kann. So wird bislang auf indirektem Weg von Pflegekräften und ÄrztInnen erfragt, was diese von den Angehörigen selbst über den Patienten in Erfahrung gebracht haben.

In der ersten Phase der Dokumentation mit dem strukturierten Dokumentationsbogen wurden PatientInnen in die Studie einbezogen, bei denen sich die Fragestellung einer Therapiebegrenzung oder eines Therapieabbruchs explizit stellte, mit einer Ausnahme. Bei diesen PatientInnen, die eine schlechte Prognose oder einen ungünstigen Krankheitsverlauf zeigten, wurde ihre Krankengeschichte ausführlich und zusammenhängend dokumentiert.

Lediglich die einzelne Patientengeschichte, die als Ausnahme in die Dokumentation einging, entsprach den gestellten Kriterien der „Diskussion oder Festlegung einer Therapiebegrenzung“ streng genommen nicht. Doch wird an ihr exemplarisch die andere Seite der ethischen Problematik der Therapiebegrenzung deutlich: In der Intensivmedizin treten auch bei der Fortführung einer Maximaltherapie – nicht nur bei der Diskussion einer Begrenzung – ethische Fragen auf, wenn der Sterbeprozess dadurch nur in die Länge gezogen wird. Nicht immer werden Diskussionen darüber offenkundig, dennoch lassen sich in diesem Zusammenhang Konflikte beobachten.

Dieser Beobachtung soll die in einem zweiten Schritt veränderte Dokumentationsweise Rechnung tragen. Deshalb wurde nach der ersten Phase die Themenstellung der Studie dahin gehend abgewandelt, dass der „Prozess des Sterbens“ beschrieben wird, unabhängig davon, ob eine „Therapiebegrenzung diskutiert oder festgelegt“ wird.

### **3.1.4 Entwicklung eines veränderten Beobachtungsprotokolls**

Die leitende Fragestellung der veränderten Dokumentationsweise ist, *wie Menschen auf der Intensivstation sterben*. Das erkenntnisleitende Interesse besteht dabei darin, zu beobachten, was mit Menschen in der letzten Lebensphase auf der Intensivstation geschieht, wie und aufgrund von welchen Faktoren Entscheidungen getroffen werden, welche ethischen Maßstäbe dabei leitend sind und welche ethischen Fragen bzw. Konflikte aus den Handlungen erwachsen. Die Dokumentation wird anhand eines Beobachtungsprotokolls durchgeführt, der fünf Schwerpunkte umfasst (siehe Anlage I). Diese begleiten die teilnehmende Beobachtung und Befragung der Pflegekräfte und Ärzte, sowie das Aktenstudium. Somit orientiert sich die Dokumentierende mehr an Themenschwerpunkten, statt vor allem detaillierte Einzelfragen zu beantworten.

Die Dokumentation zielt darauf ab, den Sterbeprozess und die ethische Thematik, die den einzelnen Patienten betrifft, möglichst genau zu betrachten. So werden zahlenmäßig wenig Patientengeschichten (zehn), diese jedoch ausführlich, beschrieben. In der Offenheit der fünf Schwerpunkte werden die Beobachtungen, Erzählungen und Entscheidungen notiert. Dabei wird die Prozesshaftigkeit der Krankheitsgeschichte berücksichtigt. Die Dokumentierende macht ab dem Zeitpunkt, an dem sie Anzeichen dafür erkennt, dass ein Patient im Sterben liegt, Notizen und dokumentiert fortlaufend, was sie beobachtet, welche Stimmen und Entscheidungsprozesse sie wahrnimmt.

#### Zur Gliederung des Beobachtungsprotokolls

Informationen zum Alter der Patientin oder des Patienten, zum zeitlichen Aufenthalt auf der Intensivstation, zur Anamnese und dem sozialen Kontext stehen am Anfang der Dokumentation. Im zweiten Schritt wird die klinische Situation beschrieben, in die Diagnosen, der Krankheitsprozess im Verlauf der aktuellen Betreuungssituation, die therapeutischen Maßnahmen und Prognoseeinschätzungen Eingang finden. Alles, was über den Patientenwillen, seine Lebens- und Wertvorstellungen bekannt ist und wodurch diese bekannt geworden sind, wie sich die Angehörigen zur Situation der Patientin / des Patienten äußern, wird im dritten Schwerpunkt gesammelt. Ein vierter Fokus richtet sich auf den Entscheidungsprozess. Dabei ist von Bedeutung, wer welche Inhalte vorbringt, wer in die Entscheidungen einbezogen ist, was entschieden wird, wo es davon abweichende Haltungen gibt und ob die getroffenen Entscheidungen akzeptiert und realisiert werden. Schließlich werden die verschiedenen Wahrnehmungen und Mitteilungen, die Pflegekräfte, ÄrztInnen, Angehörige u.a. zu Therapie, Sterbeprozess und Patientenwillen äußern, aufgenommen.

### **3.1.5 Auswertung**

#### Erfahrungen mit dem ersten Dokumentationsbogen in der Intensivmedizin

Aus der Krankenakte und der Teilnahme an Übergaben und Visiten lässt sich die klinische Situation des Patienten meistens sehr gut beschreiben. Über Diagnosen, Prognoseeinschätzungen und Therapiemöglichkeiten, die medizinischen Aspekte insgesamt, sind viele Informationen vorhanden. Die Entscheidungen in Bezug auf die hier relevante Fragestellung der Therapiebegrenzung werden im Ärzteteam, meistens in Anwesenheit des Oberarztes und oft mit zuständigen Pflegekräften gemeinsam getroffen. Festzustellen ist, dass Therapiebegrenzungsentscheidungen von Er-

gebnissen der diagnostischen Untersuchungen abhängig gemacht werden. Die Seite des/der PatientIn bleibt hingegen weitgehend unbekannt. In den Entscheidungsprozess kann die Patientin aufgrund ihrer Situation, intubiert oder tracheotomiert, beatmet, sediert, und in den meisten Fällen in komatösem Zustand nicht einbezogen, und auch nicht über die Therapieentscheidungen informiert werden. Ausgenommen von dieser für zwanzig Fälle geltenden Feststellung ist nur ein Patient der Studie mit fortgeschrittener Tumorerkrankung, der in wachem und bewusstseinsklarem Zustand zu seinem Willen bezüglich der Therapie befragt wurde und der sich gegen intensivmedizinische Maßnahmen und Beatmung aussprach. Seinem Willen gemäß wurde diese Therapiebegrenzung schriftlich festgehalten und umgesetzt. In den meisten Fällen kann der Patientenwille jedoch nicht direkt vom Patienten erfragt werden und ist weder aktuell noch langfristig bekannt. In einigen Fällen wurden nach dem Versterben von Patienten frühere Äußerungen in bezug auf Lebens- und Therapievorstellungen durch die Angehörigen bekannt, was dann im nachhinein oft bestätigenden Charakter für die getroffene, therapiebegrenzende Entscheidung hatte. Insgesamt ist dieser Aspekt der Selbstbestimmung des Patienten jedoch kaum gegenwärtig. Probleme oder Dissens mit *getroffenen Entscheidungen* zur Therapiebegrenzung sind in den dokumentierten zwanzig Fällen nicht aufgetreten. Es wurden jedoch im Vorfeld Probleme mit der Ausdehnung der Therapie artikuliert.

Während der Dokumentation der ersten zwanzig Fälle wurde deutlich, dass mit dem vorliegenden Dokumentationsbogen die Problematik der Intensivmedizin im Umgang mit Sterbenden, insbesondere in bezug auf eine Maximaltherapie, nicht ausreichend erfasst werden kann. Deshalb wurde entschieden, die Dokumentationsweise und die Fragestellung zu verändern.

#### Erfahrungen mit der veränderten Dokumentationsmethode mit Hilfe eines Beobachtungsprotokolls

Der Patient als Person, die sich äußert und ihre Lebensgeschichte hat, kommt aufgrund der Datenlage auch bei dieser Dokumentationsmethode nur sehr wenig zum Vorschein. Hier zeigt sich eine wesentliche Informationslücke, die auch die klinische Realität widerspiegelt. Der individuelle Verlauf der Krankengeschichte und des Sterbeprozesses des einzelnen Patienten werden aufgezeichnet. So können Entwicklungen beobachtet und Entscheidungen nachvollzogen werden.

Die vielfältigen Probleme und Diskussionen, die im Zusammenhang mit der Betreuung eines sterbenden Menschen auf der Intensivstation auftreten, können bei dieser Dokumentationsweise berücksichtigt werden. Bei den bisher dokumentierten zehn Krankengeschichten tritt jeweils eine eigene ethische Thematik in den Vordergrund, wie zum Beispiel die Diskussion um die Frage, ob die Gabe von Flüssigkeit bei Sterbenden geboten sei, die Berücksichtigung von Patientenverfügungen oder den Dissens in einem Entscheidungsprozess um Therapiebegrenzung etc. Der Entscheidungsprozess, die angeführten Argumente und die Diskrepanzen können, jedenfalls in Ansätzen, verfolgt werden. Es werden viele unterschiedliche Stimmen und Fakten über einen längeren Zeitraum hinweg zusammengetragen, die oft im Prozess der Entscheidungen und Handlungen nicht alle gegenwärtig sind und eher von der Außensicht der Beobachterin im Gesamt wahrgenommen werden. Die Dokumentation hat dennoch keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit und kann auch nur eine begrenzte Sichtweise abbilden. Die Differenz der unterschiedlichen Stimmen und Sichtweisen der Pflegekräfte und ÄrztInnen stellen die eigenen Beobachtungen der Dokumentierenden immer wieder in Frage. Auch bei dieser Dokumentationsweise kommen die Angehörigen des Patienten nicht selbst zu Wort, um von dem Patienten zu berichten. Ihr Einbezug wäre wünschenswert, doch wäre dafür eine stärkere Einbin-

derung der Dokumentierenden in den Kontext der Intensivstation erforderlich, auch, um ein „Alleinlassen“ der Angehörigen, nachdem man diese in einen intensiven Dialog hineingeführt hat, zu vermeiden.

Aus den Dokumentationen können folgende Beobachtungen zusammenfassend genannt werden

- Die Patienten der untersuchten Intensivstation können aufgrund ihres Bewusstseinszustandes in den meisten Fällen nicht zu ihrem Willen bezüglich der Intensivtherapie und ihrer Einstellung zu Leben und Tod befragt werden.
- Entscheidungen zur Therapiebegrenzung, bzw. zur Fortführung der Intensivtherapie werden primär an medizinischen Kriterien orientiert. Hingegen finden andere als medizinische Aspekte wie z.B. die Autonomie des Patienten wenig Berücksichtigung.
- Im vorhinein geäußerte Willensbekundungen (z.B. durch Patientenverfügungen) werden als „unsichere Informationen“ (über den sog. mutmasslichen Patientenwillen) betrachtet bei Überlegungen, welche die Therapiefortführung in kritischen Situationen betreffen.
- Während die Diskussionen um die Begrenzung der Intensivtherapie zumeist Pflegekräfte und ÄrztInnen gemeinsam führen, werden die Entscheidungen dazu im ÄrztInnenteam mit dem verantwortlichen Oberarzt getroffen.

## **3.2 Die Interview-Studie**

### **3.2.1 Fragestellung**

Die Interviewstudie ist an den spezifischen Erfahrungen von Pflegekräften in bezug auf die Betreuung von sterbenden PatientInnen auf der Intensivstation ausgerichtet. So soll thematisiert werden, wie Pflegekräfte einzelne Pflegesituationen bei Sterbenden erleben. Welche Konfliktfelder treten dabei auf? Was wird von ihnen als unterstützend, was als erschwerend erfahren? Welche Schwerpunkte setzen Pflegekräfte, wenn sie einen Patienten in seinem Sterbeprozess begleiten? Was brauchen Pflegekräfte der Intensivstation, um sterbende PatientInnen begleiten zu können? Was fördert, was behindert sie darin, gute Arbeit zu leisten? Worin sehen sie ihre Aufgaben, Möglichkeiten und Kompetenzen?

### **3.2.2 Methodenbeschreibung**

Um die Thematik und Problemstellung der Ethik der Pflege bei Schwerkranken und Sterbenden auf der Intensivstation facettenreich in der Interviewstudie explorieren zu können, wurde ein qualitativer Zugang gewählt, der es zulässt, die individuelle Sichtweise der interviewten Pflegekräfte aufzunehmen und an unterschiedlichen Stellen durch Nachfragen zu vertiefen. Dadurch soll ermöglicht werden, einen umfassenden Einblick in das komplexe Feld der Einstellungen, Beziehungen, Erwägungen und Empfindungen bei der Pflege von sterbenden PatientInnen zu erhalten. Die vorausgesetzten unterschiedlichen Haltungen und Erfahrungen der Pflegekräfte im Hinblick auf das Thema legen die Methode der von Glaser und Strauss in den 60er-Jahren entwickelten *grounded theory* nahe.

„Eine „**Grounded**“ **Theory** ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird

durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Am Anfang steht nicht eine Theorie, die anschließend bewiesen werden soll. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich – was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen.“<sup>1</sup>

Als Interviewverfahren wurde das problemzentrierte Interview gewählt, das von Witzel (1985) entwickelt wurde. Es ist gekennzeichnet durch folgende zentrale Kriterien: „*Problemzentrierung*, d.h. „die Orientierung des Forschers an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung; *Gegenstandsorientierung*, d.h., dass die Methoden am Gegenstand orientiert und entwickelt bzw. modifiziert werden sollen; und schließlich die *Prozessorientierung* in Forschungsprozess und Gegenstandsverständnis.“<sup>2</sup> Diese Kriterien lehnen sich an die Methode der *grounded theory* nach Glaser und Strauss an. Das problemzentrierte Interview ist eine Kombination von Fragen und Erzählanstößen. Es bietet Raum für Erzählungen und ist in seiner Gegenstands- und Prozessorientierung offen für die subjektive Sicht der InterviewpartnerInnen<sup>3</sup>

Zu den Bestandteilen des Interviews zählen ein vorgeschalteter Kurzfragebogen, Leitfaden (siehe Anlage II), Tonbandaufzeichnungen und das Interviewprotokoll. Der Interviewleitfaden teilt sich in zwei Themenbereiche:

- Fragen zur konkreten Betreuungssituation
- allgemeinere Fragen zur persönlichen Einstellung in bezug auf die Betreuung Sterbender und zur Ethik

Flick führt als Grenzen der Methode des problemzentrierten Interviews an: „Durch ihre Teilelemente und Kriterien vermittelt die Methode den Eindruck, Leitgedanken aus unterschiedlichen Kontexten qualitativer Forschung miteinander zu vereinbaren und dabei – auf den ersten Blick – eindeutige Vorgaben für den Interviewer zur Gestaltung der Interviewsituation zu liefern, [...]. Bei näherem Hinsehen entpuppt sie sich jedoch als ein Leitfaden-Interview, das [...] die Möglichkeiten, die ihre einzelnen Teilelemente liefern könnten, nicht konsequent ausschöpft. Dies zeigt sich nicht nur am wenig systematischen Umgang mit Erzählungen in der Konzeption und der Anwendung der Methode, sondern auch an der diffus bleibenden Orientierung an einem spezifischen Problem und zugleich der <biographischen Methode>.“<sup>4</sup>

Flick nennt als ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der Interviewmethode ihre Vereinbarkeit mit der Auswertungsmethode, bei der die gewonnenen Daten interpretiert werden. Das problemzentrierte Interview ist nicht auf ein bestimmtes Auswertungsverfahren festgelegt, „... es werden jedoch vor allem kodierende Verfahren [...] verwendet.“<sup>5</sup> Ein solches kodierendes Verfahren ist die *grounded theory* nach Glaser und Strauss, deren theoretische Annahmen die Konzeption des problemzentrierten Interviews beeinflusst haben.

---

<sup>1</sup> Strauss; Corbin, 1996, S.7/8.

<sup>2</sup> Flick, 1995, S.105/106.

<sup>3</sup> vgl. Flick, 1995, 146.

<sup>4</sup> Flick, 1995, S.109.

<sup>5</sup> Flick, 1995, S.108.

### **3.2.3 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe**

Die Interview-Studie ist inhaltlich verknüpft mit dem Thema der Dokumentation in teilnehmender Beobachtung. Es wurde erwogen, Erfahrungen der Pflegekräfte zu eruieren, die jene Patienten betreut haben, deren Sterbephase dokumentiert wurde. Schrittweise, gemäß der Prozessorientierung, wurden die InterviewpartnerInnen ausgewählt nach dem Kriterium der Betreuung von sterbenden PatientInnen. So wurden Pflegekräfte interviewt, die einen Patienten, dessen Sterbeprozess in die Dokumentation aufgenommen wurde, in der Phase des Sterbens betreut oder den Patienten über einen längeren Zeitraum zuvor begleitet haben und deshalb mit der Geschichte des Patienten vertraut waren.

Zu drei Dokumentationen wurde jeweils eine Pflegekraft befragt. Zu einer verstorbenen Patientin wurden zwei und zu einer anderen drei Pflegekräfte interviewt. So wird die Stichprobe danach gewählt, dass die Pflegekräfte an der Betreuung der sterbenden PatientInnen beteiligt waren. Auf diese Weise sollen eine Perspektivenvielfalt erreicht und die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Bedürfnisse der Pflegekräfte in Erfahrung gebracht werden. Insgesamt wurden acht Interviews mit fünf Frauen und drei Männern geführt. Die Berufserfahrung der Befragten in der Intensivpflege reicht von einem halben Jahr bis zu zehn Jahren.

### **3.2.4 Vorläufige Auswertung**

Die Auswertung, die nach dem kodierenden Verfahren der *grounded theory* verfährt, ist noch nicht abgeschlossen (Gertraud Lenz). So werden im Folgenden vorläufig die Themen genannt, die in den Interviews deutlich hervor treten.

Belastungen entstehen für Pflegekräfte besonders dann, wenn die maximale Intensivtherapie fortgeführt oder halbherzig eingeschränkt wird und dadurch Leiden und Sterben in die Länge gezogen werden. Solche Situationen sind häufig Ursache für intra- und interpersonale Konflikte. Entlastend wird dagegen erfahren, wenn Pflegenden und ÄrztInnen zu einem Konsens in der Begrenzung der Intensivtherapie finden und in der Begleitung des/der sterbenden Patientin zusammenwirken.

Die befragten Pflegekräfte, die auf der Intensivstation mit sterbenden Patienten arbeiten, ändern ihre pflegerischen Schwerpunkte dann, wenn deutlich wird, dass ein Patient im Sterben liegt und dieser Sterbeprozess akzeptiert wird. Ruhe, Schmerzlinderung und die Gegenwart der Angehörigen nehmen dann eine der medizinischen Aktivität vorgeordnete Stellung ein.

In einer gründlichen qualitativen Auswertung sollen diese Themen weiter bestimmt und differenziert werden.

## **4. Ausblick**

Die von Gertraud Lenz als Stipendiatin durchgeführten 20 systematischen Fallstudien (analog dem Verfahren im DFG-Projekt) sowie 10 narrativ erhobene Patientengeschichten aus der Intensivmedizin erlauben eine gemeinsame Auswertung und Diskussion der Ergebnisse im fortlaufenden Forschungsprozess des DFG-Projektes. Insbesondere- so lässt sich im Vorgriff auf den kommenden Abschlussbericht schon sagen – werden durch diese Fallstudien Aussagen darüber möglich, dass eine zentrale ethische Kategorie der Entscheidungsfindung in kritischen Therapiesituationen,

nämlich der aktuelle oder der mutmaßliche Patientenwille, praktisch nie bekannt und auch kaum an Indizien festzumachen ist.

Dass diese Lücke nicht so eklatant sein müsste, wenn sich die Betreuenden, die Krankenhausorganisation und nicht zuletzt chronisch kranke Patienten auf Fragen am Lebensende sowie auf die Bedeutung des Patientenwillens einstellen würden, muss betont werden.

Die Einsetzung des Stipendiums und der daraus verbundenen Studie, die durch die Förderung der Robert Bosch Stiftung möglich wurde, in das laufende Forschungsprogramm „Klinische Ethik“ erlaubt weiterführende Arbeiten:

1. Vertiefte Auswertung der kasuistischen Daten zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung (Abschlussbericht im Rahmen des DFG-Projektes, in Vorbereitung)
2. Fortschreibung der Forschungsfragen und Methodenentwicklung (Projektanträge hierzu wurden an die EU und den Schweizer-Nationalfonds gerichtet)
3. Umsetzung der Ergebnisse und Einsichten im Rahmen eines deutsch-amerikanischen Fortbildungsprojektes „Patientenbetreuung am Lebensende. Ein deutsch-amerikanisches Modellprojekt zur Verbesserung klinisch-ethischer Kompetenz.“ (Mit Förderung der Robert Bosch Stiftung und der Max Kade Foundation, New York)
4. Vergleichende Untersuchung und Entwicklung von Trainingsangeboten für kritische Therapieentscheidungen in der Intensivmedizin in Kooperation mit Ethox, Universität Oxford (im Rahmen des Projektes „Ethische Fragen in der Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten- eine deutsch-englische Kooperation).

## 5. Literatur

Arndt, Marianne: Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart: Thieme, 1996.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics. Fourth edition. New York: Oxford University Press, 1994.

Becker, H. u.a.: Behandlungsabbruch- Patientenverfügung (Patiententestament) Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht. Empfehlung der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin. In: Intensivmed (36) 1999, S.71-81.

Benhabib, Seyla: Selbst im Kontext: kommunikative Ethik im Spannungsfeld von Feminismus, Kommunitarismus und Postmoderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1995.

Breuer, Franz (Hrsg.): Qualitative Psychologie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1996.

Callahan, Daniel: Nachdenken über den Tod: die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben. München: Kösel, 1998.

Encyclopedia of Applied Ethics. Chadwick, Ruth (Hrsg.). San Diego: Academic Press, 1998.

Encyclopedia of Bioethics. Reich, W.T. (Hrsg.). New York, 1995.

Flick, Uwe: Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 3.Auflage, Hamburg: Reinbek, 1995.

Füg, L.: Spontaneität und Ethik. Ihre Bedeutung im Rettungswesen bzw. in der Intensivmedizin. In: Städtler-Mach, Barbara (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen. Berlin: Springer, 1999, S.103-128.

Gilligan, Carol: Die andere Stimme: Lebenskonflikte und Moral der Frau. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 1996.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm: Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörigen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1974.

Gläser, Albrecht: Grenzen zwischen Leben und Tod: Probleme in der Intensivmedizin. Stuttgart: Hirzel, 1998.

Hanich, Hans-Joachim.: Intensivpflege als Beziehungsprozeß – Ausblicke und Perspektiven. In: intensiv 1 (1993), S.174-177.

ders.: Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung. Untersuchungen zur psychologischen Situation. Springer: Berlin, 1987.

Hitzler, Ronald; Honer, Anne (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Leske und Budrich, 1997.

Holloway, Immy; Wheeler, Stephanie: Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998.

Hott, Jacqueline R.; Notter, Lucille E.: Grundlagen der Pflegeforschung. 2.Auflage. Bern: Huber, 1994.

Jens, Walter; Küng, Hans: Menschenwürdig sterben: ein Plädoyer für Selbstverantwortung. München: Pieper, 1995.

Kahlke, Winfried; Reiter-Theil, Stella (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Stuttgart: Enke, 1995.

Kaeppli, Silvia: Die Verwendung qualitativer Forschungsmethoden in der Pflegewissenschaft und ihr Nutzen für die Pflegepraxis. <http://www.fh-fulda.de/Fragebogen/pg/beitrag/pgakt/ikaeppli.htm>.

Klitzing-Naujoks, Waltraut von: Psychische Belastungen in der Krankenpflege. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995.

Kretz, Franz-Josef: Intensivmedizin für Pflegeberufe. 2.Auflage. Stuttgart: Thieme, 1994.

Lexikon der Bioethik. Korff, Wilhelm (Hrsg.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1998.

Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Eser, A; v. Lutterotti, M.; Sporcken, P. (Hrsg.). Freiburg: Herder, 1989.

Lieser, Anja; Schleich, Ulrike: Am Ende menschlichen Lebens. Stuttgart: Thieme, 1998.

Lucius-Hoene, Gabriele: Leben mit einem Hirntrauma. Autobiographische Erzählungen von Kriegshirnverletzten und ihren Ehefrauen. Bern: Huber, 1997.

Luczak, Hania: Im Einsatz bis zum Letzten. In: Geo Wissen (4) 1991.

Malherbe, Jean-Francois: Medizinische Ethik. Würzburg: Echter, 1990.

Meier-Seethaler, Carola: Gefühl und Urteilskraft: ein Plädoyer für die emotionale Vernunft. München: Beck, 1997.

Nida-Rümelin, Julian (Hrsg.): Angewandte Ethik. Stuttgart: Kröner, 1996.

Notter, Lucille E.; Hott, Jacqueline R.: Grundlagen der Pflegeforschung. 2.Auflage. Bern: Huber, 1994.

Nuland, Sherwin B.: Wie wir sterben: ein Ende in Würde? München: Kindler, 1994.

Prakke, Heleen; Wurster, Jahin: Gütekriterien für Qualitative Forschung. In: Pflege 12 (1999) S. 183-186.

Rest, Franco: Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Handbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter. 4.Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, 1998.

Reiter-Theil, Stella; Hiddemann, Wolfgang: Ethik in der Medizin: Bedarf und Formen. In: Internist 40 (1999) S.246-254.

Reiter-Theil, Stella: Therapiebegrenzung und Sterben im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Ein integratives Modell für ein vernachlässigtes Problem. In: Ethik Med (1998) 10: 74-90.

Salomon, Fred: Leben und Sterben in der Intensivmedizin: eine Herausforderung an die ärztliche Ethik. Lengerich: Pabst, 1991.

Schell, Werner: Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements). Hagen: Kunz, 1998.

Schuster, H.P.: Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin. In: Internist (40) 1999, S.1-10.

Schwerdt, Ruth: Eine Ethik für die Altenpflege. Bern: Huber, 1998.

Spaemann, Robert; Fuchs, Thomas: Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg: Herder, 1997.

Stephenson, E.: Ethische Aspekte aus pflegerischer Sicht. In: Neander Klaus-Dieter (Hrsg.): Handbuch der Intensivpflege: Pflegerische Praxis und medizinische Grundlagen; Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Mitarbeiter auf Intensivstationen. Landsberg/Lech: ecomed. – Losebl.-Ausg., 1993.

Strauss, Anselm; Corbin, Juliet: Grounded Theorie: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, 1996.

Student, Hans-Christoph: Das Recht auf den eigenen Tod. Düsseldorf: Patmos, 1993.

Tausch, Annemarie; Tausch, Reinhard: Sanftes Sterben: Was der Tod für das Leben bedeutet. Hamburg: Rowohlt, 1991.

Thompson, Ian E.; Melia, Kath M.; Boyd, Kenneth M.: Nursing Ethics. Third Edition. Edinburgh, 1994.

Trzcinski, Hella: Streßbelastungen des Pflegepersonals auf der Intensivstation. In: intensiv 6 (1998) S.222-227.

Tschudin, Verena: Ethik in der Krankenpflege. Basel: RECOM, 1988.

Ular, Ingrid: Menschlich sterben in unmenschlicher Zeit – Möglichkeiten und Grenzen der Sterbebegleitung. In: Pflege 4.Jahrgang (1) 1991.

Wehkamp, Karl-Heinz: Sterben und Töten: Euthanasie aus Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie vom Herbst 1996. Dortmund: Humanitas-Verlag, 1998.

Zussman, Robert: Intensive care: medical ethics and the medical profession. Chicago, 1992.

## **6. Anhang**

- Anlage I: Tätigkeitsbericht
- Anlage II: Beobachtungsprotokoll
- Anlage II: Interviewleitfaden

## Beobachtungsprotokoll

### Wie sterben Menschen auf der Intensivstation? - Pflege und Therapie bei Intensivpatienten in der Phase des Sterbens – eine Perspektive der Ethik

Dokumentation Nr.

Datum/Zeitraum der Dokumentation:

Station:

Ansprechpartner:

#### 1) Informationen zur Patientin/ zum Patienten:

PatientIn: (Initialen)

a) demographische Daten

Alter:

Aufnahmedatum:

Verlegungs-/Entlassungs-/Todesdatum:

Geschlecht:

b) Vorgeschichte, Sozialanamnese, Beziehungen

#### 2) Klinische Situation:

a) Diagnose:

b) Krankheitsgeschichte und Prozeß der aktuellen Betreuungssituation  
(incl. relevanter Informationen über die Vorgeschichte der/s PatientIn für die aktuelle  
Situation) –Zeitstrahl-

c) Therapeutische Maßnahmen im weiten Sinne (medizinische, pflegerische,  
physiotherapeutische, psychotherapeutische, etc.):

d) mögliche Voraussicht auf den Krankheitsverlauf/Genesungsprozeß:

e) Sind die Einschätzungen der Betreuenden unterschiedlich? Inwiefern?

## Anlage II

### **3) Informationen zum Willen des Patienten**

a) Was ist über den Patienten bekannt in Bezug auf seinen Willen, seine Lebens- und Wertvorstellungen? (Von wem/ Wodurch ist dies bekannt?)

b) Was äußern die Angehörigen?

### **4) Prozeß der Entscheidung – Argumente, Beschlüsse**

a) Von wem kommt der Anstoß zur Diskussion?

b) Was wird von wem vorgebracht?

c) Wer ist in die Entscheidung einbezogen?

d) Wo treten Schwierigkeiten auf? Wo gibt es Dissens?

e) Was wird entschieden?

f) Erweist sich die getroffene Entscheidung als gangbarer Weg? Wird die getroffene Entscheidung wieder umgestoßen? Warum?

### **5) Wahrnehmungen und Äußerungen von Vertretern verschiedener Berufsgruppen (Pflegerkräfte, ÄrztInnen, Angehörige PhysiotherapeutInnen, etc.) im Hinblick auf Therapie, Sterbeprozess und Patientenwillen:**

(Zur Berücksichtigung: Welchen Patientenwillen nehmen die VertreterInnen der unterschiedlichen Berufsgruppen wahr? Woran, an welchen Verhaltensäußerungen machen sie das fest?

Entsprechen die wahrgenommenen Verhaltensäußerungen des Patienten seinem mutmaßlichen Willen (vgl.3.)?)

## Anlage II

### **B) Selbstbeobachtungen der Dokumentierenden:**

## Anlage III

### Interviewleitfaden

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Dauer der Tätigkeit auf einer Intensivstation: \_\_\_\_\_

**Fragestellung:** Wie erfahren Intensivpflegekräfte die Pflegesituation bei Sterbenden? Welche Konfliktfelder tun sich auf? Worin sehen sie ihre Aufgaben, Möglichkeiten und Kompetenzen? Gibt es dabei ethische Erwägungen?

#### I) Fragen zur konkreten Betreuungssituation

- Du hast die Patientin/den Patienten ... in ihrer / seiner letzten Zeit betreut. Bitte erzähl mir davon aus Deiner Erinnerung.
- Welche Eindrücke sind Dir vom Sterben dieser/s PatientIn geblieben?
- Ab welchem Zeitpunkt hattest Du den Eindruck, daß die/der PatientIn im Sterben liegt? Welche Anzeichen hattest Du dafür?
- Bei dem Patient wurde die Therapie begrenzt. Entsprach diese Entscheidung Deiner eigenen Vorstellung? (fakultativ)
- Hast Du daraufhin in der Betreuung dieser/s PatientIn etwas verändert?
- Welche Schwerpunkte hast Du in der Pflege gesetzt ? Was hättest Du gerne getan?
- Was war in der Pflegesituation des sterbenden Menschen für Dich problematisch oder belastend? Gab es Konflikte oder Probleme? Welcherart?
- Was hätte Abhilfe schaffen können?
- Was war gut?
- Was war unterstützend?
- Wie würdest Du die Beziehung zu diesem Menschen beschreiben?

#### II) Allgemeine Fragen zur persönlichen Einstellung in Bezug auf die Betreuung Sterbender und zur Ethik

- Inwiefern spielte Einfühlung oder Beziehung zum Patienten im Pflegeprozeß eine Rolle für Dich? Kannst Du das näher beschreiben?
- Gibt es für Dich einen Unterschied zwischen Deiner persönlichen und beruflichen Einstellung zum Thema des Sterbens und zur Therapiebegrenzung?
- Würdest Du den oben erfragten Konflikt als einen „ethischen“ bezeichnen?
- Spielt die „Ethik“ eine Rolle in Deinem Berufsalltag?

## Anlage III

- Glaubst Du, daß alle Betreuenden unter dem „ethisch Guten“ dasselbe verstehen? Haben die Beteiligten unterschiedliche Vorstellungen davon? Inwiefern?

Gibt es Aspekte, die Dir wichtig sind, die Du anhand der Fragen noch nicht ansprechen konntest?

Welche Fragen findest Du seltsam oder überflüssig?

## Hinweis zum Datenschutz

Ich danke Dir, daß Du Dir für dieses Gespräch Zeit genommen hast. An dieser Stelle weise ich darauf hin, daß der Inhalt dieses Gesprächs vertraulich behandelt wird. Die Angaben werde ich anonymisiert auswerten und es werden keine Einzeldaten an Dritte weitergegeben. Nur die Gesamtauswertung aller Gespräche wird bei der Vorstellung der Ergebnisse später genannt und diskutiert werden.

Für die Auswertung muß dieses Gespräch protokolliert werden. Da ich unser Gespräch durch das Mitschreiben nicht ständig unterbrechen möchte, würde ich es gerne auf Tonband aufzeichnen, sofern Du damit einverstanden bist.

Für die Auswertung interessiert mich auch Dein Alter und die Dauer Deiner Tätigkeit auf einer Intensivstation. Diese Angaben sind freiwillig.

Hast Du noch Fragen vor dem Beginn des Interviews?

Du kannst das Interview jederzeit unterbrechen und Fragen stellen, wenn Dir etwas unklar ist.