

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

**Dualer Studiengang Pflege (BA)**

# **Palliative Care und Critical Care**

—

## **Widerspruch oder Ergänzung?**

Tag der Abgabe: 01.06.2010

Vorgelegt von: Esther Gretzmann

Betreuende Prüfende: Prof. Petra Weber

Zweite Prüfende: Dr. Sünje Prühlen

# Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung .....	2
2 Sterben heute – Anspruch und Wirklichkeit .....	4
3 Palliative Care und Critical Care – Ein Vergleich.....	6
3.1 Palliative Care.....	7
3.1.1 Definition und Praxisort .....	7
3.1.2 Die Patientenklientel.....	9
3.1.3 Die personelle Zusammensetzung .....	11
3.1.4 Die Aufgaben der Pflegenden.....	12
3.2 Critical Care.....	13
3.2.1 Definition und Praxisort .....	13
3.2.2 Die Patientenklientel.....	15
3.2.3 Die personelle Zusammensetzung .....	16
3.2.4 Die Aufgaben der Pflegenden.....	17
3.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten .....	18
4 Palliative Care als Ergänzung der Critical Care – Grenzen und Möglichkeiten .....	22
4.1 Hindernisse auf dem Weg der Integration palliativer Aspekte in die Critical Care ..	22
4.2 Bedingungen für die Integration palliativer Aspekte in die Critical Care .....	26
4.3 Möglichkeiten der praktischen Umsetzung am Beispiel eines .....	28
palliativen Konsiliardienstes	
4.3.1 Der palliative Konsiliardienst und seine Entwicklung .....	28
4.3.2 Der Nutzen palliativer Konsiliardienste .....	31
5 Schluss .....	34
Literaturverzeichnis .....	36
Eidesstattliche Erklärung .....	44

# 1 Einleitung

„Heute stirbt man nicht so einfach...“ (Prönneke 2007, 9), eine Tatsache, die wohl in keiner anderen Fachabteilung so deutlich zur Geltung kommt wie auf der Intensivstation und somit im Bereich der Critical Care. Gründe hierfür liegen im medizinischen Fortschritt: mittels therapeutisch-technischer Interventionsmöglichkeiten können Gesundheitsgefährdungen abgewehrt sowie letzten Endes die Lebenserwartung erhöht werden. Zudem ermöglicht die moderne Medizin einen Eingriff in das menschliche Sterben, indem sie den Sterbeprozess aktiv verlängern oder verkürzen und die Sterbequalität wesentlich beeinflussen kann (Ewers; Schaeffer 2005, 8 f.). Der Todeszeitpunkt ist also manipulierbar, besiegen lassen wird sich der Tod allerdings nicht (Müller-Busch 2001, 733).

Die Intensivstation ist ein Ort, an dem Menschen sterben. Wie aber sieht dieses Sterben aus? Vorherrschende Bilder über einen Patienten im Bereich der Critical Care sehen häufig folgendermaßen aus: „Geräte, mit Schläuchen und Drähten, die mit Hilfe der Elektronik unsichtbare Vorgänge des menschlichen Körpers in bunte Kurven, Graphiken und Diagramme übersetzen. Ein Mensch wird sozusagen in Einzelfunktionen zerlegt...“ (Wencke 2000, 11). Sind unter diesen Bedingungen ein würdevolles Sterben sowie eine dem heutigen Anspruch entsprechende Sterbebegleitung möglich? Empirische Daten aus den USA weisen darauf hin, dass sowohl seitens der betroffenen Angehörigen als auch seitens des Intensivpersonals einige Defizite in der Behandlung sowie im Umgang mit Sterbenden bestehen. Angehörige von sterbenden Patienten bemängeln demnach u. a. eine unzureichende Symptomkontrolle, vor allem im Bereich der Schmerzbekämpfung (Mularski et al. 2005, 280), und eine unzureichende Kommunikation mit dem Intensivpersonal (Carlet et al. 2004, 772). Letztere habe eine besondere Bedeutung im Entscheidungsfindungsprozess Lebensverlängerung oder Therapieabbruch (Dracup; Bryan-Brown 2005, 457). Sowohl für Ärzte als auch für Pflegende gehe die Behandlung sterbender Menschen häufig mit moralischen Problemen einher. Situationen, in denen der Tod mit allen Mitteln der modernen Medizin bekämpft wird, obwohl Ärzte wie Pflegende nicht mehr an deren rettende Wirkung glauben, seien dabei besonders belastend (Hamric; Blackhall 2007, 426).

Während demnach die Grenzen der Medizin einerseits ein Problemfeld der Critical Care sind, stellen sie andererseits den Ansatzpunkt für die Palliative Care dar (Müller-Busch 2001, 726). Der palliative Ansatz, „sich mit dem Unvermeidlichen zu arrangieren“, habe

„für eine neue Wahrnehmung von Sterben ... eine kaum zu überschätzende Bedeutung“ (Nassehi 2010, 44), wie die Wochenzeitung DIE ZEIT in ihrer 14. Ausgabe des Jahres 2010 formuliert.

Auf der Intensivstation sterben Menschen; können demnach palliative Aspekte auch im Bereich der Critical Care von Bedeutung sein? Sind palliative Aspekte vielleicht sogar eine sinnvolle Ergänzung der Critical Care? Und wenn ja: In welchem Ausmaß ist eine solche Ergänzung überhaupt möglich? Oder divergieren Palliative und Critical Care so stark, dass sie sich gar widersprechen und von einer Ergänzung keine Rede sein kann?

Diesen Fragen möchte ich in den weiteren Ausführungen nachgehen.

Dazu wird im zweiten Kapitel neben der Darstellung einer Basis für die oben aufgezeigte Problemstellung deren aktuelle Relevanz aufgezeigt. Inhaltlich befasst sich dieser Abschnitt mit dem gesellschaftlichen Anspruch an das Sterben und der heutigen Sterberealität.

Das dritte Kapitel zielt darauf ab, einen Überblick sowohl über den Bereich der Palliative Care als auch über den der Critical Care zu erhalten. Auf dieser Grundlage können nun beide Bereiche miteinander verglichen werden, sodass die Identifizierung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden ein weiteres Ziel des Kapitels darstellt.

Im vierten Kapitel beschreibe ich zunächst den Weg von palliativen Aspekten hinein in die Critical Care, wobei Schwerpunkte in der Darstellung von Hindernissen und notwendigen Voraussetzungen liegen. Als eine Unterstützung auf diesem Weg werden in den weiteren Ausführungen das Konzept eines palliativen Konsiliardienstes vorgestellt und dessen erzielte Ergebnisse anhand empirischer Daten aufgezeigt.

Die Ausführungen enden schließlich mit einem Fazit und einem Ausblick für die Praxis.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit verwende ich in der vorliegenden Arbeit ausschließlich männliche Anredeformen. Das weibliche Geschlecht ist darin selbstverständlich inbegriffen.

## **2 Sterben heute – Anspruch und Wirklichkeit**

In diesem Kapitel möchte ich den aktuellen Bezugsrahmen der Problemstellung aufzeigen, um dem Leser die Bedeutung der Bearbeitung dieser Thematik näher zu bringen. Dabei gehe ich zunächst auf die gesellschaftliche Einstellung zum Thema Sterben und Tod sowie auf dessen Ursprünge ein. In den weiteren Ausführungen beleuchte ich den Anspruch der Gesellschaft an das Sterben und stelle diesem anhand aktueller Daten und Fakten die Sterberealität in Deutschland gegenüber. Nachdem ich anhand von Untersuchungsergebnissen deutlich mache, was die Gesellschaft mit einer hohen Versorgungsqualität am Lebensende verbindet, leite ich zum Bereich der Palliative Care über und zeige die Entwicklungsherausforderung, die für die Thematik dieser Arbeit relevant ist, auf.

Im Sinne der Zielsetzung dieses Kapitels bin ich darum bemüht, mich auf möglichst aktuelle Daten zu stützen. In Bezug auf die Sterbeorte in Deutschland gelingt mir dies mangels aktueller Zahlen allerdings nicht, sodass ich eine Internetquelle (Freiling 2009) hinzuziehe, mit der ich genau diesen Mangel belegen kann. Um der von mir vermuteten Bedeutung der Intensivstation als Sterbeort im Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit mehr Ausdruck zu verleihen, ziehe ich aktuelle Daten aus den USA heran. Darüber hinaus möchte ich an dieser Stelle noch erwähnen, dass es mir aufgrund von Zeitmangel nicht möglich war, die Untersuchung von Singer et al. (1999) zu erhalten. Dennoch möchte ich ungern auf dessen Ergebnisse verzichten und stütze mich daher auf Sekundärliteratur.

Die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben stellt die heutige Gesellschaft vor große Herausforderungen. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der veränderten Familienstrukturen wurden in der Vergangenheit Tod und Sterben nach und nach in Institutionen verlagert, sodass die Versorgung Sterbender nicht mehr in der Hand der Familie lag, sondern an Pflegenden und Ärzte delegiert wurde (Salomon 2005, 51). Zudem werden die Menschen heutzutage immer älter. So hatten 60-jährige Frauen und Männer in Deutschland im Jahr 2006 eine Lebenserwartung von 84,6 bzw. 80,7 Jahren (Bundesministerium für Gesundheit 2009). Das Sterben wird demnach in ein höheres Lebensalter verschoben und „entschwindet ... damit zunehmend aus dem alltäglichen Erfahrungshorizont moderner Menschen.“ (Pleschberger 2001, 7). Beide Aspekte, sowohl die Institutionalisierung als auch die hohe Lebenserwartung, haben demnach ein Erfahrungsdefizit im Umgang mit Sterben und Tod zur Folge. Dies ist ein Defizit, das sich

in einem unsicheren Verhalten gegenüber Sterbenden oder gar in Form eines Vermeidungsverhaltens widerspiegelt (Pleschberger 2001, 7).

Allerdings ist an dieser Stelle festzuhalten, dass sich die Menschen in der jüngsten Vergangenheit intensiver mit dem Sterben auseinandersetzen. So erhebt der Einzelne einen klaren Anspruch an das eigene Sterben, der zumeist folgende Aspekte beinhaltet: Ein Großteil der Menschen wünscht sich, zu Hause und im Kreise der Angehörigen zu sterben, und hofft auf ein Sterben ohne körperliche Belastung wie beispielsweise Schmerzen. Zudem soll genügend Zeit bleiben, noch ausstehende Dinge zu erledigen, Beziehungen zu klären und sich mit anderen Menschen auszutauschen. Gespräche über den Sinn des Lebens und des Sterbens haben dabei eine besondere Bedeutung (Student; Napiwotzky 2007, 204).

Wie sieht aber nun die heutige Sterberealität in Deutschland aus? Kann dem gesellschaftlichen Anspruch entsprochen werden? Im Jahr 2008 starben in Deutschland 844.439 Menschen. Die häufigste Todesursache waren dabei Kreislaufkrankungen, infolge derer 42,2% der Menschen, vor allem ältere, verstarben. An zweiter Stelle mit 26,3% aller Sterbefälle standen Krebserkrankungen (Statistisches Bundesamt 2010). Eine Aussage darüber, wo die Menschen heutzutage sterben, sei laut Dr. Franz Freilinger, Verwaltungsdirektor des Landeskrankenhauses Rankweil, nicht leicht zu treffen. Es mangle an nationalen Statistiken. So könne anhand von Krankenhausstatistiken nachvollzogen werden, dass sich im Jahr 2006 47,9% der Sterbefälle in deutschen Krankenhäusern ereigneten. Aussagen über weitere Sterbeorte können zum Vergleich allerdings nicht gemacht werden (Freilinger 2009). Innerhalb des Krankenhauses sei laut Müller-Busch davon auszugehen, dass ca. 10-15% der im Krankenhaus verstorbenen Patienten auf der Intensivstation starben, so seine Einschätzung für das Jahr 1999. An genauen statistischen Erhebungen mangle es jedoch (Müller-Busch 2001, 728). Eine Aussage darüber, wie die Mortalitätsrate aktuell auf der Intensivstation aussieht, kann an dieser Stelle also nicht getroffen werden. Dennoch ist festzuhalten, dass die Intensivstation einen bedeutenden Sterbeort darstellt, an dem in den USA gar 20% der Menschen versterben (Levy; McBride 2006, 306). Ohne Berücksichtigung der Sterbefälle, die sich in deutschen Pflegeheimen ereignen, kann also in fast 50% der Fälle dem oben aufgezeigten, gesellschaftlich weit verbreiteten Wunsch, zu Hause zu sterben, nicht entsprochen werden. Das Erbringen einer qualitativ hohen und dem gesellschaftlichen Anspruch entsprechenden Versorgung am Lebensende ist für das Krankenhaus also häufig Aufgabe und Herausforderung zugleich. Was die Menschen unter einer hohen Versorgungsqualität am

Lebensende verstehen, geht aus dem Forschungsbericht einer Untersuchung von Singer et al. aus dem Jahr 1999 hervor. Neben einem angemessenen Schmerz- und Symptommanagement solle das Sterben nicht unangemessen verlängert werden. Zudem sei es wichtig, für den Patienten ein Gefühl der Kontrolle herzustellen. Jeglicher Schaden solle von den Angehörigen abgewendet sowie ihre Beziehung zu dem Sterbenden gestärkt werden (Singer; Bowman 2005, 23).

Die Palliative Care, die auch als „globale Konsequenz der Institutionalisierung und Medikalisierung des Sterbens“ (Müller-Busch 2006, 67) anzusehen ist, hat sich diesem Anspruch an eine hohe Versorgungsqualität am Lebensende gestellt und versucht, ihm zu entsprechen. Dies tut sie in Deutschland allerdings in einem noch zu geringen Ausmaß, wie Daten belegen: So ereignen sich aktuell lediglich 2% der Sterbefälle in palliativen Einrichtungen (Nassehi 2010, 44). Von einem flächendeckenden Versorgungsangebot ist Deutschland damit noch weit entfernt. Zudem gibt es hierzulande bislang kaum Beiträge dazu, wie Palliative Care im stationären Akutbereich, das heißt außerhalb spezieller Palliativeinheiten oder -stationen, umgesetzt werden könnte (Heimerl; Pleschberger 2005, 52). Demzufolge stellt diese Umsetzung sowohl für die Palliative Care als auch für den stationären Akutbereich und hier insbesondere für den intensivmedizinischen Bereich (siehe oben) eine große Entwicklungsherausforderung dar.

### **3 Palliative Care und Critical Care – Ein Vergleich**

In den folgenden Ausführungen möchte ich mich im Kapitel 3.1 der Palliative Care sowie im Kapitel 3.2 der Critical Care nähern, um auf Basis dieser Informationen schließlich im Kapitel 3.3 einen Vergleich anstellen zu können.

Zur Vermeidung von Doppelungen innerhalb der einleitenden Worte sei schon an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Vorstellung beider Fachgebiete nach einer ähnlichen Struktur erfolgt: Kapitel 3.1 und 3.2 sind in vier gleiche Unterkapitel gegliedert. Nachdem die Bereiche definiert werden, stelle ich die jeweiligen Praxisorte dar, wobei schwerpunktmäßig der stationäre Sektor betrachtet wird. Anhand rechtlicher Aufnahmebedingungen bzw. anhand der Aufnahmekriterien nähere ich mich in den weiteren Ausführungen der Kennzeichnung der Patientenklientel in der Palliative und der Critical Care. Nachdem ich schließlich die personelle Zusammensetzung durch die Vorstellung der einzelnen handelnden Professionen dargelegt habe, betrachte ich im

Speziellen die Rolle und die charakteristischen Aufgaben der pflegerischen Profession. Durchgehend bin ich darum bemüht, wenn möglich auch innerhalb der jeweils gleichen Unterkapitel eine vergleichbare Struktur zu wahren.

Die Darstellungen sowohl der Palliative als auch der Critical Care basieren in erster Linie auf Lehrbüchern. Sie enthalten u.a. Informationen darüber, was genau innerhalb des jeweiligen Bereichs von den Beschäftigten gefordert wird, und geben einen Überblick über das gesamte Fachgebiet. Unter der oben aufgezeigten Zielsetzung halte ich es für vertretbar, mich auf Lehrbücher zu stützen, bin mir allerdings darüber im Klaren, dass diese lediglich die Vorstellungen und Leitlinien für die Ausbildung darstellen und deshalb noch keineswegs die Realität (auf den Stationen) abbilden müssen.

### **3.1 Palliative Care**

Mit diesem Kapitel ziele ich darauf, dem Leser einen Überblick über das Konzept der Palliative Care zu geben.

Speziell in Kapitel 3.1.2 trenne ich innerhalb des stationären Sektors zwischen dem Hospiz und der Palliativstation. So wird zunächst die Patientenklientel eines Hospizes und im Anschluss die einer Palliativstation dargestellt, um letzten Endes die gesamte Bandbreite der Patienten, die von Palliative Care profitieren können, abbilden zu können.

Bei der verwendeten Literatur handelt es sich in erster Linie um Lehrbücher, die größtenteils *Palliative Care* im Titel tragen. Damit möchte ich es vermeiden, zwischen Palliativmedizin und Palliativpflege zu trennen. Die Begründung dafür findet sich in Kapitel 3.1.1.

#### **3.1.1 Definition und Praxisort**

Palliative Care ist ein Konzept, in dem nicht in erster Linie das Wissen, sondern die persönliche Haltung von großer Bedeutung ist (Student; Napiwotzky 2007, 34). Der Begriff Palliative Care ist im deutschsprachigen Raum weitgehend eingeführt (Steffen-Bürgi 2006, 30). Allerdings wird speziell in Deutschland häufig zwischen Palliativmedizin und Hospizarbeit unterschieden. Laut Pleschberger könne die Palliative Care aber als Oberbegriff für Palliativpflege, Palliativmedizin und andere verstanden werden (Pleschberger 2006, 27).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte das Konzept erstmalig im Jahr 1990. Nach einer Revision im Jahr 2002 lautet die aktuelle „WHO Definition of Palliative Care“,

die heute von dem Großteil der nationalen Dachorganisationen übernommen wurde (Student; Napiwotzky 2007, 10), folgendermaßen:

*„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.*

*Palliative care:*

- provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- affirms life and regards dying as a normal process;*
- intends neither to hasten or postpone death;*
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;*
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;*
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;*
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.”(WHO 2002).*

In dem damit aufgezeigten Verständnis von Palliative Care spiegelt sich das sogenannte integrierte Modell wider. Im Rahmen dieses Modells können präventive, kurative, rehabilitative und palliative Behandlungskonzepte und Interventionen gleichzeitig und/oder in Ergänzung zur Anwendung kommen (Steffen-Bürgi 2006, 34). Das Hauptziel der Palliative Care besteht letzten Endes darin, für Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung sowie deren Angehörigen eine möglichst hohe Lebensqualität zu gewährleisten. Sie zielt dementsprechend darauf ab, dem Anspruch an eine hohe Versorgungsqualität am Lebensende (siehe Kapitel 2) zu entsprechen.

Sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich sind in Deutschland Orte, an denen Palliative Care realisiert wird. Dem ambulanten Bereich, der den Menschen ein Sterben zu Hause ermöglicht, ist hierbei mit einem Angebot von ca. 1450 ambulanten Palliativdiensten im Jahr 2007 eine besondere Bedeutung zuzusprechen. Das Angebot im stationären Bereich fällt im selben Jahr mit 151 Hospizen, 139 Palliativstationen und 4 Tageshospizen vergleichsweise gering aus (Student; Napiwotzky 2007, 14). Während dem ambulanten Bereich im Rahmen dieser Arbeit keine weitere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll, finden hier Hospiz und Palliativstation als Praxisorte innerhalb des stationären Sektors des Öfteren Erwähnung.

Das Hospiz als größte Säule in der deutschen stationären Palliativversorgung ist eine Einrichtung, die unabhängig, das heißt ohne Anbindung an eine Institution arbeitet. Der Alltag in einem Hospiz ist daher nicht an die vorgegebene Struktur einer größeren Organisation gebunden. Mit einer Anzahl von jeweils sechs bis zwölf Betten stellt es eine recht kleine Versorgungseinrichtung dar, was mitunter zu einer familiären Atmosphäre beiträgt (Student; Napiwotzky 2007, 16). Charakteristisch für das Hospiz sind seine Räumlichkeiten, die daher an dieser Stelle kurz aufgezeigt werden. Die Zimmer der Gäste, wie die Bewohner des Hospizes bezeichnet werden, sind zumeist sehr geräumig und können selbst eingerichtet sowie mit persönlichen Gegenständen ausgestattet werden. Zudem verfügt jedes Hospiz über eine Küche, die zumeist als Gemeinschaftsraum genutzt wird (Beck 2007, 143). Häufig bieten Gästezimmer den Angehörigen eine Übernachtungsmöglichkeit (Student; Napiwotzky 2007, 16).

Die Palliativstation als zweite Säule der deutschen stationären Palliativversorgung ist eine an das Krankenhaus angebundene oder darin integrierte Station. Sie ist demzufolge an das Organisationsmodell der Klinik gekoppelt, das auch für alle anderen Stationen gilt (Student; Napiwotzky 2007, 17).

### **3.1.2 Die Patientenklientel**

In Anlehnung an die oben aufgeführte „WHO Definition of Palliative Care“ kann bereits festgehalten werden, dass Menschen, die an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, die Zielgruppe der Palliative Care darstellen. Die Palliativversorgung beschränkt sich damit weder auf eine Altersgruppe noch auf bestimmte Krankheitsbilder. Dennoch weisen Daten darauf hin, dass es sich bei 90% der Menschen um Krebspatienten handelt (Müller-Busch 2006, 68).

In Bezug auf die Patientenklientel im stationären Palliativsektor sind zwischen den Patienten im Hospiz und denen auf einer Palliativstation Unterschiede erkennbar:

So ist die Aufnahme in ein Hospiz streng an die Vereinbarungen der Krankenkassen auf Basis des § 39a SGB V gekoppelt. Dort heißt es in Absatz 1 u.a.:

*„Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.“ (Klie; Stascheit 2007, 532).*

Der schwerkranke Patient kann demnach erst dann in ein Hospiz aufgenommen werden, wenn einerseits die Möglichkeit der Krankenhausbehandlung und andererseits die Möglichkeit der ambulanten Versorgung keine Alternativen sind. Des Weiteren muss nach den Rahmenvereinbarungen in §39 Satz 4 SGB V die Option einer angemessenen Versorgung in einem Pflegeheim ausgeschlossen werden können (Student; Napiwotzky 2007, 16 f.). Eine Erkrankung, die unaufhaltsam fortschreitet, mit längeren oder akuten Versorgungsproblemen einhergeht und die Lebensprognose des Betroffenen auf wenige Monate, Wochen oder gar Tage begrenzt, ist also die Voraussetzung für eine Hospizaufnahme. Zusammenfassend gilt: „Je schwerwiegender die Problematik sich darstellt, desto höhere Priorität hat die Anfrage.“ (Kränzle 2006, 116). Des Weiteren muss eine bewusste Entscheidung für eine palliative Behandlung und gegen lebensverlängernde Maßnahmen vorliegen, damit in der Hospizeinrichtung rechtlich korrekt gehandelt werden kann. Nach einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 15-25 Tagen ist es unter diesen Voraussetzungen nicht verwunderlich, dass ein Großteil der Erkrankten im Hospiz verstirbt (Student; Napiwotzky 2007, 16 f.). Vergleichsweise wenige werden in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause entlassen (Kränzle 2006, 119).

Anders gestaltet sich die Situation auf einer Palliativstation. Ähnlich der Patientenklientel im Hospiz setzt sie sich auch hier aus Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung zusammen. Allerdings greift die Palliative Care hier früher, nämlich bereits dann, wenn noch andere heilende oder wenigstens lebensverlängernde Behandlungsoptionen geplant sind (Student; Napiwotzky 2007, 17). Entsprechend der „WHO Definition of Palliative Care“ kann es sich demnach auch um Patienten handeln, die eine Chemotherapie, eine Bestrahlung oder eine Entlastungsoperation erhalten (Beck 2007, 101). Dabei werden die Behandlungskosten vollständig von den Krankenkassen übernommen und auch die Aufnahme- und Entlassungskriterien orientieren sich hier an den unter § 39 SGB V festgelegten Vorgaben für eine „normale“ Krankenhausbehandlung (Pleschberger 2001, 59). Dort heißt es in Absatz 1 u.a.:

*„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“ (Klie; Stascheit 2007, 531).*

Wenn eine Krankenhausbehandlung in diesem Sinne nicht mehr notwendig ist, werden die Patienten einer Palliativstation zum größten Teil wieder nach Hause entlassen. Die

durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt dabei in Deutschland bei ca. 10-15 Tagen, wobei eine Wiederaufnahme keine Seltenheit darstellt (Student; Napiwotzky 2007, 18).

### **3.1.3 Die personelle Zusammensetzung**

Wie bereits in der „WHO Definition of Palliative Care“ erwähnt, wird das Konzept der Palliative Care in einem Team verwirklicht. Der Interdisziplinarität dieses Teams ist dabei eine besondere Bedeutung zuzusprechen, da den komplexen, sich rasch verändernden Bedürfnissen der schwer erkrankten Patienten nur so angemessen begegnet werden kann. Die gemeinsamen Ziele sowie die Identität des Teams sind dabei besonders wichtig (Roller et al. 2000, 13).

Die Ausgestaltung des interdisziplinären Teams ist sicherlich von Einrichtung zu Einrichtung verschieden, in der Regel setzt sich das Palliative Care-Team allerdings folgendermaßen zusammen: Neben den Pflegenden, deren Aufgabenbereich in Kapitel 3.1.4 besprochen wird, sind Ärzte Mitglieder des Palliative Care-Teams. Sie sind in erster Linie für die körperlichen Beschwerden sowie für die Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen verantwortlich (Seeger 2006 a, 152 f.). Ärzte der Palliativstation können zudem auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Fachgebiete zurückgreifen (Student; Napiwotzky 2007, 18). Sowohl Pflegende als auch Ärzte verfügen über einen, im Vergleich zu anderen Stationen, hohen Personalschlüssel. So soll die personelle Mindestausstattung auf einer Palliativstation für zehn Betten aus 1,4 Pflegepersonen pro Patient und einer Arztstelle bestehen (Heimerl; Pleschberger 2005, 49). Neben Sozialarbeitern als weitere Teammitglieder, die gegebenenfalls bei der Entlassung sowie bei finanziellen Angelegenheiten von zentraler Bedeutung sind, bieten Psychologen und Seelsorger psychische bzw. spirituelle Unterstützung. Als Leiter von Supervisionen spielt der Psychologe zumeist auch in Bezug auf die Selbstpflege der Teammitglieder eine große Rolle. Therapien werden von den Therapeuten in ganz unterschiedlichen Formen, darunter künstlerisch oder malerisch, angeboten (Seeger 2006 a, 153). Zum Palliative Care-Team gehören des Weiteren ehrenamtliche Mitarbeiter. Sie schenken dem Schwerkranken Zeit und führen Gespräche, was häufig sowohl für das Personal als auch für den Gast und seine Angehörigen eine große Entlastung bedeutet (Student; Napiwotzky 2007, 55 f.). Im Gegensatz zu den Palliativstationen ist die ehrenamtliche Arbeit allerdings in erster Linie den Hospizen zuzuordnen. Hier ist sie „ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil“ (Seeger 2006 b, 10). Als letzte Profession ist an dieser Stelle das hauswirtschaftliche Personal zu nennen. Ähnlich wie das ehrenamtliche spielt es im Hospiz

eine weitaus größere Rolle als auf der Palliativstation, da es direkt in den Hospizalltag integriert und nicht an die Gesamtorganisation des Krankenhauses gebunden ist (Seeger 2006 a, 153).

### **3.1.4 Die Aufgaben der Pflegenden**

In dem oben aufgezeigten interdisziplinären Palliative Care-Team kommt den Pflegenden eine ganz besondere Rolle zu. Wie bereits erwähnt, stehen die Pflegenden in einem zumeist sehr intensiven Kontakt zu dem Erkrankten, stellen seine primären Bezugspersonen dar und sind daher häufig in der Lage, die Situation sowohl für den Erkrankten selbst als auch für sein Umfeld gut einzuschätzen. Dementsprechend besteht für sie die Möglichkeit, zum richtigen Zeitpunkt zu handeln bzw. andere Mitglieder des Teams heranzuziehen (Student; Napiwotzky 2007, 29).

Die in der „WHO Definition of Palliative Care“ aufgezeigten Grundsätze des Palliative Care Konzeptes bilden die Basis für die Arbeit der Pflegenden. Demnach zielen auch die pflegerischen Aufgaben darauf ab, die Lebensqualität der schwerkranken Menschen zu verbessern oder zu stabilisieren. Worin bestehen aber nun konkret die Aufgaben der Pflegenden?

Sie bestehen darin, Beschwerden und Bedürfnisse des Erkrankten wahrzunehmen, sie mit ihm zu besprechen und dem Erkrankten letzten Endes Schutz zu geben (Student; Napiwotzky 2007, 38-89). So stellt die Linderung körperlicher Symptome wie u.a. Schmerzen, Atemnot und Übelkeit eine Hauptaufgabe der Pflegenden dar. Während sie hier zum einen die medikamentöse Therapie ausführen, den Verlauf überwachen und die Therapie in Bezug auf ihre Wirksamkeit evaluieren (Montag et al. 2007, 103), tragen die Pflegenden auch durch andere Maßnahmen zu einer Symptomlinderung bei: Lagerungen, Einreibungen sowie Auflagen sind hier Techniken, die in der Palliative Care häufig Anwendung finden (Student; Napiwotzky 2007, 66-80). In der Finalphase muss die Pflege dem reduzierten Allgemeinzustand des Betroffenen angepasst werden. Symptome verändern sich und neue, wie beispielsweise die Mundtrockenheit, kommen hinzu (Montag et al. 2007, 106 f). Die Mundpflege spielt somit in diesem Stadium eine wichtige Rolle und wird ganz den Vorlieben des Betroffenen entsprechend durchgeführt.

Neben den Kompetenzen in der Symptomkontrolle sowie der Finalpflege sind psychosoziale Kompetenzen im Bereich der Palliative Care ausgesprochen wichtig. So leiden schwer erkrankte Menschen nicht selten unter Depressionen und/oder Ängsten. Pflegende begleiten die Betroffenen und treten mit ihnen ins Gespräch (Student;

Napiwotzky 2007, 100). Fragen, die in einem solchen Gespräch auftreten, muss mit Zuwendung, Aufmerksamkeit und Aufklärung begegnet werden. Neben der Begleitung des Betroffenen selbst sind die Angehörigen fest im Palliative Care Konzept verankert, sodass Pflegende zudem in die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen, hier auch über den Tod hinaus, involviert sind (Montag et al. 2007, 103).

Ist ein Mensch gestorben, liegt die Versorgung des Verstorbenen, das heißt das Waschen sowie das Ankleiden, in pflegerischer Hand. Zusätzlich wird zumeist die jeweilige Räumlichkeit von Pflegenden geschmückt, sodass die Angehörigen in Würde Abschied nehmen können (Schmid 2006, 271).

Insgesamt sind die Pflegenden durch ihre Arbeit einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt. Selbstpflege, in der Palliative Care häufig in Form von Supervisionen, stellt demnach eine nicht zu unterschätzende Anforderung an die Pflegenden dar (Farnung 2006, 166).

## **3.2 Critical Care**

In diesem Kapitel möchte ich einen Überblick über den Bereich der Critical Care geben.

Bei der verwendeten Literatur handelt es sich um intensivpflegerische sowie intensivmedizinische Lehrbücher. Leider war es mir mit Blick auf Kapitel 3.2.1 nicht möglich, eine Definition zu finden, in der Critical Care als Gesamtkonzept betrachtet wird. Aus diesem Grund definiere ich zunächst Intensivpflege, dann Intensivmedizin, um damit zwei wichtige Fachgebiete innerhalb der Critical Care abzubilden. Problematisch gestaltete sich zudem die Suche nach der Definition für Intensivmedizin. Demzufolge stütze ich mich auf Sekundärliteratur.

### **3.2.1 Definition und Praxisort**

Critical Care ist ein Begriff, für den es dem Anschein nach keine klare deutsche Übersetzung gibt. Da auch im englischsprachigen Raum scheinbar häufig zwischen „critical care medicine“ und „critical care nursing“ unterschieden wird, soll Critical Care im Rahmen dieser Arbeit im Sinne von Intensivversorgung verstanden werden, die sich vorrangig aus zwei Grundbausteinen, der Intensivpflege und der Intensivmedizin, zusammensetzt. Unter dem Ziel einer eingehenden Betrachtung der Critical Care könne die Pflege niemals isoliert von der Intensivmedizin betrachtet werden. Schließlich sei es die

rasante Technologieentwicklung in der Medizin, mit der sich die Pflege immer wieder auseinander setzen müsse (Atkinson 2002, 46). Demnach folgen sowohl eine Definition für den Begriff „Intensivpflege“ als auch eine für den der „Intensivmedizin“:

Im Pflegeleitbild der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege e.V. (DGF) wird Intensivpflege definiert als

*„...die Unterstützung, Übernahme und Wiederherstellung der Aktivitäten des Lebens unter Berücksichtigung der existentiellen Erfahrungen, der gesundheitlichen Biographie und der Pflegeanamnese des kritisch kranken Patienten mit manifesten oder drohenden Störungen vitaler Funktionen. Ziel ist es, den Patienten unter Aktivierung der physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten durch präventive, curative und rehabilitative Maßnahmen zur weitgehenden Selbstständigkeit zurückzuführen oder dem Patienten Linderung zu geben und im Sterben zu begleiten.“ (DGF 2002).*

Daneben lautet die Definition für Intensivmedizin in Anlehnung an die Definition der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCICM) folgendermaßen:

*„Intensivmedizin ist die kontinuierliche Überwachung und Behandlung von Schwerstverletzten und Schwerkranken sowie Operierten – nach schwierigen Eingriffen, deren vitale Funktionen lebensbedrohlich gefährdet oder gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten und/oder wiederhergestellt werden müssen.“ (zit. n. Müller-Busch 2001,729).*

Sinngemäß wird seitens der MJCICM ergänzt, dass Ärzte, Pflegepersonal und alle im medizinischen Bereich Tätigen ein koordiniertes Behandlungsteam für den Patienten darstellen (Grünewald et al. 2005, 11).

In beiden Definitionen geht es vorrangig um die Überwindung gestörter vitaler Funktionen. Während die Pflege neben dem Ziel der Wiederherstellung der Aktivitäten des Lebens die Sterbebegleitung als eine ihrer Aufgaben betrachtet, findet das Sterben in der Definition für Intensivmedizin keine Erwähnung. Aufgrund der Definition der Intensivpflege sollen die Pflegenden dem Sterben also einen Platz innerhalb ihres Aufgabenbereiches einräumen. Dennoch, so Salomon, identifizieren sich Pflegenden häufig mit dem ärztlichen, kurativ ausgerichteten Anspruch (Salomon 2005, 51). Aufgrund dessen ist die Definition der Intensivmedizin in dieser Arbeit ausschlaggebend, wenn von Critical Care die Rede ist. Critical Care ist demnach als ein Bereich zu verstehen, in dem das Handeln kurativ ausgerichtet, Leben gerettet und in der Folge der Tod bekämpft wird.

Orte, an denen Critical Care praktiziert wird, sind in erster Linie Intensivstationen, die einem Krankenhaus angehören. Zwar gibt es zudem ambulante Versorgungsangebote wie beispielsweise Wohngemeinschaften für Beatmungspatienten, allerdings machen diese in

der Critical Care einen sehr geringen Anteil aus (Friesacher 2005, 39). In Bezug auf Intensivstationen ist, wie in der Definition für Intensivmedizin bereits angedeutet, zwischen zwei Intensiveinheiten zu unterscheiden. Einerseits ist da die Intensivüberwachungsstation, intermediate care unit (IMC), auf der Patienten, deren Vitalfunktionen vorübergehend stark gefährdet sind, überwacht werden. Andererseits gibt es die Intensivbehandlungseinheit, intensive care unit (ICU), die mit der allgemeinen Bezeichnung „Intensivstation“ gleichzusetzen ist (Prien et al. 2007, 18). Letztere wird im Rahmen dieser Arbeit schwerpunktmäßig betrachtet. Sie, die Intensivstation, bietet den Patienten die maximale sowohl pflegerische als auch medizinische Versorgung eines Krankenhauses und ist damit der Intensivüberwachungsstation übergeordnet (Grünewald et al. 2005, 12). Ferner, jedoch meist nur in Großkrankenhäusern, gliedert sich diese Einheit in weitere fachgebundene Einheiten wie beispielsweise in internistische oder kardiochirurgische. In kleineren Häusern sind dagegen zumeist interdisziplinäre Intensiveinheiten eingerichtet (Prien et al. 2007, 20).

Die bauliche Gestaltung der Intensivstationen ist an einige gesetzliche Regelungen gebunden, sodass beispielsweise die Einheit nahe der Notaufnahme oder der Operationsabteilung des jeweiligen Krankenhauses angesiedelt sein und die Wege auf der Station möglichst kurz gehalten werden sollen. So soll ausgeschlossen werden, dass „die Behandlung und Pflege der Patienten im Arbeitsalltag ... auf funktionelle und ergonomische Hindernisse trifft.“ (Grünewald et al. 2005, 12).

### **3.2.2 Die Patientenklientel**

Sowohl in der Definition von Intensivpflege als auch in der von Intensivmedizin finden sich Aussagen über die Patientenklientel in der Critical Care. So ist in diesen von kritisch kranken, schwer verletzten und operierten Menschen die Rede. Eine Einschränkung auf bestimmte Krankheitsbilder ist damit nicht gegeben.

Neben den bereits im Kapitel 3.1.2 aufgezeigten Rahmenbedingungen für eine Krankenhausbehandlung unter § 39 SGB V scheint es nach Durchführung einer Literaturrecherche sowie Gesprächen mit einer Intensivmedizinerin, einer Intensivpflegenden sowie einem intensivpflegerischen Bereichsleiter keine gesetzlich festgelegten Bedingungen für die Aufnahme auf eine Intensivstation zu geben. Stattdessen ist es Aufgabe des Arztes zu entscheiden, ob eine Aufnahme indiziert ist oder nicht. Schoene und Herth zeigen in diesem Zusammenhang Aufnahmekriterien als eine sinnvolle Entscheidungshilfe auf. In Anlehnung daran werden die Patienten (Notfallpatienten

entsprechend zu einem späteren Zeitpunkt) anhand des individuell für sie zu erwartenden Benefits von Critical Care eingestuft. Je stärker ein Patient von Critical Care profitieren könnte, desto eher wird dieser auf die Intensivstation aufgenommen. Die Patientenklientel einer Intensivstation könne, so Schoene und Herth, grob in folgende Kategorien eingeteilt werden: Mit höchster Priorität sind da Patienten, deren weiterer Krankheitsverlauf als lebensbedrohlich eingeschätzt wird. Sie weisen eine zwar potentiell reversible, aber dennoch lebensbedrohliche Störung der Vitalfunktionen bzw. Dysfunktionen von mindestens zwei Organen auf. Unter die Kategorie zweiter Priorität fallen Patienten, bei denen die Erstversorgung bereits adäquat stattgefunden hat, der Patient sich in einem stabilen Zustand befindet, allerdings eine manifeste Dysfunktion bei mindestens einem Organsystem vorliegt. Die dritte Kategorie bilden schließlich postoperative Patienten unter Nachbeatmung und Patienten mit (nicht durch eine chronische Grunderkrankung bedingter) Dysfunktion mindestens zweier Organsysteme. Zudem sind hier die Überwachungspatienten angeführt, die im therapeutischen oder diagnostischen Sinne von einer Überwachung profitieren (Schoene; Herth 2009, 2).

Da sich der Zustand des Patienten während seines Aufenthalts auf der Intensivstation verändert, muss die Indikation für Critical Care kontinuierlich überwacht werden. So überwindet ein Teil der Patienten den Zustand der Lebensbedrohung, während sich die Bedrohung bei anderen weiter ausbaut. Letztere bzw. deren Angehörige stehen in diesem Falle nicht selten vor der Entscheidung, die Therapie abubrechen oder fortzusetzen (Salomon 2005, 53). Infolgedessen gehört, wie in Kapitel 2 bereits aufgezeigt, auch der sterbende Patient zur Patientenklientel der Critical Care. Nach einer Behandlung, die ganz unterschiedlich ausfallen kann, stellt diese Patientengruppe allerdings einen vergleichsweise kleinen Anteil der gesamten Intensivklientel dar. Gesundung und Erfolg sind die Regel (Thompson 2002, 337).

### **3.2.3 Die personelle Zusammensetzung**

Wie bereits oben mit der Ergänzung der MJCICM aufgezeigt, setzt sich das Behandlungsteam der Critical Care aus unterschiedlichen Professionen zusammen. Um in einem solch umfassenden Gebiet eine kompetente Patientenversorgung zu gewährleisten, sei, so Prien et al., eine Kooperation gar verpflichtend (Prien et al. 2007, 15).

Neben den Intensivpflegenden, auf deren spezielle Aufgaben in Kapitel 3.2.4 näher eingegangen wird, sind Intensivmediziner Mitarbeiter des Behandlungsteams. Aufgrund der unterschiedlichen Grunderkrankungen der Patienten in der Critical Care arbeiten sie

häufig eng mit Experten anderer medizinischer Fachgebiete zusammen, darunter z.B. Konsiliarärzte aus der Neurologie oder der Inneren Medizin (Prien et al. 2007, 15). Wie in anderen Fachdisziplinen auch sind die Ärzte für die Diagnostik und die Therapie verantwortlich. Um eine kontinuierliche Überwachung sowie ein sofortiges Handeln bei Komplikationen zu gewährleisten, ist der Personalschlüssel auf einer Intensivstation sowohl für die pflegerische als auch für die ärztliche Profession ausgesprochen hoch. So soll dieser nach Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin auf einer Intensivbehandlungseinheit bei einer Pflegenden pro 0,44 Betten sowie bei 1 Arzt pro 2 Betten liegen (Striebel 2008, 4). Neben den oben aufgezeigten Professionen, die sicherlich als zwei Hauptakteure angesehen werden können, leisten Physiotherapeuten häufig einen wichtigen Beitrag in der Critical Care. Sozialarbeiter und Psychologen werden bei Bedarf hinzugezogen (Kurmann et al. 1999, 27).

### **3.2.4 Die Aufgaben der Pflegenden**

Im oben aufgezeigten Team der Critical Care nehmen Intensivpflegende eine zentrale Rolle ein. „Sie gelten den Psychologen als Schlüsselfiguren der Intensivbehandlung...“ (Larsen 2004, 707), da sie durch ihre ständige Präsenz am Patientenbett die zentralen Bezugspersonen des Patienten sind. Häufig sind es Pflegende, die zudem die Versorgung stellvertretend für das Team koordinieren und eine kontinuierliche Versorgung ermöglichen. In Bezug auf die Kommunikation im Team und im Kontakt zu den Angehörigen sind Pflegende unverzichtbar (Pearce 2002, 431).

Wie bereits im Kapitel 3.2.1 ausgeführt, gehören Intensivpflege und Intensivmedizin zusammen. So arbeiten Pflegende und Ärzte im Bereich der Critical Care Hand in Hand (Friesacher 2005, 41), nicht selten überschneiden sich Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche beider Professionen (Striebel 2008, 4). So liegt der Schwerpunkt der intensivpflegerischen Praxis auf medizinisch-technischen Aspekten. Pflegende führen kontinuierlich die klinische und apparative Überwachung des Intensivpatienten durch und sind für die Dokumentation der verschiedenen, insbesondere der kardiovaskulären und respiratorischen, Ergebnisse verantwortlich. Es liegt folglich im Aufgabenbereich der Pflegenden, auf mögliche körperliche Veränderungen des Patienten adäquat zu reagieren und gegebenenfalls den Arzt zu informieren. Beobachten, Beurteilen und Handeln sind primäre Aufgaben der Intensivpflege (Morrison 2002, 380). Neben den Patientenüberwachungssystemen gehören Beatmungs- und Infusionsgeräte zum Alltag in

der Critical Care. Diese seien allerdings „nur so gut, wie die Intensivpflegende, die sie bedient“ (Turnock 2002, 135). Demnach ist spezielles Wissen erforderlich, damit Pflegende die zahlreichen Geräte bedienen, überwachen und in ihrer Funktion überprüfen können. Als rechte Hand des Arztes ist es ihre Aufgabe, diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorzubereiten und dem Arzt dabei zu assistieren. Zudem führen sie ärztliche Verordnungen aus. Hier sind sowohl das Verabreichen bestimmter Medikamente und Flüssigkeiten zu nennen als auch Aufgaben wie das Legen eines Dauerkatheters oder die Blutentnahme aus arteriellen oder venösen Kathetern (Striebel 2008, 4). Die Patientenklientel in der Critical Care, wie beispielsweise intubierte oder tracheotomierte Patienten, verlangt des Weiteren hohe Fähigkeiten im Bereich der speziellen Pflege (Latasch et al. 2000, 552).

Neben den oben dargelegten Aufgaben sollten Intensivpflegende auch auf psychosozialer Ebene Kompetenzen aufweisen. Als erste Bezugspersonen innerhalb des Behandlungsteams sind sie es, die vorrangig mit dem kritisch Kranken und ihrem Umfeld kommunizieren. Sowohl den Patienten als auch seine Angehörigen zu begleiten und emotional zu unterstützen sind demzufolge weitere Aufgaben der Intensivpflegenden (Larsen 2004, 714). Allerdings ist hier festzuhalten, dass in der Critical Care die psychosozialen Aspekte denen der oben aufgezeigten medizinisch-technischen nachgestellt sind (Thompson 2002, 337).

Ergänzend lässt sich sagen, dass der Umgang mit Menschen in Grenzsituationen für die Pflegenden sowohl mit körperlichen als auch mit seelischen Belastungen einhergeht. Letztere sind dann besonders hoch, wenn ein Patient „allen Hoffnungen und Bemühungen zum Trotz verstirbt“ (Schors 2000, 483).

### **3.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten**

Mein Ziel für dieses Kapitel besteht darin, den Bereich der Palliative Care mit dem der Critical Care in Beziehung zu setzen, um sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten herauszustellen.

Zunächst gehe ich dabei auf die Unterschiede ein. Nach dem Aufzeigen der Differenzen arbeite ich die besondere Bedeutung der Zielsetzung heraus, was mich schließlich zu der Widersprüchlichkeit führt, die zwischen Palliative und Critical Care erkennbar ist. Im Anschluss daran widme ich mich den Gemeinsamkeiten beider Bereiche, zeige

Annäherungspunkte auf und schaffe dadurch die Basis für die Thematik des 4. Kapitels. Weder hinsichtlich der Unterschiede noch der Gemeinsamkeiten erhebe ich Anspruch auf Vollständigkeit.

Inhaltlich beziehe ich mich auf die Kapitel 3.1 und 3.2, wobei ich unterstützend zumeist deutschsprachige Artikel aus den Bereichen Palliativ- und Intensivmedizin heranziehe.

Palliative Care und Critical Care werden intuitiv als gegensätzlich empfunden. Lässt sich diese Intuition nach einer näheren Betrachtung der obigen Darstellung bestätigen? Eine erste, klare Differenz ist in der jeweiligen Zielsetzung erkennbar. So wird die Pflege in der Palliative Care ganz im Sinne der Zielsetzung streng an die Bedürfnisse und Vorlieben des Patienten gekoppelt und mittels ganz individueller Maßnahmen Symptomlinderung erreicht. Anders gestaltet sie sich in der Critical Care, wo sie von medizinisch-technischen Aspekten dominiert wird und sich daher häufig an den Vitalfunktionen des Menschen orientiert (siehe Kapitel 3.1.4 und 3.2.4).

Die Art und Weise, wie dem Sterben und dem Tod begegnet wird, zeigt weitere Differenzen beider Bereiche auf. Während die Palliative Care „dying as a normal process“ (WHO, 2002) ansieht und die Begleitung Sterbender einen Schwerpunkt der pflegerischen Praxis darstellt (siehe Kapitel 3.1.4), ist das Sterben im Bereich der Critical Care ein Thema, mit einem hohen Tabuisierungsgrad. Da Ärzte und Pflegende die Wiederherstellung vitaler Funktionen anstreben, können sie letzten Endes den Todeseintritt nur als Scheitern ihrer Bemühungen ansehen (siehe Kapitel 3.2.1). An dieser Stelle sei allerdings festzuhalten, dass Pflegende den Tod zumeist eher akzeptieren als es Ärzte tun (Salomon 2005, 51). Eine Tatsache, die sich schließlich auch innerhalb des Pflegeleitbildes widerspiegelt (siehe Kapitel 3.2.1).

Des Weiteren lassen sich Unterschiede zwischen der Patientenklientel der Palliative und der Critical Care feststellen. Patienten der Palliative Care wissen um ihre lebensbegrenzende Erkrankung, sind zumeist bewusstseinsklar und entscheidungsfähig (Clemens; Klaschik 2009, 89). So haben sie sich zumeist bewusst für eine palliative Behandlung entschieden (siehe Kapitel 3.1.2). Anders gestaltet es sich in der Critical Care. Wie unter 3.2.2 dargestellt, sind es u.a. Notfallpatienten, die von der Behandlung im Sinne einer Heilung profitieren sollen. Allerdings ist eine Heilung nicht immer möglich, sodass häufig nicht selbstbestimmungsfähige Patienten mit der Entscheidung über den weiteren

Behandlungsverlauf konfrontiert sind – eine Problematik, der in diesem Bereich eine weitaus größere Bedeutung zukommt (Müller-Busch 2001, 731).

Während Angehörige des Patienten in Anlehnung an die „WHO-Definition of Palliative Care“ fest in das Behandlungskonzept integriert sind und die Begleitung Angehöriger ein Schwerpunkt der pflegerischen Aufgaben darstellt, gestalten sich die Angehörigenkontakte auf einer Intensivstation vergleichsweise problematisch. Nicht selten werden Angehörige von dem Intensivpersonal als störend empfunden und teilweise gar abgewehrt (Larsen 2004, 711).

Als letzten Unterscheidungspunkt sind an dieser Stelle die Orte zu nennen, an denen Menschen im Sinne von Palliative oder Critical Care behandelt werden können. So kann eine palliative Versorgung sowohl in einem Hospiz als auch auf einer Palliativstation, eine intensivmedizinische dagegen fast ausschließlich in einem Akutkrankenhaus stattfinden (siehe Kapitel 3.1.1 und 3.2.1). Während also die Critical Care stark von den Geräten und den Möglichkeiten auf einer Intensivstation abhängig ist, ist Palliative Care nicht unbedingt an ein Krankenhaus gebunden und kann somit leichter auch an anderen Orten praktiziert werden.

Zusammenfassend bestehen eindeutige Unterschiede zwischen der Palliative und der Critical Care. Von besonderer Bedeutung sind dabei die vollkommen unterschiedlichen Zielsetzungen der jeweiligen Bereiche. Laut Prönneke stellen sie ein ganz entscheidendes „trennendes Charakteristikum“ (Prönneke 2007, 10) zwischen „palliativ“ und „intensiv“ dar. Sie ziehen eine Grundeinstellung nach sich, die sich in allen weiteren Unterschieden widerspiegelt (Prönneke 2007, 10). Deutlich wird dies, wie oben aufgezeigt, in der pflegerischen Praxis, in der Einstellung dem Tod gegenüber oder in der Möglichkeit, außerhalb des Krankenhauses versorgt zu werden. Es sind letzten Endes zwei Ziele, die sich gar widersprechen: Werden im Bereich der Critical Care ausschließlich im Sinne der Zielsetzung „alle Kräfte in den Lebenserhalt und die Lebensverlängerung investiert“ (Prönneke 2007, 10), geht dies, zumindest vorübergehend, mit einer Lebensqualitätseinschränkung einher. Das Ziel ist demzufolge nur auf Kosten der Lebensqualität zu erreichen. Damit ist es im Bereich der Critical Care nicht möglich, dem Tode nahe stehenden Menschen eine Versorgung ganz im Sinne der Palliative Care zukommen zu lassen, ohne dabei das eigene Ziel zurückzustellen und sich dem Sterben zu ergeben (Nelson 2006, 324). Das eine scheint demzufolge nur unter Ausschluss des anderen möglich zu sein. Dennoch gilt in Anlehnung an das Palliative Care Konzept grundsätzlich: „kurative Behandlungsziele schließen palliative Maßnahmen nicht

aus...“(Clemens; Klaschik 2009, 89) – eine Aussage, der im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch Bedeutung zukommen wird.

Neben den dargelegten Unterschieden zwischen Palliative und Critical Care weisen beide Bereiche trotzdem einige Gemeinsamkeiten auf. Mit der aufgezeigten Personalintensität stellen beide, im Gegensatz zu anderen, kostenintensive Bereiche dar (Müller-Busch 2001, 727). Zudem ist es die Teamarbeit, die sowohl im einen als auch im anderen relativ stark ausgeprägt ist. Es wird interdisziplinär, das heißt mit Professionen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachgebieten, gearbeitet, wobei einer funktionierenden und ausreichenden Kommunikation innerhalb des Teams eine große Bedeutung zukommt. Abschließend ist auf die vergleichsweise hoch einzuschätzende psychische Belastung der Mitarbeiter hinzuweisen. Sowohl in der Palliative als auch in der Critical Care haben sie es schließlich tagtäglich mit Grenzbereichen des Lebens zu tun (siehe Kapitel 3.1.3 und 3.2.3).

Sie haben es mit Patienten zu tun, die unter einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden und einer ganz besonderen Fürsorge bedürfen. Solche Patienten weisen häufig ähnliche Symptome wie Schmerzen oder Dyspnoe auf, sodass die Symptomkontrolle nicht nur der Palliative Care zuzuordnen ist, sondern auch im Bereich der Critical Care eine wichtige Aufgabe darstellt, auch, wenn sie nicht als Hauptaufgabe angesehen wird (Kettler et al. 2000, 74). Ähnlich sieht es bezüglich der Angehörigenbegleitung aus. Die Angehörigen sind in beiden Bereichen einer enormen Belastung ausgesetzt, sodass sie vor allem von Pflegenden, die ihnen zumeist am nächsten stehen, fürsorglich unterstützt werden sollten. Die Begleitung Angehöriger ist folglich eine Aufgabe, die in beiden Bereichen besteht, der sich Pflegende allerdings in einem mehr oder weniger zufriedenstellenden Maße widmen (siehe Kapitel 3.1.4 und 3.2.4).

Wie unter Kapitel 2 dargestellt, verbringen vergleichsweise viele Menschen die letzten Stunden ihres Lebens auf einer Intensivstation. Menschen im Sterben zu begleiten ist somit Herausforderung für beide Bereiche, denn beide sind mit dem Anspruch an eine hohe Versorgungsqualität am Lebensende konfrontiert.

Gemeinsamkeiten sind also vor allem im Bezug auf die personelle Situation und innerhalb der Patientenklientel zu erkennen. Demnach ergeben sich Aufgaben, die sowohl in der Palliative als auch in der Critical Care von Bedeutung sind, wo ihnen aber eine jeweils unterschiedliche Bedeutung beigemessen wird.

Schlussfolgernd, unter Betrachtung der Unterschiede einerseits und der Gemeinsamkeiten andererseits, kann festgehalten werden, dass Ziele und schwerpunktmäßige Aufgaben

beider Bereiche stark differieren. Die Gemeinsamkeiten weisen allerdings darauf hin, dass mögliche Annäherungspunkte bestehen – Annäherungspunkte, die eine Grundlage für das weitere Vorgehen in dieser Arbeit darstellen.

## **4 Palliative Care als Ergänzung der Critical Care – Grenzen und Möglichkeiten**

Im Rahmen dieses Kapitels möchte ich einen möglichen Weg palliativer Aspekte hinein in die Critical Care aufzeigen.

Nachdem in Kapitel 4.1 Hindernisse einer Annäherung dargestellt werden, widme ich mich in Kapitel 4.2 dem Anspruch, der überhaupt an eine Annäherung beider Bereiche erhoben werden kann. Im Anschluss zeige ich Voraussetzungen auf und leite zum Modell des palliativen Konsiliardienstes über. Letzterer wird als eine bereits heute anerkannte Möglichkeit der Ergänzung in Kapitel 4.3 eingehender dargestellt.

Angesichts der Tatsache, dass ich trotz intensiver Literaturrecherche nur sehr wenig deutschsprachige Literatur finden konnte, in der Palliative Care speziell mit der Intensivstation in Verbindung gebracht wurde, stütze ich mich größtenteils auf englischsprachige Literatur aus den USA. In dieser Literatur wird Palliative Care auf der Intensivstation zum größten Teil mit der sogenannten „End-of-Life Care“ in Verbindung gebracht. In Anlehnung an Kapitel 3.1 ist allerdings festzuhalten, dass End-of-Life Care zwar einen Teil der Palliative Care darstellt, aber nicht allein darauf zu beschränken ist. Mangels Literatur, die das Gesamtkonzept der Palliative Care im Blick hat, spiegeln die weiteren Ausführungen diese „eingeschränkte Sichtweise“ des Öfteren wider.

### **4.1 Hindernisse auf dem Weg der Integration palliativer Aspekte in die Critical Care**

Mit diesem Kapitel möchte ich dem Leser ein Verständnis dafür geben, worin genau die Schwierigkeiten liegen, die Critical mit der Palliative Care zu verbinden. Zunächst widme ich mich dafür nochmals, in Anlehnung an Kapitel 2, der gesellschaftlichen Einstellung dem Tod gegenüber, da diese als eine Art Dach für die weiteren Hindernisse angesehen werden kann. Im Anschluss daran betrachte ich Hürden, für die der Patient und seine

Angehörigen verantwortlich sind, und schließe dann jene an, für die das Personal verantwortlich ist.

Bei der verwendeten englischsprachigen Literatur handelt es sich um einen Zeitschriftenartikel sowie empirische Untersuchungen aus den USA, die ich per Handrecherche dem Artikel entnehmen konnte. Bei den Letzteren ist anzumerken, dass sie ausschließlich die Perspektive des Personals widerspiegeln. Die Perspektive der Patienten und Angehörigen findet mangels empirischer Untersuchungen nur eine kurze Erwähnung. Zusammenfassend ist die Sichtweise innerhalb der Studien auf die End-of-Life Care beschränkt. Hindernisse für eine gute End-of-Life Care sind allerdings gleichzeitig Hindernisse für die Integration von Palliative Care in die Critical Care. Um Schwierigkeiten auf dem Weg palliativer Aspekte hinein in die Critical Care aufzuzeigen, halte ich diese Untersuchungsergebnisse daher für sehr nützlich. Bezüglich der Übertragbarkeit auf europäische Verhältnisse sei folgendes Zitat genannt: „...., it is interesting that healthcare professionals` perceptions of barriers for end-of-life care in European ICUs are similar to those of American colleagues, despite the differences in law, ethics, culture, and healthcare system structure“ (Nelson 2006, 326).

Im Hinblick auf die unter Kapitel 3.3 aufgezeigten markanten Unterschiede zwischen der Palliative und der Critical Care scheint es nicht verwunderlich zu sein, dass sich auf dem Weg, das eine mit dem anderen zu verbinden, einige Hindernisse auftun. Worin diese genau liegen und warum es sich so schwierig gestaltet, dem unter Kapitel 2 aufgezeigten gesellschaftlichen Anspruch an eine hohe Versorgungsqualität am Lebensende auf einer Intensivstation zu entsprechen, sind Fragen, die vor allem unter Berücksichtigung der eingangs dargelegten Problemstellung aufkommen.

In der Gesellschaft bestehen große Erfahrungsdefizite im Umgang mit dem Sterben, wodurch die Menschen heute größtenteils Tod und Sterben verdrängen. Die Intensivstation ist ein Ort, an dem diese Kultur wohl am stärksten zur Geltung kommt: Hier soll das Leben gerettet und der Tod bekämpft werden. Laut Nelson sei es gerade diese Kultur, die das größte Hindernis für eine gute Versorgung am Lebensende auf der Intensivstation darstelle (Nelson 2006, 324).

Entsprechend der dargelegten Einstellung dem Tod gegenüber haben der Patient selbst und seine Angehörigen große Erwartungen an eine Behandlung im Bereich der Critical Care, insbesondere an lebensverlängernde Maßnahmen (Nelson 2006, 324). Es handelt sich dabei um eine Tatsache, die sich nicht selten hinderlich für eine Versorgung unter

palliativen Aspekten am Lebensende auswirkt. Daten empirischer Untersuchungen aus den USA, darunter eine nationale Befragung von pflegerischen und ärztlichen Direktoren unterschiedlicher Intensivstationen von Nelson et al. (Nelson et al. 2006, 2547-2553), eine Befragung von Pflegenden und Ärzten der Critical Care in West Virginia von Moss et al. (Moss et al. 2005, 200-204) sowie zwei rein pflegerische Befragungen von Beckstrand et al. (Beckstrand; Kirchhoff 2005, 395-403 und Beckstrand et al. 2006, 38-45) können hier unterstützend herangezogen werden. Als problematisch empfinden die Befragten „unrealistic patient/family expectations“ (Nelson et al. 2006, 2547) sowie „patient/family demands for all possible treatment“ (Moss et al. 2005, 200). Zudem sei es hinderlich, dass zum einen häufig keine Vorausverfügungen des Patienten vorliegen, zum anderen der Patient selber in kritischen Situationen nicht mehr dazu in der Lage ist, persönlich an der Diskussion über das weitere Vorgehen teilzunehmen. Entscheidungen müssen demzufolge von den Angehörigen gefällt werden (Nelson et al. 2006, 2547).

Sowohl bei den Patienten selber als auch bei ihren Angehörigen liegen somit Gründe für die Schwierigkeit, die Critical mit der Palliative Care zu verbinden. Weitere sind beim Personal der Intensivstation zu finden. Unter Betrachtung der Zielsetzung, Leben zu retten, fällt es Ärzten im Bereich der Critical Care besonders schwer, nur den Tod prognostizieren zu können. Stattdessen, so Nelson, sehen sie einen gar aussichtslosen Krankheitsverlauf häufig nicht so klar, wie sie ihn eigentlich sehen könnten, und prognostizieren vor dem Hintergrund erst absolute Sicherheit zu brauchen (Nelson 2006, 324). Zusammenfassend gilt so für den Bereich der Critical Care: „End-of-life care seems too early until it is too late – too often“ (Nelson 2006, 325). Unterstützend können auch hier empirische Daten herangezogen werden. So sind Pflegende in der oben aufgezeigten Untersuchung der Meinung, dass häufig „Treatment Decisions Based on Physicians` Needs Rather Than Patients` Needs“ (Beckstrand et al. 2006, 41). Hinderlich seien zudem Mängel, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit betreffen. „...having multiple physicians who differed in opinion about the direction of a patient`s care...“ (Beckstrand; Kirchhoff 2005, 397). Dies stelle den befragten Pflegenden zufolge eine große Schwierigkeit für die Pflege nach palliativen Werten dar.

Bereits in Kapitel 3.3. konnten die unterschiedlichen Schwerpunkte der beiden Fachgebiete dargelegt werden. Es scheint im Hinblick darauf nicht verwunderlich zu sein, dass auch die Professionen dementsprechend unterschiedlich ausgebildet wurden. So besteht laut den Befragten im Bereich der Critical Care ein „...lack of education for health care

professionals...“ (Moss et al. 2005, 203) in Bezug auf palliative Kenntnisse, was eine weitere bedeutende Hürde auf dem Weg der Annäherung darstellt.

Innerhalb der Professionen der Critical Care liegen die aufgezeigten Hindernisse für die Übernahme palliativer Aspekte vor allem auf ärztlicher Seite - eine Einschätzung, die sowohl von den pflegerischen als auch von den ärztlichen Direktoren im Rahmen der oben aufgezeigten Untersuchung geteilt wird: „...barriers related to physicians were significantly greater than those related to nurses...“ (Nelson et al. 2006, 2549). Insbesondere die häufig unzureichende Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. Angehörigen über mögliche weitere Therapieziele sowie die häufig unrealistische Einschätzung in Bezug auf die Prognose und die medizinischen Möglichkeiten seien diesbezüglich hervorzuheben (Nelson et al. 2006, 2549).

Während die empirischen Daten lediglich die Perspektive des Personals widerspiegeln, ist nun sicherlich die Perspektive der Betroffenen selbst, das heißt die des Patienten und seiner Angehörigen, von großem Interesse. Leider gebe es, so Nelson, noch keine Studien, die die Betroffenen konkret nach ihrer Einschätzung zu möglichen Hindernissen befragen (Nelson 2006, 326). Fest steht allerdings: Die Menschen fordern eine hohe Versorgungsqualität am Lebensende ein und sind diesbezüglich mit der Situation auf der Intensivstation häufig unzufrieden (siehe Kapitel 1 und 2).

Zusammenfassend sind also Gründe für die Hürden, die sich auf dem Weg hin zu einer Verbindung zwischen Palliative und Critical Care auftun, sowohl auf Seiten des Patienten und seiner Angehörigen als auch auf Seiten des Personals, hier insbesondere der Ärzte, zu finden. Auf beiden Seiten sind die Erwartungen an die intensivmedizinischen Möglichkeiten dem Anschein nach häufig zu hoch. Palliative Aspekte werden so hinausgezögert und scheinen oftmals noch nicht indiziert. In Bezug auf das Personal kommt eine unzureichende Ausbildung im Bereich der Palliative Care hinzu. Wissensdefizite sind es schließlich, die sich in vielen der Hürden widerspiegeln und daher ein besonders großes Hindernis für die Integration palliativer Aspekte in die Critical Care darstellen.

## 4.2 Bedingungen für die Integration palliativer Aspekte in die Critical Care

Mit diesem Kapitel verfolge ich das Ziel, dem Leser zu verdeutlichen, an welche Bedingungen die Integration palliativer Aspekte in die Critical Care geknüpft ist.

Dabei gehe ich zunächst auf den Anspruch ein, der an eine Annäherung erhoben werden kann, und leite im Anschluss zu den notwendigen Voraussetzungen über.

Die Literaturlauswahl ist der aus Kapitel 4.1 sehr ähnlich. Allerdings wird sie durch deutschsprachige Literatur ergänzt. Um den Anspruch aufzuzeigen, greife ich auf ein deutschsprachiges Lehrbuch aus dem Bereich der Palliative Care zurück. Es dient lediglich in Anlehnung an Kapitel 3.1 zur Darstellung des Palliative Care Konzeptes und hat innerhalb dieses Kapitels unterstützende und klärende Bedeutung.

Bevor die konkreten Voraussetzungen dargestellt werden, ist zunächst klarzustellen, in welchem Maße palliative Aspekte in die Critical Care einfließen können. Der mögliche Anspruch an eine Annäherung ist angesichts der aufgezeigten Unterschiede und Hindernisse eingeschränkt. Maßgebend sind hier die unterschiedlichen Zielsetzungen, die nur schwer miteinander zu vereinbaren sind (siehe Kapitel 3.3). Es wäre naiv, so Nelson, die durch die Zielvorgabe geprägte Kultur der Critical Care als größtes Hindernis aus dem Weg räumen zu wollen, um beide Bereiche einander anzunähern (Nelson 2006, 327).

Der Anspruch kann demzufolge lediglich dahin gehen, dass palliative Aspekte die Versorgung im Bereich der Critical Care ergänzen, wie es im Übrigen ja auch das Pflegeleitbild für Intensivpflege (siehe Kapitel 3.2.1) vorsieht. Dies ist im Hinblick auf das integrierte Modell der Palliative Care sowie die Patientenklientel einer Palliativstation (siehe Kapitel 3.1.1 und 3.1.2) grundsätzlich möglich, denn Aspekte der Palliative Care können in jeder Phase der unheilbaren Erkrankung ergänzend herangezogen werden, das heißt auch „während einer akut-medizinischen Behandlung auf einer Intensivstation“ (Steffen-Bürgi 2006, 35). Es stelle sich diesbezüglich lediglich die Frage, *welche* Aspekte und *welche* Prinzipien hier zum Tragen kommen können (Steffen-Bürgi 2006, 35) – eine Frage, die in Anlehnung an Kapitel 3.3 beantwortet werden kann. Letzten Endes könnten palliative Prinzipien dort greifen, wo Gemeinsamkeiten zwischen beiden Bereichen und damit Anknüpfungspunkte zu finden sind. So könnten palliative Aspekte sicherlich zu einer Optimierung der bedürfnisorientierten Patientenversorgung, der Angehörigenbetreuung sowie insbesondere der Sterbebegleitung beitragen. Sie stellen eine

Ergänzung für die Versorgung am Lebensende dar, beschränken sich aber nicht darauf (Nelson 2006, 327).

Welche Voraussetzungen müssen nun gegeben sein, damit Palliative Care als Ergänzung der Critical Care auf der Intensivstation verwirklicht werden kann?

Aufklärung und Schulung scheinen hier zwei ganz wesentliche Ansatzpunkte zu sein, denn laut Nelson resultieren einige der aufgezeigten Hindernisse (siehe Kapitel 4.1) „from deficiencies in skills and knowledge,...“ (Nelson 2006, 326). Aus diesem Grund kann Aufklärungsarbeit möglicherweise dazu dienen, den Patienten sowie seine Angehörigen einerseits an die Möglichkeiten, andererseits allerdings auch an die Grenzen der Intensivmedizin heranzuführen. Gegebenenfalls könnten so die zumeist unrealistischen Erwartungen an die Praxis angenähert werden. Außerdem scheint es auf diese Art und Weise möglich zu sein, den Blick der Patienten sowie deren Angehörigen für palliative Interventionsmöglichkeiten zu öffnen (Nelson 2006, 326).

Ähnliches gilt letzten Endes auch für die Professionen im Bereich der Critical Care. In Anlehnung an die unter Kapitel 4.1 genannten Umfrageergebnisse verfügen diese über eine eher mangelhafte Ausbildung im Bereich der Palliative Care, obwohl sie oftmals mit für diesen Bereich typischen Aufgaben konfrontiert werden (siehe Kapitel 3.3). So wird innerhalb aller oben dargelegten Untersuchungen die Schulung des Intensivpersonals als notwendig erachtet.

Letzten Endes scheint es also für das Personal der Critical Care sinnvoll zu sein, sich zunächst mittels Weiterbildung dem Konzept der Palliative Care zu nähern, um schließlich palliative Aspekte als sinnvolle Ergänzung in die Versorgung einfließen lassen zu können. Der Weg bis „palliative care (including but not limited to end-of-life care)...is delivered as part of comprehensive critical care, not as an optional alternative to it, ...“ (Nelson 2006, 327) scheint allerdings, vor allem mit Blick auf die aufgezeigten Hindernisse, sehr lang zu sein. Es stellt sich zudem die Frage, ob dieser in der Praxis sich auswirkende Bewusstseinswandel über Schulungsmaßnahmen erreicht werden kann. Einer Möglichkeit, mit deren Hilfe eine Brücke zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand hergestellt werden kann (Campbell 2006, 356) und die bereits heute praktiziert wird, widmen sich die weiteren Ausführungen.

### **4.3 Möglichkeiten der praktischen Umsetzung am Beispiel eines palliativen Konsiliardienstes**

Im Rahmen dieses Kapitels ziele ich darauf ab, dem Leser das Konzept des palliativen Konsiliardienstes, seine Entwicklung und seinen Nutzen aufzuzeigen.

Zunächst stelle ich hierfür innerhalb des Kapitels 4.3.1 ein relativ altes Modell eines palliativen Konsiliardienstes vor und setze diesem im Anschluss ein sehr viel jüngeres Modell entgegen. Somit ist es mir möglich, die Entwicklungstendenzen von früher bis heute aufzuzeigen, was ich im Hinblick auf den Anspruch an eine Annäherung beider Bereiche (siehe Kapitel 4.2) als sinnvoll erachte. Im folgenden Kapitel 4.3.2 stelle ich den Nutzen eines solchen Dienstes heraus. Hier liegt der Fokus auf der positiven Wirkung des palliativen Konsiliardienstes speziell auf dem Weg bis hin zu einer festen Integration palliativer Aspekte in die Critical Care. Ich beginne dabei mit dem Nutzen für das Personal der Intensivstation und gehe im Anschluss zu dem der Intensivpatienten über.

Bei der verwendeten Literatur handelt es sich um Artikel aus Fachzeitschriften zumeist aus dem Bereich der Critical Care. Ich beschränke mich dabei auf englischsprachige Artikel aus den USA, da in Deutschland die Entwicklung palliativer Konsiliardienste noch am Anfang steht und es demzufolge an deutschsprachiger Literatur, besonders an deutschen Studien, mangelt. Vor allem in Kapitel 4.3.2 ziehe ich Studien heran, die ich per Handrecherche den Artikeln entnehmen konnte.

#### **4.3.1 Der palliative Konsiliardienst und seine Entwicklung**

In den USA existieren unterschiedliche Modelle palliativer Konsiliardienste. Eines der ersten und wohl bekanntesten stammt aus den achtziger Jahren und wurde am Detroit Receiving Hospital, einem Krankenhaus für Notfallmedizin und Traumatologie, entwickelt.

An dieser Stelle ist klarzustellen, dass in den weiteren Ausführungen das Handeln des Konsiliardienstes am Detroit Receiving Hospital so dargestellt wird, wie es in den achtziger Jahren der Fall war. Einige Studien innerhalb der letzten Jahre (siehe Kapitel 4.3.2) belegen, dass sich die praktische Umsetzung bis heute verändert hat. Dennoch wird hier zunächst die ursprüngliche Situation geschildert, um anhand dessen die Entwicklung der palliativen Konsiliardienste besser nachvollziehen zu können.

Das Comprehensive Supportive Care Team, wie es im Detroit Receiving Hospital genannt wird, setzte und setzt sich heute noch sowohl aus einer pflegerischen als auch aus

ärztlichen Professionen zusammen. Die Pflegekraft, heute im Speziellen die Nurse Practitioner<sup>1</sup> (Campbell; Guzman 2003, 267), nimmt dabei die Leitungsposition ein. Sie verfügt über viel Erfahrung in der Intensivpflege sowie über Weiterbildung im Bereich der Sterbebegleitung. Unterstützung erhält sie ärztlicherseits von einem Internisten oder Intensivmediziner, der jeweils abwechselnd tätig wird. Gemeinsam richten sie ihr Handeln ganz nach dem Ziel aus, Patienten mit einer infausten Prognose eine einheitliche, konsequente sowie umfassende Versorgung zukommen zu lassen (Carlson et al. 1988, 380).

Der Konsiliardienst des Detroit Receiving Hospitals wird vom Behandlungsteam einberufen, und zwar dann, wenn ein Patient nach Einschätzung der Behandelnden den Krankenhausaufenthalt nicht überleben wird. Mit Unterstützung des Comprehensive Supportive Care Teams nähern sie sich nun gemeinsam einer Prognose für den Patienten, bewerten seine Gesamtsituation und entscheiden letzten Endes zusammen mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen, wie die Versorgung fortgeführt werden soll. Mit einer Entscheidung für eine Versorgung, die in erster Linie auf die Lebensqualität abzielt, übernimmt der Konsiliardienst den Patienten. Dies geht zumeist mit einer Verlegung auf eine Allgemeinstation einher. Um dem Patienten dort eine hohe Versorgungsqualität geben zu können, folgt die Entwicklung eines Therapieplans, der neben pflegerischen und medizinischen Zielen insbesondere die Wünsche sowie spirituellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt. Dementsprechend werden hier noch weitere Professionen, wie beispielsweise ein Geistlicher sowie für finanzielle Angelegenheiten ein Sozialarbeiter, involviert. Nachdem der Plan mit dem Patienten selbst bzw. mit den Angehörigen abgestimmt und ggf. durch weitere Aspekte ergänzt wurde, wird er schließlich implementiert und stetig aktualisiert. Letzteres findet u.a. wöchentlich innerhalb multidisziplinärer Konferenzen statt, an denen wiederum alle oben bereits erwähnten Professionen teilnehmen (Carlson et al. 1988, 381).

Innerhalb dieses Modells zeigt sich, dass Palliative und Critical Care örtlich voneinander getrennt werden. Schließlich kommt der Konsiliardienst von außen, übernimmt den Patienten wenn möglich und verlegt ihn auf eine Allgemeinstation. Des Weiteren belegen Erfahrungen am Detroit Receiving Hospital, „...that there was often a lag between reliable identification of a poor prognosis and the implementation of palliative care-focused treatment“ (Campbell 2006, 356). Der palliative Konsiliardienst wurde demnach erst sehr

---

<sup>1</sup> Da es sich bei der Nurse Practitioner um einen Beruf handelt, der zumeist von Frauen ausgeübt wird, greife ich hier ausnahmsweise auf die weibliche Anredeform zurück.

spät einberufen, sodass sein Aufgabengebiet stark auf die End-of-Life Care beschränkt wurde.

Das Modell des Detroit Receiving Hospitals hat heute bereits über annähernd dreißig Jahre hinweg Bestand. Wohin geht nun die aktuelle Entwicklung dieses und anderer palliativer Konsiliardienste? Welcher Entwicklungstrend ist diesbezüglich zu beobachten?

Zusammenfassend kann hier folgendes Zitat herangezogen werden: „Historically, PC (Palliative Care) was initially most strongly associated with end-of-life care. ... However, there is a national movement to consult on patient earlier, while they continue to pursue life-prolonging interventions” (Norton et al. 2007, 1530).

Ein Ansatz, in dem die ergänzende palliative Versorgung zwar noch stark auf die End-of-Life Care beschränkt, dennoch aber eine weitere Annäherung beider Bereiche erkennbar wird, ist in den folgenden Ausführungen dargestellt. Es handelt sich dabei allerdings um ein Modell, dessen Wirkung durch keinerlei empirische Untersuchungen belegt werden kann. Dies ist bei der Einordnung zu berücksichtigen.

Der Palliative Care Consult Service des Good Samaritan Regional Medical Center im Südwesten der USA setzt sich aus einer Nurse Practitioner, einer Intensivpflegenden, einem Arzt sowie Sozialarbeitern, Psychologen und Geistlichen zusammen. Ähnlich dem Konsiliardienst am Detroit Receiving Hospital liegt auch bei diesem Modell die Leitung in pflegerischer Hand. Die Nurse Practitioner geht dieser Aufgabe als Spezialistin für Palliative Care im Gegensatz zu den anderen Teammitgliedern hauptberuflich nach, ist auf der Intensivstation präsent und zieht bei Bedarf die anderen Professionen hinzu (Hurst; Whitmer 2003, 36).

Unter Leitung der Nurse Practitioner finden mit dem Stationsteam tägliche Gesprächsrunden statt, in denen der Bedarf an Palliative Care von den Patienten besprochen wird. Demnach werden die Mitarbeiter direkt im Praxisalltag, beispielsweise im Bereich der Symptomlinderung, der emotionalen Unterstützung sowie der Identifizierung von persönlichen Zielen der Patienten für die End-of-Life Care, unterstützt. Neben der praktischen Unterstützung bietet die Nurse Practitioner zudem monatliche Schulungsprogramme für die Angestellten an und bildet angehende Intensivpflegende im Bereich der Palliative Care aus (Hurst; Whitmer 2003, 36). Die Verlegung auf eine Allgemeinstation bzw. die komplette Übernahme eines Patienten durch den Konsiliardienst kommt eher selten vor (Hurst; Whitmer 2003, 37).

Im Vergleich zum Modell des Detroit Receiving Hospitals zeichnet sich innerhalb dieses Modells ein sehr viel stärkeres Nebeneinander von Palliative und Critical Care ab. Durch

die Präsenz der Nurse Practitioner ist Palliative Care direkt auf der Intensivstation lokalisiert und findet dort Anwendung. Die Entwicklungstendenz palliativer Konsiliardienste geht damit in die richtige Richtung, weil sie sich dem geforderten Anspruch (siehe Kapitel 4.2) annähert.

#### **4.3.2 Der Nutzen palliativer Konsiliardienste**

In Kapitel 4.2 wird der palliative Konsiliardienst als eine große Hilfe auf dem Weg bis hin zu einer festen Integration palliativer Aspekte im Bereich der Critical Care dargestellt. Worin besteht aber nun genau diese Hilfe und inwiefern kann er als eine Brücke zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand fungieren?

Zunächst ist hier das Wissensdefizit seitens des Intensivpersonals in Bezug auf Palliative Care anzuführen (siehe Kapitel 4.1), das mit Hilfe des palliativen Konsiliardienstes überbrückt werden kann (Campbell; Guzman 2004, 1842). In Zusammenarbeit mit palliativer Expertise lernen sie einzuschätzen, welcher Patient, welche Angehörigen von palliativen Maßnahmen profitieren könnten. Was sind Vorlieben des Patienten? Wie sollte die weitere Behandlung aussehen, um den Wünschen des Patienten zu entsprechen? – Fragen, für die das Intensivpersonal durch den Dienst sensibilisiert werden kann (Curtis; Rubenfeld 2005, 842 f.). Ob durch die direkte Zusammenarbeit oder durch Schulungsprogramme, wie sie im Good Samaritan Regional Medical Center (siehe Kapitel 4.3.1) stattfinden, tragen palliative Konsiliardienste des Weiteren dazu bei, die Kompetenzen im Bereich der Kommunikation und des Symptommanagements auszubauen (Curtis; Rubenfeld 2005, 841). Große Bedeutung ist mit Blick auf die Hindernisse (siehe Kapitel 4.1) der Aufklärung insbesondere der Ärzte zuzusprechen. Diese sind nicht selten der Meinung, dass Palliative Care erst dann nützlich wird, wenn eine Entscheidung gegen den Lebenserhalt getroffen wurde. Dieses Wissensdefizit anzugehen, den Ärzten aufzuzeigen, dass Palliative Care lebensbedrohten Patienten während der intensivmedizinischen Therapie, „whether or not they go on to die“ (Curtis; Rubenfeld 2005, 844) zugute kommen kann, ist eine weitere Aufgabe der palliativen Expertise. Beispielhaft sind damit Möglichkeiten aufgezeigt, wie mit Hilfe des Konsiliardienstes Wissensdefizite vermindert oder gar überbrückt werden können. Er kann so eine Basis für die feste Integration ergänzender palliativer Aspekte in die Critical Care aufbauen (Campbell; Guzman 2004, 1842).

Wie sieht nun der Nutzen für den Betroffenen, den lebensbedrohten Patienten selbst aus? Mit Hilfe des Konsiliardienstes können dem Patienten und seiner Familie bereits heute

palliative Interventionsmöglichkeiten angeboten werden. Der Einsatz eines solchen Dienstes stellt demnach auch hier eine Art der Überbrückung dar (Campbell 2006, 356). Wie letzten Endes allerdings die Patienten der Intensivstation die Unterstützung des Dienstes empfinden, ist eine Frage, deren Beantwortung sich schwierig gestaltet. So befinden sich Patienten im Bereich der Critical Care nicht selten in einem deliranten, bewusstseinseingetrübten Zustand, was eine Befragung gar unmöglich macht. In der Folge mangelt es an Untersuchungen, die genau an dieser Perspektive, der Perspektive des Patienten, ausgerichtet sind (Campbell 2006, 356 f.). Laut Campbell erschließt sich allerdings: „Positive patient or family outcomes such as improved symptom management or enhanced communication can be inferred because these are the inherent expertise brought to a case from a palliative care consult.“ (Campbell 2006, 357).

Unterstützend können an dieser Stelle Studien herangezogen werden. Sie finden zwar nicht auf einer solch individuellen, sondern eher auf einer systematischen Ebene statt, können aber dennoch auf den Nutzen für den Patienten hinweisen: Studienergebnisse von Campbell und Guzman am Detroit Receiving Hospital (Campbell; Guzman 2003, 266-271 und Campbell; Guzman 2004, 1839-1843) zeigen positive Auswirkungen des frühzeitigen Einsatzes palliativer Konsiliardienste speziell für Patienten mit „global cerebral ischemia ... and multiple organ system failure“ (Campbell; Guzman 2003, 266) sowie mit „terminal dementia“ (Campbell; Guzman 2004, 1839) auf. Konkret sind dies verkürzte Liegezeiten im Krankenhaus oder auf der Intensivstation. Ergänzend konnte unter Einfluss des palliativen Konsiliardienstes die Durchführung unnützer intensivmedizinischer Maßnahmen vermindert werden – im Gegenzug bestand die Möglichkeit, an Lebensqualität ausgerichtete, palliative Maßnahmen frühzeitig zu integrieren (Campbell; Guzman 2003, 266 und Campbell; Guzman 2004, 1839). Darüber hinaus ist auf eine weitere Studie von Norton et al. an der University of Rochester Medical Center zu verweisen (Norton et al. 2007, 1530-1535). Sie beschäftigt sich ebenfalls mit der Wirkung eines palliativen Konsiliardienstes zu einem frühen Zeitpunkt, umfasst dabei allerdings eine größere Patientengruppe, sogenannte „high-risk patients“ (Norton et al. 2007, 1530). Die Ergebnisse sind denen der Untersuchungen von Campbell und Guzman sehr ähnlich. Letzten Endes scheint es also, als könne mit Einsatz eines solchen Dienstes zumindest für eine bestimmte Patientengruppe „a protracted, potentially uncomfortable death“ (Campbell; Guzman 2004, 1842) auf der Intensivstation vermieden werden.

Schlussfolgernd kann an dieser Stelle der positive Nutzen eines Konsiliardienstes auf dem Weg zu einer festen Integration palliativer Aspekte in die Critical Care bestätigt werden. Er

bringt das Personal sowie die Patienten und ihre Angehörigen mit der palliativen Haltung in Kontakt. Des Weiteren schenkt er den Betroffenen schon heute die Möglichkeit einer Versorgung unter palliativen Aspekten, auch wenn dies heutzutage noch einer recht begrenzten Patientengruppe zugute kommt.

## 5 Schluss

Das Sterben ist ein häufig problembehafteter, verdrängter oder mit Tabus belegter Sachverhalt. Gleichzeitig erhebt die heutige Gesellschaft angesichts der medizinischen Erfolge im Hinblick auf lebensverlängernde Maßnahmen z.B. den Anspruch an ein humanes Sterben. Dieser Zielsetzung widmet sich die Palliative Care. Auch wenn die Critical Care ihr Augenmerk auf die Wiederherstellung der vitalen Funktionen richtet, muss sie sich den oben genannten Forderungen stellen. Ihren unterschiedlichen Zielen entsprechend legen Palliative und Critical Care verschiedene Schwerpunkte, die sich in ihrem Handeln widerspiegeln und letzten Endes große Unterschiede zwischen beiden Bereichen zur Folge haben. Begleitung durch palliative Expertise sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene, hier in Form des palliativen Konsiliardienstes, stellt nach bisherigen Forschungsbefunden eine sinnvolle Möglichkeit dar, Hindernissen zu begegnen und palliativen Aspekten Eingang in die Critical Care zu gewähren.

„Palliative Care und Critical Care – Widerspruch oder Ergänzung?“- so lautet die Thematik und zugleich die leitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit.

Ja, es besteht ein Widerspruch zwischen der Palliative und der Critical Care, und zwar genau dann, wenn beide ihr Handeln ausschließlich an ihrem Ziel ausrichten. Das eine kann nur auf Kosten des anderen erreicht werden, sodass letzten Endes, einzig und allein im Hinblick auf das Ziel, eine Vereinbarung nicht möglich ist.

Auf dem Weg der Annäherung stellt dieser Widerspruch ein klares Hindernis dar, das den Weg erschwert, eine Annäherung in Form einer Ergänzung allerdings nicht ausschließt. So ist eine Ergänzung der Critical Care durch palliative Aspekte möglich und sinnvoll. Erfahrungen sowie empirische Daten zum Einsatz palliativer Konsiliardienste belegen, dass Patienten der Intensivstation einen Nutzen von ergänzender Palliative Care haben.

Sicherlich besteht aber weiterer Entwicklungsbedarf im Bereich der Integration palliativer Aspekte in die Critical Care.

So werden palliative Konsiliardienste heutzutage recht spät in die Versorgung von Intensivpatienten integriert. Zwar gibt die Entwicklung Hinweise auf ein stärkeres Nebeneinander von palliativen und kurativen Aspekten, dennoch ist das Ausmaß von Palliative Care auf der Intensivstation noch stark auf die End-of-Life Care beschränkt. Es ist also das Sterben, das assoziativ mit der Palliative Care in Verbindung gebracht wird. War meine Sichtweise am Anfang der Arbeit ähnlich eingeschränkt, konnte sie doch im Verlauf geweitet werden: Palliative Care ist mehr als eine Versorgung, die ausschließlich

das Lebensende betrifft! Dies dem Intensivpersonal zu vermitteln, damit Palliative Care kontinuierlich und ausgehend vom Intensivpersonal selbst die Critical Care ergänzen kann – das stellt beide Bereiche vor große Herausforderungen. Der palliative Konsiliardienst ist hierbei sicherlich eine gute Möglichkeit, sich diesem Ziel und Anspruch zu nähern. Um allerdings das volle Ausmaß des Palliative Care-Konzeptes vermitteln zu können, muss die Entwicklung der Konsiliardienste hin zu einem immer stärker ausgeprägten Nebeneinander von kurativ und palliativ weitergehen. Anerkennung und Akzeptanz vor allem auf Seiten der Intensivmediziner, allerdings auch Verständnis seitens der palliativen Expertise sind dabei unumgänglich.

Welche Rolle können hier speziell die Intensivpflegenden einnehmen? Sie stehen den Patienten und Angehörigen zumeist recht nahe, können eine Situation häufig besser, realistischer, einschätzen und scheinen, dem Palliative Care Konzept offener gegenüber zu stehen als es Ärzte tun. Kann dies auf dem Weg bis hin zu einer festen Integration palliativer Aspekte genutzt werden? Können sie möglicherweise ein Bindeglied zwischen Palliative Care und speziell der Intensivmedizin darstellen? Und wenn ja, worin genau bestünden dann ihre Aufgaben?

Dies sind Fragen, die heutzutage sicherlich noch nicht oder nur unzureichend beantwortet werden können. Weiterer Forschungsbedarf ist damit vorhanden.

## Literaturverzeichnis

- Atkinson, Belinda L. (2002): Intensivpflege heute. In: Millar, Brian; Burnard, Philip (Hg.): Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Bern: Verlag Hans Huber, S. 39-57.
- Beck, Kerstin (2007): Pflegerische Praxis in Hospizen und auf Palliativstationen. Eine qualitative praxeologische Studie zur Strukturierung stationärer Schwerstkranken- und Sterbendenpflege. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Beckstrand, Renea L.; Kirchhoff, Karin T. (2005): Providing End-of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses` Perceived Obstacles and Supportive Behaviors. In: American Journal of Critical Care, Jg. 14, Nr. 5, S. 395-403.
- Beckstrand, Renea L.; Callister, Lynn Clark; Kirchhoff, Karin T. (2006): Providing a “Good Death”: Critical Care Nurses` Suggestions for Improving End-of-Life Care. In: American Journal of Critical Care, Jg. 15, Nr. 1, S. 38-45.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009): Daten des Gesundheitswesens 2009. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.  
In: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_151/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistisches\\_20Taschenbuch/DatendesGesundheitswesens2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/DatendesGesundheitswesens2009.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistisches_20Taschenbuch/DatendesGesundheitswesens2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/DatendesGesundheitswesens2009.pdf), zuletzt geprüft am 06.04.2010.
- Campbell, Margaret L.; Guzman, Jorge A. (2003): Impact of a Proactive Approach to Improve End-of-Life Care in a Medical ICU. In: Chest, Jg. 123, Nr. 1, S. 266-271.
- Campbell, Margaret L.; Guzman, Jorge A. (2004): A proactive approach to improve end-of-life care in a medical intensive care unit for patients with terminal dementia. In: Critical Care Medicine, Jg. 32, Nr. 9, S. 1839-1843.

- Campbell, Margaret L. (2006): Palliative care consultation in the intensive care unit. In: *Critical Care Medicine*, Jg. 34, Nr. 11, S. 355-358.
- Carlet, Jean; Thijs, Lambertus G. ; Antonelli, Massimo; Cassell, Joan; Cox, Peter; Hill, Nicholas; Hinds, Charles; Pimentel, Jorge Manuel; Reinhart, Konrad; Thompson, Boyd Taylor (2004): Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5<sup>th</sup> International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. In: *Intensive care medicine*, Jg. 30, Nr. 5, S. 770-784.
- Carlson, Richard W.; Devich, Lynn; Frank, Robert R. (1988): Development of a Comprehensive Supportive Care Team for the Hopelessly Ill on a University Hospital Medical Service. In: *Jama*, Jg. 259, Nr. 3, S. 378-383.
- Clemens, Katri Elina; Klaschik, Eberhard (2009): Integration palliativmedizinischer Prinzipien in die Behandlung von Intensivpatienten. Vom „shared decision making“ und der Begleitung von Angehörigen. In: *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*, Jg. 44, Nr. 2, S. 88-94.
- Curtis, J. Randall; Rubenfeld, Gordon D. (2005): Improving Palliative Care For Patients In The Intensive Care Unit. In: *Journal of Palliative Medicine*, Jg. 8, Nr. 4, S. 840-854.
- Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege e.V. (DGF) (2002): Pflegeleitbild der Intensivpflege (DGF). *Pflegephilosophie*. In: Millar, Brian; Burnard, Philip (Hg.): *Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 515-518.
- Dracup, Kathleen; Bryan-Brown, Christopher W. (2005): Dying in the Intensive Care Unit. In: *American Journal of Critical Care*, Jg. 14, Nr. 6, S. 456-458.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (2005): Versorgung am Ende des Lebens – Einführung. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.): *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 7-17.

- Farnung, Angelika (2006): Supervision von Pflegenden im Hospiz: Innehalten, damit das Aushalten endet. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 166-171.
- Freilinger, Franz (2009): Christ, Muslim, Buddhist ... Im Sterben alle gleich? Sozioökonomische Aspekte. Symposium der AG Viatikum im Landeskrankenhaus Rankweil am 19. März 2009.  
In: [http://www.khbg.at/redaktion/uploads/files/ed144a1643e9882173ffa284c31d3f86/sozio\\_konomische\\_aspekte.pdf](http://www.khbg.at/redaktion/uploads/files/ed144a1643e9882173ffa284c31d3f86/sozio_konomische_aspekte.pdf), zuletzt geprüft am 25.05.2010.
- Friesacher, Heiner (2005): Pflegeverständnis. In: Ullrich, Lothar; Stolecki, Dietmar; Grünewald, Matthias (Hg.): Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 38-45.
- Grünewald, Matthias; Stolecki, Dietmar; Ullrich, Lothar (2005): Arbeitsfeld Intensivstation und Anästhesie. In: Ullrich, Lothar; Stolecki, Dietmar; Grünewald, Matthias (Hg.): Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 10-20.
- Hamric, Ann B.; Blackhall, Leslie J. (2007): Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. In: Critical Care Medicine, Jg. 35, Nr. 2, S. 422-429.
- Heimerl, Katharina; Pleschberger, Sabine (2005): Palliative Versorgung in Deutschland und Österreich: Angebote und Strukturen. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (Hg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2. Auflage. Wien: Facultas Universitätsverlag, S. 46-66.
- Hurst, Sue; Whitmer, Mary (2003): Palliative Care Services. In: Dimensions of Critical Care Nursing, Jg. 22, Nr. 1, S. 35-38.

- Kettler, Dietrich; Beck, Dietmar; Rathgeber, Jörg (2000): Palliativ- und Intensivmedizin – Unterschiede und Gemeinsamkeiten. In: Aulbert, Eberhard; Klaschik, Eberhard; Pilchmaier, Heinz (Hg.): Palliativmedizin – Verpflichtung zur Interdisziplinarität. Stuttgart: Schattauer, S. 70-85.
- Klie, Thomas; Stascheit, Ulrich (Hg.) (2007): Gesetze für Pflegeberufe. 10. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 499-738.
- Kränzle, Susanne (2006): Stationäres Hospiz. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 116-127.
- Kurmann, Christel; Baumann, Peter C.; Frey, Pius (1999): Organisation der Intensivstation. In: Baumann Peter C.; Frey, Pius; Kurmann, Christel; Pasch, Thomas (Hg.): Anästhesiologie und Intensivmedizin. Ein Lehrbuch für Pflegenden und Medizinstudenten. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 20-31.
- Larsen, Reinhard (2004): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 6. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Levy, Mitchell; McBride, Deborah L. (2006): End-of-life care in the intensive care unit: State of the art in 2006. In: Critical Care Medicine, Jg. 34, Nr. 11, S. 306-308.
- Montag, Thomas; Ostgathe, Christoph; Kern, Martina (2007): Besonderheiten der Pflege in der Palliativmedizin. Nursing in Palliative Care. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, Jg. 8, Nr. 3, S. 101-111.
- Morrison, Paul (2002): Psychologische Aspekte der Pflege. In: Millar, Brian; Burnard, Philip (Hg.): Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Bern: Verlag Hans Huber, S. 379-400.

- Moss, Alvin H.; Demanelis, Angela Reed; Murray, Jessica; Jack, Justin (2005): Barriers to Quality End-of-Life Care in West Virginia ICU Units: Physicians` and Nurses` Prospectives. In: West Virginia Medical Journal, Jg. 101, Nr. 5, S. 200-204.
- Müller-Busch, H. Christof (2001): Intensivmedizin – Palliativmedizin Widerspruch oder Ergänzung? Gedanken zu ethischen Fragen und Prinzipien bei der Behandlung sterbenskranker Menschen. In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Jg. 36, Nr. 12, S. 726-734.
- Müller-Busch, H. Christof (2006): Palliative Care in der Spezialversorgung. In: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber, S. 67-72.
- Mularski, Richard A.; Heine, Carlton E.; Osborne, Molly L.; Ganzini, Linda; Curtis, J. Randall (2005): Quality of Dying in the ICU. Ratings by Family Members. In: Chest, Jg. 128, Nr. 1, S. 280-287.
- Nassehi, Armin (2010): Sterben müssen, sterben wollen. Die Öffentlichkeit spricht heute nicht mehr über den Tod, sondern nur noch über den Weg dorthin. Ein Erklärungsversuch. In: Die Zeit, Nr. 14, S. 44.
- Nelson, Judith E. (2006): Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in the intensive care unit. In: Critical Care Medicine, Jg. 34, Nr. 11, S. 324-331.
- Nelson, Judith E.; Angus, Derek C.; Weissfeld, Lisa A.; Puntillo, Kathleen A.; Danis, Marion; Deal, David; Levy, Mitchell M.; Cook, Deborah J. (2006): End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. In: Critical Care Medicine, Jg. 34, Nr. 10, S. 2547-2553.
- Norton, Sally A.; Hogan, Laura A.; Holloway, Robert G.; Temkin-Greener, Helena; Buckley, Marcia J.; Quill, Timothy E. (2007): Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. In: Critical Care Medicine, Jg. 35, Nr. 6, S. 1530-1535.

- Pearce, Julie (2002): Kommunikation in der Intensivpflege. In: Millar, Brian; Burnard, Philip (Hg.): Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Bern: Verlag Hans Huber, S. 429-450.
- Pleschberger, Sabine (2001): Palliative Care: Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft.
- Pleschberger, Sabine (2006): Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber, S. 24-29.
- Prien, Thomas; Henning, Klaus; Van Aken, Hugo (2007): Organisatorische Grundlagen. In: Van Aken, Hugo; Reinhart, Konrad; Zimpfer, Michael; Welte Tobias (Hg.): Intensivmedizin. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 14-36.
- Prönneke, Rainer (2007): Palliativmedizin auf der Intensivstation – und umgekehrt? Heute stirbt man nicht so einfach... In: Die Hopiz-Zeitschrift, Jg. 9, Nr. 31, S. 9-13.
- Roller, Susanne; Bausewein, Claudia; Voltz, Raymond (2000): Tips für die tägliche Arbeit. In: Roller, Susanne; Bausewein, Claudia; Voltz, Raymond (Hg.): Leitfaden Palliativmedizin. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, S. 1-79.
- Salomon, Fred (2005): Möglichkeiten und Grenzen der Intensivmedizin. In: Ullrich, Lothar; Stolecki, Dietmar; Grünewald, Matthias (Hg.): Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 46-60.
- Schmid, Ulrike (2006): Umgang mit Verstorbenen. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 269-272.
- Schoene, P.; Herth, Felix J. F. (2009): Allgemeines. In: Haverkamp, Wilhelm; Herth, Felix; Messmann, Helmut (Hg.): Internistische Intensivmedizin. Methoden – Diagnostik – Therapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 2-10.

- Schors, Rainer (2000): Psychodynamik der Intensivmedizin/-pflege. In: Latasch, Leo; Ruck, Kurt; Seiz, Werner (Hg.): Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, S. 476-486.
- Seeger, Christa (2006 a): Interdisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung in der Hospizarbeit. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 151-163.
- Seeger, Christa (2006 b): Leitlinien der Palliative Care. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S.7-11.
- Singer, Peter A.; Bowman, Kerry W. (2005): Versorgungsqualität am Lebensende: Eine globale Herausforderung. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Verlag Hans Huber, S. 19-39.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.  
In: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1025344>, zuletzt geprüft am 25.05.2010.
- Steffen-Bürgi, Barbara (2006): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber, S. 30-38.
- Striebel, Hans Walter (2008): Operative Intensivmedizin. Sicherheit in der klinischen Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Student, Johann-Christoph; Napiwotzky, Annedore (2007): Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Thompson, David (2002): Tod und Sterben in der Intensivpflege. In: Millar, Brian; Burnard, Philip (Hg.): Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Bern: Verlag Hans Huber, S. 331-350.

Timm, Wencke (2000): Sterbebegleitung auf der Intensivstation. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Turnock, Christopher (2002): Technologie in der Intensivpflege. In: Millar, Brian; Burnard, Philip (Hg.): Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Bern: Verlag Hans Huber, S. 127-147.

World Health Organization (WHO) (2002): WHO Definition of Palliative Care. In: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, zuletzt geprüft am 06.04.2010.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift