

Setting Wachkoma -

Sichtweisen und Belastungen des
interprofessionellen Teams

Master Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Masters in Palliative Care an der

Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

eingereicht von

Andrea Pointner

am 06. August 2022

unter Betreuung von

Univ. Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl, Dipl. Pall. Med.

Abstract

Einleitung:

In dieser quantitativen Forschungsarbeit werden die Belastungen sowie die Sichtweisen des interprofessionellen Teams im Setting Wachkoma im Bundesland Oberösterreich, erhoben. Befragt wurde das Gesundheitspersonal, die Angehörigen von Menschen im Zustandsbild Wachkoma, sowie die Ärzteschaft.

Material und Methoden:

In dieser Masterthesis wurde für die quantitative Datenerhebung die schriftliche Befragung in Form von Fragebögen gewählt, da in Bezug auf die Thematik bisher lediglich qualitative Erhebungen durchgeführt wurden. Die Befragung mittels Klumpenstichprobe erfolgte in den vier Wachkomastationen in Oberösterreich.

Die quantitativen Daten wurden in das Programm Microsoft Office Excel 2016 transferiert und mit Hilfe von Tabellen ausgewertet.

Ergebnisse:

Das Gesundheitspersonal ist unter anderem durch Personalmangel, Leid von Patient*innen, Zeitdruck, fordernden Angehörigen und auch durch mangelnde ethische Kompetenz der Ärzteschaft belastet.

Angehörige sind grundsätzlich mit der Pflege, Therapie und ärztlichen Betreuung zufrieden. Hohe Belastungssituationen werden durch die Veränderungen in ihrem sozialen Umfeld, körperlichen Veränderungen des Menschen im Wachkoma sowie die subjektiv eingeschätzte schlechte Lebensqualität der/des Patient*in, angegeben.

Mediziner*innen belastet die veränderte Kommunikation mit den Menschen im Zustandsbild Wachkoma sowie der bestehende Zweifel an der Diagnosestellung und das Leid der Patient*innen.

Schlussfolgerung:

Die Belastungen des Gesundheitspersonals im Setting Wachkoma sind kompatibel mit jenem aus anderen Bereichen. Angehörige haben andere Sichtweisen als das pflegende Personal, Therapeut*innen und Mediziner*innen. Ärzte weisen ähnliche belastende Faktoren wie das Gesundheitspersonal auf.

Inhalt

Abstract

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung | 6 |
| 1.1 Problemlage | 8 |
| 1.2 Fragestellung | 11 |
| 1.3 Ziel der Arbeit | 11 |
| 1.4 Hypothesen | 11 |
| 2. Wachkoma | 12 |
| 3. Qualitative Voraussetzung an das interprofessionelle Team | 16 |
| 3.1 Ärztliches Personal..... | 16 |
| 3.2 Pflegepersonal | 16 |
| 3.2.1 Kinästhetik | 16 |
| 3.2.2 Bobath..... | 17 |
| 3.2.3 Basale Stimulation | 17 |
| 3.2.4 Affolter..... | 17 |
| 3.3 Gehobener medizinisch-technischer Dienst | 18 |
| 3.3.1 Physiotherapeut*innen | 19 |
| 3.3.2 Ergotherapeut*innen | 19 |
| 3.3.3 Logopäd*innen..... | 19 |
| 3.4 Team..... | 19 |
| 3.5 Angehörige | 20 |
| 3.6 Qualitätskriterien für die Pflege von Menschen im Wachkoma..... | 20 |
| 4. Belastungen an das Gesundheitspersonal sowie der behandelnden Ärzt*innen | 22 |
| 4.1 Belastungen für die Mediziner*innen | 23 |
| 4.2 Belastungen für das Gesundheitspersonal..... | 24 |
| 4.2.1 Belastung durch strukturelle Anforderungen | 26 |
| 4.2.2 Belastung durch die Pfl egetätigkeit..... | 26 |
| 4.2.3 Belastung durch psychosoziale Anforderungen | 26 |
| 5. Belastungen der Angehörigen | 28 |
| 6. Ethische Belastungen | 31 |
| 6.1 Entscheidungsfindung | 31 |
| 6.2 Sterbehilfedebatte | 34 |
| 7. Empirischer Abschnitt | 37 |
| 7.1 Literaturrecherche | 37 |
| 7.2 Quantitativer Forschungsansatz | 37 |
| 7.2.1 Begründung für das quantitative Vorgehen..... | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 7.3 Methode der Datenerhebung | 38 |
| 7.3.1 Prätest..... | 39 |
| 7.3.2 Gütekriterien der quantitativen Forschung | 39 |
| 7.4 Durchführung der Datenerhebung | 40 |
| 7.4.1 Beschreibung der Stichprobe..... | 40 |
| 7.4.2 Das Messinstrument | 41 |
| 7.5 Ethische Aspekte..... | 41 |
| 7.6 Methode der Datenauswertung..... | 41 |
| 8. Datenauswertung..... | 42 |
| 8.1 Auswertung Teil A | 42 |
| 8.1.1 Gesundheitspersonal | 42 |
| 8.1.2 Angehörige..... | 44 |
| 8.1.3 Mediziner*innen | 45 |
| 8.2 Auswertung Teil B | 46 |
| 8.2.1 Gesundheitspersonal | 46 |
| 8.2.2 Angehörige..... | 55 |
| 8.2.3 Mediziner*innen | 60 |
| 8.3 Auswertung Teil C | 61 |
| 8.3.1 Gesundheitspersonal | 61 |
| 8.3.2 Angehörige..... | 67 |
| 8.3.3 Mediziner*innen | 70 |
| 8.4 Auswertung Teil D | 72 |
| 8.4.1 Gesundheitspersonal | 72 |
| 8.4.2 Angehörige..... | 75 |
| 8.4.3 Mediziner*innen | 77 |
| 9. Darstellung der Ergebnisse..... | 79 |
| 9.1 Belastungen des betreuenden Gesundheitspersonals..... | 79 |
| 9.2 Belastungen der Angehörigen | 83 |
| 9.3 Belastungen der Mediziner*innen | 84 |
| 9.4 Unterscheidung der Belastungen im interprofessionellem Team | 85 |
| 9.5 Palliative Care | 87 |
| 10. Diskussion und Schlussfolgerung | 88 |
| 11. Deutschsprachiges Literaturverzeichnis | 89 |
| 12. Englischsprachiges Literaturverzeichnis..... | 95 |
| 13. Französischsprachiges Literaturverzeichnis | 98 |
| 14. Italienischsprachiges Literaturverzeichnis | 98 |
| 15. Anhang A – E-Mail - Ethikkommission | 99 |

| | |
|--|------------|
| 16. Anhang B – Fragebogen Gesundheitspersonal..... | 100 |
| 17. Anhang C – Fragebogen Angehörige | 101 |
| 18. Anhang D – Fragebogen für Ärzt*innen | 110 |
| 19. Erklärung zur Erstellung der Einzelarbeit | 129 |

1. Einleitung

Aufbauend auf der Expertenarbeit – Gesellschaftliche Herausforderungen – Wachkoma möchte die Autorin nun die Sichtweisen und Belastungen der Angehörigen, des Gesundheitspersonals und der Ärzt*innen im Setting Wachkoma explizit hervorheben und genauer unter die Lupe nehmen. Somit kommt es auch zu Vergleichen aus ihrer derzeit noch unveröffentlichten, Arbeit.

Aufgrund von Erfahrungen der Autorin, kommt es besonders in spezialisierten Langzeit-einrichtungen immer wieder zu Konflikten zwischen Gesundheitspersonal, Angehörigen und Ärzt*innen. Um solchen Situationen vorzubeugen beziehungsweise diese zu entschärfen, ist grundsätzlich die Erhebung der Anforderungen als auch der Belastungen erforderlich. Bei der Erörterung dieser beiden Tatsachen, verschmelzen die Ergebnisse der jeweiligen Mitglieder des interprofessionellen Teams des Öfteren miteinander.

Das erste Kapitel dieser Arbeit beschäftigt sich mit der grundsätzlichen Problemstellung, sowie der Fragestellung gefolgt von der Zielsetzung mit anschließender Hypothesenbildung.

Nachfolgend geht die Autorin mit einer Erklärung bezugnehmend auf das Zustandbild Wachkoma ein.

Im dritten Abschnitt werden die qualitativen Voraussetzungen an das interprofessionelle Team sowie die Qualitätskriterien für die Pflege von Menschen im Wachkoma beschrieben, um daraus auf die eventuellen Belastungen schließen zu können.

Anschließend sind die möglichen, gemeinsamen Belastungen des Gesundheitspersonals sowie der Ärzteschaft aufgezeigt. In Unterpunkten wird in Folge auf die einzelnen Berufsgruppen eingegangen. Diese Fakten sind erneut aus Studien belegbar.

Das fünfte Kapitel beinhaltet die möglichen Belastungen der Angehörigen. Diverse Studien werden in diesem Teil der Master Thesis als Grundlage verwendet.

Der sechste Abschnitt beschäftigt sich mit den ethischen Herausforderungen des interprofessionellen Teams.

Der nächste große Beitrag beschäftigt sich mit dem empirischen Abschnitt. Die Literaturrecherche sowie der quantitative Forschungsansatz als auch die Begründung für dieses Vorgehen wird dargelegt. Gefolgt von der Erläuterung der Datenerhebungsmethode,

sowie der Durchführung des Prätests als auch der Datenerhebung an sich. Folgend sind die Methode der Datenauswertung sowie die daraus resultierenden Ergebnisse dargestellt.

1.1 Problemlage

Angehörige von Menschen im Zustandsbild Wachkoma durchleben bereits ab dem Akutereignis, welches ihr Familienmitglied in eine komaähnliche Situation bringt, eine einschneidende und drastische Zeit. Der Schock, bezogen auf die Ursache, überschattet die erste Zeit der Phase im Akutkrankenhaus. Der Mensch im Krankbett ist eventuell durch Schläuche, Verbände und apparative Maßnahmen kaum zu erkennen. Im Verwandtenkreis treten viele Fragen in den Vordergrund. Warum wacht sie/er nicht auf? Wie geht es weiter? Warum werden wir nicht adäquat aufgeklärt (Steinbach & Donis, 2019; 143f.)?

Chiambretto & Guarnerio (2007; 13) fanden nur wenige Studien, welche sich mit der Situation der Angehörigen befasst haben. Der psychische Druck und die damit verbundenen emotionalen Reaktionen führen zu einer Inakzeptanz der Diagnose, sowie Angst, Schock, Wut, Depressionen und Schuldgefühlen. Zusätzlich können Familienmitglieder eine Aggression gegenüber dem Gesundheitspersonal entwickeln.

Stabilisiert sich nun der Zustand des Menschen im „Koma“ und sie/er öffnet die Augen, kann sich aber verbal nicht ausdrücken, geschweige den Aufforderungen folgen, kommt es zum nächsten Schlag. Hoffnungslosigkeit, Ratlosigkeit und Trauer begleiten das familiäre Umfeld (Steinbach & Donis, 2019; 144).

Durch seine Komplexität ist das apallische Syndrom, Wachkoma, unresponsive wakefulness syndrom (UWS) oder auch permanenter vegetativer Zustand (PVS) genannt, schwer zu diagnostizieren. Die Unterscheidung zwischen MCS, also dem minimalbewussten Zustand und dem apallischen Syndrom, ist Grundvoraussetzung für eine mögliche Prognosestellung. Die Behandlung sowie die Prognosestellung gestaltet sich schwierig. Mehrere Autoren beschreiben bis heute eine 18-43%ige Fehldiagnosenrate (Giacino et al., 2018; 461; Schnakers et al., 2009; Zieger, 2011; 4; Steinbach & Donis, 2019; 35).

Der Mensch im Zustandsbild Wachkoma wird im folgenden Verlauf auf eine Normalstation verlegt. Oft fühlen Angehörige eine Missbilligung des Personals, welche Wut, Verzweiflung und Angst schürt. Zusätzlich sind die Familienmitglieder angehalten, möglichst bald einen ordnungsgemäßen Pflegeplatz oder eine Rehabilitationsmöglichkeit für die/den Patient*in zu finden. Selbstverständlich sind teilweise auch Einrichtungen vorhanden, welche sich dieser Problematik widmen und den Angehörigen somit Entlastung anbieten (Steinbach & Donis, 2019; 144f.).

Ist ein Rehabilitationsplatz gefunden, fassen die Familienmitglieder vorerst wieder Hoffnung. Jedoch kommt es immer wieder zu Situationen, in welchen dem Gesundheitspersonal Vorwürfe, bezogen auf die Pflege und Therapie gemacht wird, da keine offensichtlichen Fortschritte und Zustandsverbesserungen erkennbar sind (Steinbach & Donis, 2019; 145).

Die nächste Krisensituation tritt ein, wenn die Thematik nach einer qualifizierten Langzeiteinrichtung angesprochen wird. Obwohl es für Wachkomapatient*innen zwar spezialisierte und qualifizierte Einrichtungen gibt, bedeutet dies nicht, dass jederzeit ein Behandlungsplatz zur Verfügung steht. Die Angst den Vater, die Mutter, die Tochter oder den Sohn in ein Pflegeheim „abzuschieben“, löst viele Emotionen aus (Steinbach & Donis, 2019; 145).

Ist nun eine angemessene Langzeiteinrichtung gefunden und der Mensch im Zustandsbild Wachkoma dorthin verlegt worden, kommt es bei den Angehörigen oft zur Verleugnung der Realität. Aufklärungsgespräche werden kaum wahrgenommen und der Inhalt dieser Gespräche verliert sich innerhalb kürzester Zeit. Familienmitglieder recherchieren im Internet, wollen alles Erdenkliche für ihre/ihren Liebe/n erwirken und fordern vom behandelnden Personal diese Maßnahmen. Wenn durch erneute fachliche Gespräche, bezogen auf diese Therapiemöglichkeiten, jedoch keine realistischen Verbesserungen zugesprochen werden, kommt es erneut zu Konfrontationen mit dem behandelnden Personal (Steinbach & Donis, 2019; 149).

Lt. Hannich (2010) leiden Angehörige von Wachkomapatient*innen an einer sogenannten emotionalen Betroffenheit. Dies beinhaltet den individuellen Konflikt mit der Akzeptanz der Behinderung des geliebten Menschen sowie schwankende Hoffnung, Angst vor Komplikationen und somit Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit, als auch das veränderte Verhalten der/des Wachkomapatient*in, können belastend auf die Angehörigen einwirken.

Crawford & Beaumont (2005) beschreiben, dass Familienmitglieder, sobald die Akzeptanz des irreversiblen Zustands ihrer/ihres Lieben eingetreten ist, einen schweren Verlust erleiden, jedoch nicht in der Lage wären zu trauern, da die/der Patient*in weiterhin am Leben ist.

Wasner (2013; 10) gibt an, dass Angehörige vom betreuenden Team zwar als Resource wahrgenommen und eingesetzt werden, jedoch die Betroffenheit der Familienmitglieder mit deren Bedürfnissen häufig übersehen werden. Diese Menschen leiden

mitunter an physischen sowie psychischen Problemen infolge der enormen Belastungen. Aufgrund ihres Engagements für die/den Kranke*n vergessen, beziehungsweise vernachlässigen Angehörige oft ihre eigenen Bedürfnisse.

Lt. Steinbach & Donis (2019; 136) stoßen alle Berufsgruppen, welche im Langzeitbereich tätig sind, durch die hohen Ansprüche der Wachkomapatient*innen sowie deren häufig sehr engagierten Angehörigen, an die Grenzen ihrer Fachkompetenz.

Gosseries et al. (2012; 1f.) beziehen sich auf einen Artikel von Maslach, Schaufeli & Leiter (2001). Diese beschreiben, dass das behandelnde Team in Bezug auf die vollkommene Abhängigkeit der/des Patient*in, sehr vielen emotionalen sowie praktischen Herausforderungen gegenübersteht. Aufgrund der geringen Heilungschancen, lebensbedrohlicher Komplikationen sowie daraus resultierenden Tod der/des Patient*in und die möglichen Konfliktsituationen mit Angehörigen, darf der emotionale Zusammenhang in diesem Setting nicht unterschätzt werden. Aus diesen genannten möglichen Problematiken, kann eine schwere psychische Belastungssituation bis hin zum Burnout entstehen.

Das Gesundheitspersonal und Ärzt*innen haben lt. verschiedenen empirischen Studien, unterschiedliche Sichtweisen bezogen auf ethische Überlegungen wie Therapiebegrenzung beziehungsweise Therapieabbruch (Sauer, 2014; 124).

1.2 Fragestellung

Welche Belastungen empfinden Angehörige von Wachkomapatient*innen?

Welchen Belastungen ist das betreuende Gesundheitspersonal ausgesetzt?

Welche Belastungen geben betreuende Ärzt*innen, im Setting einer Wachkomastation an?

Worin unterscheiden sich die Belastungen von Angehörigen, Gesundheitspersonal und Ärzt*innen?

1.3 Ziel der Arbeit

Das Aufzeigen der Belastungen des interprofessionellen Teams ist in dieser Arbeit vorrangig, um mögliche Interventionen zur gegenseitigen Unterstützung zu erarbeiten und im Setting einer Wachkomastation zu integrieren.

1.4 Hypothesen

Angehörige von Wachkomapatienten sind durch die Veränderung in ihrem sozialen Umfeld sowie der Annahme, die/der Mensch im Zustandsbild Wachkoma hat keine Lebensqualität, belastet.

Das betreuende Gesundheitspersonal fühlt sich aufgrund des Leides der Patient*innen, durch Zeitdruck, Personalmangel und Konfliktsituationen belastet.

Mediziner*innen empfinden durch das Leid der Patient*innen, dem Zweifel an der Diagnosestellung sowie der veränderten Kommunikation mit den Menschen im Wachkoma, eine Belastung.

Angehörige haben andere Sichtweisen in Bezug auf Belastungen als das betreuende Personal.

2. Wachkoma

Chiambretto & Guarnerio (2007; 12f.) geben an, dass der vegetative Zustand in den westlichen Ländern, aufgrund der medizinischen Fortschritte, immer häufiger auftritt. Vor dieser Weiterentwicklung wären diese Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit verstorben.

Laut der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft (2021) bedeutet Wachkoma, auch als apallisches Syndrom bezeichnet, eine chronische Bewusstseinsstörung durch eine komplexe Beschädigung des Gehirns, hauptsächlich ausgelöst durch Sauerstoffmangel, Gehirnblutungen oder Schädelhirntraumen. Nach dem ursprünglichen Koma ist es dem Menschen, mittlerweile im Wachkoma, zwar möglich die Augen zu öffnen, allerdings kann auf äußere Reize nicht stimmig reagiert werden. Somit ist die Wahrnehmung des Betroffenen zu sich selbst, als auch zu seiner Umgebung schwer eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden. Es zeigen sich beträchtliche Lähmungen, die Kontrolle von Ausscheidungsorganen geht verloren und eine sprachliche Verständigung ist nicht mehr möglich. Herz und Lunge dagegen bleiben sehr häufig unbeeinträchtigt. Menschen im Wachkoma leiden an einer massiven Hirnschädigung und sind keinesfalls sterbend oder „hirntod“. Vollkommene Pflege und Begleitung ist in dieser Situation obligat.

Laut Gosseries et al. (2012; 1f.) können Menschen nach einer zerebralen Schädigung, ob nun ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall, beziehungsweise nach einem Schädel-Hirn-Trauma, aus dem Koma erwachen. Jedoch erlangen diese Patient*innen ihre ursprünglichen Fähigkeiten nicht mehr zurück. Hierbei werden zwei Arten von veränderten Bewusstseinszuständen beschrieben. Einerseits der permanente vegetative Zustand (PVS), auch das Syndrom des nicht ansprechbaren Wachseins genannt. Dies ist durch reflexartige Bewegungen gekennzeichnet. Die/Der Patient*in erwacht aus dem Koma, ist jedoch nicht kontaktfähig.

Holland, Kitzinger & Kitzinger (2014; 413f.) beschreiben den PVS als schwere Schädigung von Gehirnteilen, welche für das Bewusstsein verantwortlich sind, wobei jedoch ausreichend Aktivität des Hirnstammes vorhanden bleibt, um die lebenswichtigen Funktionen wie Kreislauf und Atmung, aufrecht erhalten zu können.

Andererseits wird der minimale bewusste Zustand (MCS), welcher durch unübersichtliches Vorhandensein von Bewusstsein, jedoch, durch die/den Patient*in, nachvollziehbar vermittelten Verhaltensweisen, beschrieben (Gosseries et al., 2012; 1f.).

Holland, Kitzinger & Kitzinger (2014; 1f.) beziehen sich auf einen Artikel von Giacino et al. (2002) und stellen den Zustand des MCS als minimales, jedoch klar sichtbare Anzeichen für Bewusstsein, bezogen auf den betroffenen Menschen selbst sowie ihre/seine Umwelt, dar. Patient*innen im MCS zeigen, zusätzlich zu den im vorderen Absatz erwähnten Verhaltensweisen, auch ein gewisses Ausmaß an Kommunikation mit der Umwelt.

Laut REHAB aktuell (2009) wird Wachkoma wie folgt definiert:

„Menschen im Wachkoma sind nicht sterbend, nicht Hirntod, nicht unheilbar krank und nicht auf Maschinen angewiesen. Menschen im Wachkoma sind Schwerstkranke und/oder -Verunfallte mit unsicherer Prognose, über die wir noch zu wenig wissen. Sie brauchen unsere Pflege und Unterstützung.“

Die Überlebensprognose im Wachkoma ist vermindert, vor allem nach einem hypoxischen Geschehen. Je länger das Akutereignis her ist, umso unwahrscheinlicher wird es, das Bewusstsein wieder zu erlangen. Allerdings gibt die Literatur an, dass es bei etwa zwei Drittel der Betroffenen möglich ist, ein frühes Remissionsstadium zu erreichen. Dies bedeutet, dass ein minimales emotionales Kommunikationsvermögen erlangt werden kann (Zieger, 2018; zit. aus Kränzle et al. 2018; 334).

Aufgrund bildgebender Verfahren wird angenommen, dass Wachkomapatienten auch dann etwas empfinden und wahrnehmen, wenn sie äußerlich nicht reagieren. Diese Erkenntnisse sind wesentlich für eine adäquate, empathische, mitmenschliche und kommunikative Pflege und Begleitung (Hannich, 1993; 219ff.; Hannich & Dierkes, 1996; 4ff.).

Gosseries et al. (2012; 1) beschreiben nach Maslach & Schaufeli (2001), dass manche Menschen teilweise über Jahre, in denen sie nicht mit ihrer Umwelt interagieren können, in diesem Zustand bleiben. Diese Patient*innen leiden an beträchtlichen Lähmungen und Spastiken. Eine Versorgung mit einer PEG Sonde zur Nahrungs- und Flüssigkeitssubstitution ist obligat. Einige dieser Menschen können zusätzlich tracheotomiert sein.

Menschen im Wachkoma oder minimalem Bewusstsein (MCS) erfordern eine langwierige permanente Pflege und Aufmerksamkeit. Wenig oder keine Reaktion dieser Patient*innen konfrontiert das Gesundheitspersonal in Besonderen. Jedoch stellen Menschen mit eingeschränktem Bewusstsein eine wachsende Bevölkerungsgruppe dar. Aufgrund des medizinischen Fortschritts können Patient*innen mit erworbenen schweren Hirnschäden überleben (Silva & Menezes, 2008; 921).

Laut den Empfehlungen der österreichischen und deutschen Gesellschaft für Neuro-Rehabilitation sowie die deutsche Bundesarbeitsgemeinschaft stellt Donis (2019; 123) die Phasen der Rehabilitation dar.

Diese Phasen werden in A bis F beschrieben.

Die **Phase A** – Die/Der Patient*in ist im Akutstadium und liegt tief im Koma. Im Normalfall erfolgt die Behandlung und Betreuung auf einer Intensivstation, da dieses Krankheitsbild eine Vielzahl von technischen Maßnahmen wie beispielsweise umfassendes Monitoring sowie eine Beatmungsmöglichkeit erfordert. Das grundsätzliche Geschehen wird behandelt, um die Gehirnschädigung zu minimieren beziehungsweise einer weiteren Schädigung vorzubeugen. Die Prävention lebensbedrohlicher Komplikationen rückt in den Fokus. In dieser Phase müssen die speziellen Bedürfnisse der/des Patient*in beachtet werden und jegliche prophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden, um zusätzliche Schädigungen wie beispielsweise Dekubiti und / oder Kontrakturen zu vermeiden (Donis, 2019; 125).

Die **Phase B** wird auch als Phase der Frührehabilitation bezeichnet. Sie ist nach wie vor durch eine stark beeinträchtigte Bewusstseinslage gekennzeichnet. Die/Der Patient*in ist jedoch nicht mehr von einer Beatmungsmaschine abhängig und stabil, bezogen auf den Kreislauf. Menschen in diesem Zustandsbild sind im Normalfall noch mit einem Tracheostoma, einer PEG Sonde zur Ernährungs- und Flüssigkeitsgabe sowie einem Harnableitungssystem versorgt. In dieser Phase sind Komplikationen häufig zu erwarten, weshalb intensivmedizinische Behandlung jederzeit zu gewährleisten ist. Die Remission kann besonders in der Phase B, trotz aller Bemühungen, stagnieren. Sollte dies eintreten, ist es für diese Patient*innen vorteilhaft, sie in eine spezialisierte Langzeiteinrichtung zu verlegen. Diesem Zustandsbild wird dann die Rehabilitationsphase F(b) zugewiesen (Donis, 2019; 125ff.).

Die **Phase C** bezieht sich auf die weiterführende Rehabilitation. Der pflegerische Aufwand ist immer noch enorm, jedoch ist die/der Patient*in zunehmend bewusstseinsklar, compliant, sowie teilorientiert. Sie/Er sind bereits in der Lage drei Stunden Therapie am Tag zu schaffen. Bei den Aktivitäten des täglichen Lebens kann schon mitgeholfen werden beziehungsweise ist die Durchführung dieser teilweise selbstständig möglich. In den seltensten Fällen sind die Menschen in dieser Phase von einer stationären Langzeiteinrichtung, dies würde als Phase F(c) bezeichnet, abhängig (Donis, 2019; 126f.).

Phase D und E beziehen sich auf die Wiedereingliederung in den Beruf und werden auch als ambulante Rehabilitationsphasen bezeichnet (Donis, 2019; 127).

Die **Phase F (b)** wird auch als das Stadium der Langzeitbetreuung und aktivierenden Behandlungspflege bezeichnet. Sie ist gekennzeichnet durch zeitweise oder ständige schwere Bewusstseinsstörung, hochgradiger Beeinträchtigung der Bewegungs-, Kommunikations- und Wahrnehmungsfunktion. Als häufige Komplikationen treten Infektionen sowie epileptische Anfälle auf. Die Patient*innen sind vollständig abhängig. Daraus folgt, dass ein interdisziplinäres Team die pflegerischen, therapeutischen sowie medizinischen Maßnahmen, gewährleistet (Donis, 2019; 127f.).

3. Qualitative Voraussetzung an das interprofessionelle Team

Zieger (2018; 335ff.) setzt grundsätzlich eine palliative Haltung in Bezug auf die Pflege, Behandlung und Betreuung von Menschen im Zustandsbild Wachkoma, voraus.

Eine Wachkomastation im Langzeitbereich stellt sowohl qualitativ als auch quantitativ, sehr hohe Ansprüche an das interprofessionelle Team (Steinbach & Donis, 2019; 133).

3.1 Ärztliches Personal

Die/der behandelnde Ärzt*in benötigt Qualifikationen wie neurologisches, psychiatrisches und intensivmedizinisches Wissen, interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamerfahrung sowie außerordentliche Belastungsfähigkeit. Zusätzliches Wissen bezogen auf das Krankheitsbild ist Voraussetzung, um Komplikationen zu erkennen und diesen entgegenzuwirken beziehungsweise zu behandeln. Im Idealfall ist die/der betreuende Ärzt*in Fachärzt*in für Neurologie. Ist dies nicht möglich, so ist sicherzustellen, dass jederzeit ein Konsil diesbezüglich gewährleistet wird (Steinbach & Donis, 2019; 133f.).

3.2 Pflegepersonal

Spezifische Voraussetzungen für die Pflegepersonen sind Fachkenntnisse in der neurologischen Grund- sowie Behandlungspflege, Wissen bezogen auf neurorehabilitative und intensivmedizinische Pflege, Verständnis und Erfahrung diverser Pflegekonzepte wie Kinästhetik, Positionierung und Umgang nach Bobath, Basale Stimulation sowie Aflolter. Zusätzliche Qualifikationen wie interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamerfahrung und überdurchschnittliche Belastungsfähigkeit sind, wie bei den Mediziner*innen, essentiell. Ergänzend dazu sind Fachwissen und Praxis bezogen auf Sonden-, Katheter- und Trachealkanülenmanagement unerlässlich. Weitere Grundvoraussetzungen werden einer außerordentlichen Beobachtungsgabe und Kommunikationsfähigkeit zugeschrieben (Steinbach & Donis, 2019; 134f.).

3.2.1 Kinästhetik

Der „kinästhetischen Sinn“ wird als Grundlage für die Funktion aller anderen Sinnessysteme beschrieben. Kinästhetik setzt sich aus Kinesis (griechisch: Bewegung) und aesthetics (griechisch: Wahrnehmung) zusammen. Die Bewegungsfähigkeit ist maßgeblich verantwortlich für die Entwicklung jedes Menschen. Durch Bewegung stehen wir in Beziehung mit anderen Menschen und tauschen Informationen aus. Dadurch entsteht Lernen und Entwicklung. Die Pflegeperson bewegt sich mit dem Menschen im Wachkoma gemeinsam. Diese physiologischen Bewegungsmuster sind Kraft sparend und laufen

fließend. Dadurch kann sich der Mensch im Wachkoma an altbewährte Bewegungsabläufe erinnern, welche ihm helfen, sich zu orientieren (Steinbach & Donis 2019; 269ff).

Kinästhetik beschäftigt sich somit mit der Wahrnehmung von den eigenen Bewegungsabläufen, wobei man durch Hilfe von außen diese erfassen oder auch wieder neu erlernen kann. Ziel ist es hierbei, Menschen in ihrer Bewegung zu fördern, ihre Ressourcen wahrzunehmen und mit diesen zu arbeiten. Das Körperbewusstsein des Betroffenen wird gefördert und die Gesundheit der Pflegenden wird nicht außer Acht gelassen (Assmusen 2006; 19f.).

3.2.2 Bobath

Das Bobath-Konzept betrifft alle an der/dem Patient*in beteiligten Berufsgruppen und es soll 24 Stunden am Tag angewendet werden. Es bezieht sich auf alltagsorientierten Bewegungs- und Handlungsweisen, welche bei den täglichen Aktivitäten, wie beispielsweise Positionierung oder Mobilisation, durchgeführt werden. Bobath stellt ein aktivierendes Behandlungskonzept dar. Ursprünglich wurde dieses für Schlaganfallpatienten entwickelt, lässt sich aber auch gut auf Menschen im Zustandsbild Wachkoma abstimmen (Steinbach & Donis, 2019; 299).

3.2.3 Basale Stimulation

Basale Stimulation soll dem Menschen im Wachkoma über Sinneswahrnehmungen Orientierung und Sicherheit in seiner Körperwahrnehmung geben. Es soll seine Neugier und sein Interesse wecken aber auch eine Kommunikationsform bieten. Den Pflegepersonen muss bewusst sein, dass alle Berührungen in der alltäglichen Pflege ihre Wirkung haben. Die kleinsten Signale, die der Mensch im Wachkoma uns zeigt, müssen auch wahrgenommen werden, dann kann der Patient das Angebot annehmen oder ablehnen (Schaufler, 2019; 247f.).

3.2.4 Affolter

Bereits vor über 50 Jahren entwickelte Dr. Félicie Affolter eine Methode, um die Wahrnehmung zu fördern. Durch Bewegung, ständiges Verlagern der Körperposition und Berührungen nehmen wir uns selber wahr - wir spüren uns. Bei Menschen im Wachkoma ist diese Art der Wahrnehmung nicht möglich, da sie sich nicht bewegen können. Das Affolter Konzept ermöglicht diesen Personen, wieder an Spürinformationen zu gelangen. Ein Mitglied des Teams übernimmt und führt natürliche Bewegungsabläufe, dadurch bekommt der Mensch im Wachkoma taktile-kinästhetische Impulse. Vor allem vegetative Symptomatik und hoher Muskeltonus normalisieren sich. Bei der Grundpflege wird gezielter Druck auf den Körperteil ausgeübt oder die Hand des Menschen im Wachkoma wird geführt, so bekommt dieser durch die gespürte Interaktion, Informationen über sein

Körperbild. Auch beim Lagewechsel oder bei der Mobilisation kommt dieses Modell zum Einsatz. Wichtige taktile Informationen liefern Gegenstände oder feste Unterlagen, die der/dem Betroffenen spürbar gemacht werden (Steinbach & Donis, 2019; 251ff.).

Grundsätzlich soll das Gesundheitspersonal in der Pflege und Betreuung von Menschen im Zustandsbildwachkoma der Phase F, lt. den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, kurz BAR (2003; 9), sich an den vorausgegangenen Behandlungs- beziehungsweise Rehabilitationsplan halten, damit die bisher erreichte physische, psychische und seelische Verfassung der/des Patient*in verbessert oder zumindest beibehalten werden kann.

Optimaler Weise erfolgt die Betreuung von einem interprofessionellen Team, welches sich aus Pflegepersonen, Ärzt*innen, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen, Sozialarbeiter*innen und den Angehörigen beziehungsweise Vertrauenspersonen der Menschen im Zustandsbild Wachkoma, zusammensetzt (Kölbl-Catic, 2007; 8).

Die meiste Zeit mit der/dem Wachkomapatient*in in der Langzeitpflege und -betreuung verbringt das Pflegepersonal. Daraus folgt, dass diese Menschen die engsten Kontaktpersonen und somit auch das Verbindungselement zwischen den verschiedenen Disziplinen bilden. Der Stellenwert des pflegenden Personals ist demnach sehr hoch. Zusätzlich können verschiedene Beobachtungen an der/dem Patient*in wie variierende Wachphasen oder Reaktionen, zur besseren Ressourcenförderung führen (Plenter, 2001; 72).

3.3 Gehobener medizinisch-technischer Dienst

Unter dieser Berufsbezeichnung werden Physio-, Ergotherapeut*innen sowie Logopäd*innen angeführt. Qualitative Grundlagen bilden wie bei den Pflegepersonen sowie den Mediziner*innen, interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamerfahrung inklusive ausgezeichneter Belastungsfähigkeit, Fachkenntnisse bezüglich der Therapiemöglichkeiten als auch Wissen über das Krankheitsbild und ebenso die daraus resultierenden Besonderheiten. Die/Der Therapeut*in muss abwägen können, wie belastbar die/der Wachkomapatient*in ist. Demnach wird die Häufigkeit und Intensität der Therapie geplant. Daraus geht hervor, dass der gehobene medizinisch-technische Dienst unverzichtbar im Stationsteam ist. Der kommunikative Austausch mit den Pflegepersonen soll obligat sein, um etwaige Veränderungen bei den Menschen im Wachkoma zu erkennen. Auch Alternativen zu komplementären Therapien sind speziell im Langzeitbereich relevant. Dies würde beispielsweise eine Musiktherapie, tiergestützte Therapie oder Aromatherapie darstellen. Jedoch können diese alternativen Methoden sehr hohe Erwartungen

besonders bei den Angehörigen hervorrufen und somit wieder heikle Angriffspunkte liefern (Steinbach & Donis, 2019; 135f.).

3.3.1 Physiotherapeut*innen

Es gibt kein allgemein akzeptiertes Behandlungsschema für hirnerkrankte Personen. Viele Therapeuten, welche mit Wachkomapatienten arbeiten, richten sich nach einem bestimmten Behandlungskonzept, wie beispielsweise dem Bobath Konzept (Elliott & Walker, 2005).

Zur Therapie für Wachkomapatient*innen zählen Mobilisation und Aktivierung, um Komplikationen vorzubeugen. Das interdisziplinäre Team übt mit den Betroffenen wiederholt Aufgaben wie z.B. das Balancieren im Sitz, Transfers und allgemeine Mobilität (Seel, Douglas, Dennison, Heaner, Farris & Rogers, 2013).

3.3.2 Ergotherapeut*innen

Ergotherapeut*innen begleiten und unterstützen Menschen in jedem Alter, welche in ihren alltäglichen Handlungsfähigkeiten eingeschränkt, beziehungsweise bedroht sind. Ziel ist es die Lebensqualität zu verbessern oder zumindest beizubehalten. Die Therapeuten*innen sind ebenfalls in verschiedenen Konzepten (wie bereits im Kapitel 3.2 beschrieben) geschult (Felber & Großmann, 2017; 65f.).

3.3.3 Logopäd*innen

Aufgrund der Beeinträchtigung von Atmung, mimischer Ausdrucksfähigkeit, Kiefer- und Mundöffnung sowie des Schluckens, ist die Aufgabe dieser Therapeuten*innen in Bezug auf Wachkomapatienten die Trachealkanülenversorgung (künstlicher Zugang am Hals durch Luftröhrenschnitt), Schlucktraining, Stimulation des Mundbereiches, und vieles mehr (Nusser-Müller-Busch, 2017; 109ff.).

3.4 Team

Grundvoraussetzung für ein Team einer Langzeitwachkomastation sind interdisziplinäre Kommunikationsfähigkeit, um unter anderem auch gegenseitige Beobachtungen kundzutun. Um ein einheitliches Betreuungskonzept sowie eine individuelle Patientenorientierung zu gewährleisten, ist es unumgänglich, dass die Teammitglieder eine gemeinsame Haltung leben. Eine gemeinsame und identische Dokumentation, klare Kommunikationsstrukturen im Team als auch mit Angehörigen, regelmäßige Teambesprechungen qualifizieren die Mitarbeiter*innen. Gegenseitige Anerkennung, Wertschätzung und Respekt können die Professionalität stärken (Steinbach & Donis, 2019; 136f.).

3.5 Angehörige

Durch einen unerwarteten Schicksalsschlag ist plötzlich alles anders. Die Belastung durch den unumgänglichen Rollenwechsel, die Angst um die/den geliebten Angehörige*n, die Hoffnungen, welche im Verlauf des Krankheitsprozesses geschürt werden und kurz darauf wieder unerfüllt bleiben, sowie fundamentale Entscheidungen zu treffen, bringen Angehörige an ihre Grenzen (Bienstein, 2021; in Drebes, 2021; 5f.).

Hannich (2010) betont die Wichtigkeit der Integration von Angehörigen im Setting Wachkoma. Diese Menschen sind in das Betreuungsteam aufzunehmen und als bedeutende Co-Therapeut*innen anzusehen.

Angehörige geben Auskunft über die Biografie der/des Wachkomapatient*in, können bei der Interpretation von Reaktionen sowie bei der Freizeitgestaltung behilflich sein (Steinbach & Donis, 2019; 137).

3.6 Qualitätskriterien für die Pflege von Menschen im Wachkoma

Nydahl (2007) geht auf die Studie von Bienstein und Hannich aus dem Jahre 2001 ein. Die beiden Autoren stehen für die Würde der/des Wachkomapatient*in ein. Sie betonen, dass sich die Grundbedürfnisse der Menschen in diesem Zustandsbild nicht von anderen Menschen unterscheiden. Die Verfasser verdeutlichen in ihrer Studie, dass die Chance auf Entwicklung und Entfaltung jedem Menschen zustehen muss. Die Wahrnehmungsfähigkeit von Wachkomapatient*innen kann nicht angezweifelt werden. Daraus geht hervor, dass die Qualität der Pflege durch eine kompetente Interaktion und Betreuungsgestaltung, sowohl von den Wachkomapatient*innen als auch deren An- und Zugehörigen, durch folgende Merkmale geprägt werden:

- Transparenz
- Gleichberechtigung
- Kompetenz
- Kooperation
- Kontinuität
- Regelmäßigkeit.

Dies bedeutet, dass alle am Pflegeprozess beteiligten Menschen (die/der Wachkomapatient*in, ihre/seine Angehörigen, Pflegepersonen, Ärzt*innen und Therapeut*innen) ihre Handlungen für alle Zugehörigen des interprofessionellen Teams, transparent gestalten. Im Zuge dessen, ist jedes Mitglied gleichberechtigt und bringt somit ihre/seine individuellen Kompetenzen mit ein. Essentiell ist eine gegenseitige Kooperation, da Menschen

im Zustandsbild Wachkoma Kontinuität und Regelmäßigkeit in ihrem Alltag benötigen
(Bienstein, 2001 zit. nach Nyhdal, 2017; 25f.).

4. Belastungen an das Gesundheitspersonal sowie der behandelnden Ärzt*innen

Pinel-Jacquemin, Althaus & Boissel (2021; 808) geben in ihrem Review Artikel an, dass sich nur wenige Studien mit beruflichen Risiken in Bezug auf die Behandlung und Betreuung von Wachkomapatient*innen, befassen.

Das Gesundheitspersonal und Ärzt*innen haben lt. verschiedenen empirischen Studien (Böttger-Kessler, 2006 sowie Dlubis-Dach & Glogner, 2001 als auch Neitzke, 2007), unterschiedliche Sichtweisen bezogen auf ethische Überlegungen wie Therapiebegrenzung beziehungsweise Therapieabbruch. Diese Studien zielten jedoch nicht explizit auf diese Ergebnisse ab (Sauer, 2014; 124f.).

Aus den unterschiedlichen Blickwinkeln entstehen, lt. einer quantitativen Erhebung von Sauer (2014; 124f.), moralischer Stress sowie Konfliktsituationen. Diese Auseinandersetzung bezogen auf Entscheidungskonflikte, kann sowohl auf individueller als auch auf interpersoneller Ebene einen Angriffspunkt darstellen. Pflegende fühlen sich bezogen auf die Häufigkeit und Intensität der Uneinigkeit häufiger belastet als Ärzt*innen.

Bei den Fragen nach den Konflikthalten zeigen sowohl Ärzt*innen als auch Pflegende ähnliche Wahrnehmungsmuster an. Jedoch unterscheiden sich diese in der Intensität. Jedoch bestehen maßgebliche Abweichungen in Bezug auf die Frage nach dem „sinnlosen“ Leiden, minderwertiger Aufklärung von Erwachsenenschutzvertreter*innen und Angehörigen sowie „unnötige“ Verlängerung des Lebens. In diesem Fall sind die Pflegenden mehr belastet als die Mediziner*innen (Sauer, 2014; 127ff.).

Als beschwerliche Ursachen geben Pflegende folgende Punkte an:

- Mangelnde Sensibilität gegenüber den Patient*innen
- Unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung
- Kommunikationsprobleme mit Ärzt*innen
- Mangelnde ethische Kompetenz der Ärzt*innen und der Pflegenden, sowie
- Hierarchische Strukturen (Sauer, 2014; 129).

Pflegende geben häufiger als Mediziner*innen an, dass Kommunikationsprobleme mit Ärzt*innen, sowie die mangelnde ethische Kompetenz der Ärzteschaft, ein hohes Konfliktpotential hervorbringen. In der Studie scheint es, als seien Mediziner*innen weniger als Pflegepersonen durch die verbale Verständigung mit Pflegenden, als auch durch die mangelnde ethische Kompetenz dieser, belastet. Weiters zeigt die Fragebogenumfrage

auf, dass Pflegende einen viel höheren Bedarf an Ethikberatung sehen als Ärzt*innen (Sauer, 2014; 130ff.).

Gosseries et al. (2012; 1f.) beziehen sich auf einen Artikel von Maslach, Schaufeli & Leiter (2001). Diese beschreiben, dass das behandelnde Team in Bezug auf die vollkommene Abhängigkeit der/des Patient*in, sehr vielen emotionalen sowie praktischen Herausforderungen gegenübersteht. Aufgrund der geringen Heilungschancen, lebensbedrohlicher Komplikationen sowie daraus resultierenden Tod der/des Patient*in und die möglichen Konfliktsituationen mit Angehörigen, darf der emotionale Zusammenhang in diesem Setting nicht unterschätzt werden. Aus diesen genannten möglichen Problematiken, kann eine schwere psychische Belastungssituation bis hin zum Burnout entstehen.

4.1 Belastungen für die Mediziner*innen

Durch seine Komplexität ist das apallische Syndrom, Wachkoma, unresponsive wakefulness syndrom (UWS) oder PVS schwer zu diagnostizieren. Die Unterscheidung zwischen MCS, also dem minimalbewussten Zustand und dem apallischen Syndrom ist Grundvoraussetzung für eine mögliche Prognosestellung. Die Behandlung sowie die Prognosestellung gestaltet sich schwierig. Mehrere Autoren beschreiben bis heute eine 18-43%ige Fehldiagnosenrate (Giacino et al., 2018; 461; Schnakers et al., 2009; Zieger, 2011; 4; Steinbach & Donis, 2019; 35).

Die Diagnosestellung zur Unterscheidung von MCS und PVS geht mit der Quantifizierung des Bewusstseins einher. Nur durch eine neurologische Untersuchung kann die Diagnose nicht gesichert werden. Monti, Laureys & Owen (2010; 294 f.) geben einer gründlich fundierten Anamnese mit ausführlicher Beobachtung des Patient*innenverhaltens, großes Hauptaugenmerk. Eine kontinuierliche Evaluierung von wiederholten, der Tageszeit unabhängigen Untersuchungen können hilfreich sein, um eine klinische Bewertung abzugeben. Bewusstsein ist durch verschiedene Faktoren schwer zu diagnostizieren. Beispielsweise können Menschen aufgrund einer körperlichen Behinderung eventuell gar nicht auf gesetzte Reize reagieren. Auch ist eine Beeinträchtigung des Sehens oder ein zusätzlich erworbenes Geschehen wie ein Hydrozephalus, Grund für ein fragliches Bewusstsein.

In solchen Fällen sind verschiedene technische Möglichkeiten wie Magnetresonanztomographie (MRI), Elektroenzephalographie (EEG) oder Positronenemissionstomographie (PET) in Erwägung zu ziehen, um gegebenenfalls ein Bewusstsein festzustellen.

Weiters gibt es noch verschiedenste mögliche Bewertungsverfahren welche zwar anerkannt sind, jedoch als Kombination mit den bereits erwähnten Maßnahmen angewendet werden sollten (Monti, Laureys & Owen, 2012; 294 ff. Giacino et al., 2018; 463ff.).

Gerhard (2011; 86) gibt an, dass trotz verschiedenster Zusatzuntersuchungen, bei massiven Ausfällen, oft keine Anzeichen auf Schädigung sichtbar sind. Er stellt den Beweis der Diagnose durch technische Untersuchungen in Frage und ist der Meinung, dass das Zustandsbild des Wachkomas nur durch einfühlsames Beobachten in seiner ganzen Schwere zu erfassen ist.

Laut zweier Studien, die erste von Kühlmeyer, Racine, Palmour, Hoster, Borasio und Jox (2012), die zweite von Kühlmeyer, Borasio & Jox (2012) hatten einige Neurologen Schwierigkeiten, das Zustandsbild des Wachkomas von dem des minimalen Bewusstseins zu unterscheiden. Die Einschätzung der noch erhaltenen Fähigkeiten von Wachkomapatient*innen und Menschen im minimalem Bewusstsein war widersprüchlich. Weiters wurde deutlich, dass die Wünsche der, die/den Patient*in vertretenden Menschen, höhere Priorität zugewiesen wird, als den Anliegen der Wachkomapatient*innen an sich. Die Stellvertreter überstimmen die Wünsche der/des Patient*in, da möglicherweise Zweifel an der Irreversibilität bestehen. Ärzt*innen und Angehörige müssen Entscheidungen über Therapiemaßnahmen treffen. Vielfältige Maßnahmen werden unterschiedlich bewertet. Eine Reanimation wird beispielsweise häufiger abgelehnt als die Flüssigkeitsgabe und die künstliche Ernährung.

4.2 Belastungen für das Gesundheitspersonal

Laut den Autoren Gosseries et al. (2012; 1) sowie Pinel-Jacquemin, Althaus & Boissel (2021; 807f.) stehen Pflegekräfte, aufgrund der vollkommenen Abhängigkeit der Menschen im Zustandsbild Wachkoma, einer schweren emotionalen Belastung gegenüber.

Die tagtägliche, oft komplexe Pflege und Betreuung dieser Patient*innen, setzt vielfältige Eigenschaften wie Achtsamkeit, Empathie sowie Solidarität der Pflegepersonen voraus. Das Gesundheitspersonal baut individuelle Beziehungen zu den Menschen im Wachkoma auf. Im Wesentlichen besteht diese aus nonverbaler Kommunikation, also Körpersprache. Diese Kommunikation wird beispielsweise durch Berührungen und Massagen erarbeitet. Zusätzlich ist die Mimik sowie Veränderungen in der Verhaltensweise der/des Patient*in zu beobachten, um die Gemütslage beurteilen zu können. Die daraus erworbenen Informationen, bezogen auf das individuelle Wohlbefinden, werden respektiert. Fachpersonal sieht die/den Patient*in als eigenständige Person. Diese Sichtweise wird

somit auch von anderen Menschen gefordert. Kommt es nun zu einer Zustandsverschlechterung der/des Patient*in oder zu Problemen mit Angehörigen, wird der emotionale Druck auf das Gesundheitspersonal erhöht. Dies kann zu psychischen Belastungen sowie in weiterer Folge zu Burnout führen (Pinel-Jacquemin, Althaus & Boissel, 2021; 807ff.).

Pinel-Jacquemin, Althaus & Boissel (2021; 814) stützen ihre Erkenntnisse auf die Ergebnisse des französischen Autors Richer (2008; 10f., 2013; 7f.). Dieser Forscher und Arzt präsentierte seine Ergebnisse bei den jährlichen Wachkoma Tagen in Paris. Er stellte fest, dass das Gesundheitspersonal emotional an der Grenze zwischen Kompetenz und Inkompetenz agiert. Diese Tatsache kann zu Motivationsverlust sowie Angst- und Fluchtreaktionen sowie in weiterer Folge auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirken und so wiederum zu völliger Hilflosigkeit führen.

Leonardi et al. (2013; 349ff.) geben an, dass der Einfluss von Burnout bei Pflegekräften, welche tagtäglich mit Menschen im Zustandsbild Wachkoma oder MCS zu tun haben, noch nicht ausreichend untersucht wurde. Somit haben diese Autoren eine Querschnittstudie in italienischen Zentren, welche Patient*innen in diesen Krankheitsbildern versorgen, durchgeführt. Diese Untersuchung war die erste nationale Erhebung über das Burnout-Syndrom bei Fachpersonal in dem Setting Wachkoma beziehungsweise MCS.

Grundsätzlich ist Burnout als Ergebnis eines hohen Stresslevels, bezogen auf die Überlastung im Beruf, über einen längeren Zeitraum, definiert (Kumar et al., 2011, 169). Zusätzlich wird den Schwierigkeiten bei der Patientenproblembewältigung sowie der hohen emotionalen Belastung in zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb der Organisation, eine starke Auswirkung nachgesagt (Chung & Corbett, 1998, 56).

In dieser Studie von Leonardi et al. (2013; 350ff.) stellt sich heraus, dass mehr als die Hälfte der Fachkräfte ein niedriges beruflich bedingtes Stressniveau aufweisen. Hohe emotionale Erschöpfung wurde von 14,4% des Fachpersonals angegeben. 41,7% wiesen bei der Erhebung auf ein hohes Burnoutrisiko hin. 12,6% gaben hohe Werte bei der Depersonalisierung, dies bedeutet, dass Fachkräfte das Gefühl entwickelten die Patient*innen auf unpersönlicher Weise zu betreuen, an. 22% des Personals wiesen hohe Werte in Bezug auf mangelnde persönliche Leistung auf. Mangelnde persönliche Leistung wird in dieser Studie als Gefühl der Inkompetenz, Ineffizienz (Leistungsschwäche, Unwirtschaftlichkeit), Unangemessenheit sowie Misserfolg, bezeichnet.

Jedoch wurden in dieser Studie Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Krankenpflegepersonal befragt. Die Ergebnisse von Leonardi et al. (2013; 353) deuten

auf ein unterschiedliches Stressniveau der verschiedenen Berufsgruppen hin. Deutlich wird jedoch, dass das Pflegepersonal am stärksten von Burnout betroffen ist.

Hannich (2010) beschreibt weitere mögliche Belastungen durch strukturelle, psychosoziale und pflegerische Anforderungen.

4.2.1 Belastung durch strukturelle Anforderungen

Durch ungeeignete bauliche Verhältnisse, vermehrt Bürokratie, Informationsdefizite durch mangelnde Dokumentation, Zeitdruck und Beschränkung in den individuellen Pflegehandlungen kann es durchaus zur Belastung kommen (Hannich, 2010).

Lt. Studien von Hawkins, Howard & Oyebode (2007), Prenzler, Müller-Busch, Mittendorf, Theidel, von der Schulenburg & Montag (2010), Diel, Rieger, Letzel, Nienhaus & Escobar-Pinzon (2019) sowie Schröder, Bänsch & Schröder (2004) beschreiben Pflegekräfte, dass das Ausführen übermäßiger patientenfernen Tätigkeiten, Zeitdruck sowie die Betreuung von mehreren Patient*innen als auch Unterbrechungen im Arbeitsablauf und Nacharbeit, als Belastung wahrgenommen wird.

Diel et al. (2019) führt ebenfalls die Unzufriedenheit, bezogen auf die Anerkennung des Berufsstandes, sowie die unangemessene Bezahlung an.

4.2.2 Belastung durch die Pfl egetätigkeit

Der Umgang mit der permanenten Konfrontation des Leides, der immerwährende Kampf Komplikationen vorzubeugen, Verständigungsschwierigkeiten mit der/dem Patient*in, fehlende Erfolgserlebnisse und Rückmeldungen sowie die Unfähigkeit des Menschen im Wachkoma zur Mitarbeit bei einer pflegerischen Maßnahme, können Pflegepersonen an ihre Grenzen bringen (Hannich, 2010).

Prenzler et al. (2010) und Schröder et al. (2004) beschreiben Beschwerden und Belastungen auf physischer Ebene, welche durch beispielsweise Arbeiten in unangepasster Körperhaltung, Heben und Tragen, entstehen.

4.2.3 Belastung durch psychosoziale Anforderungen

Bestehen interprofessionelle Kommunikationsprobleme oder gar Rivalitäten, so ist dies im Stationsalltag nicht förderlich. Eine mangelhafte Mitarbeiterführung sowie die immerwährende Auseinandersetzung mit den Forderungen der Angehörigen, kann erschwerend empfunden werden. Die eventuell fehlende Wertschätzung an der Pfl egetätigkeit wird als verletzend wahrgenommen (Hannich, 2010).

Steinbach & Donis (2019, 148) geben an, dass in spezialisierten Langzeiteinrichtungen für Wachkomapatient*innen, erfahrungsgemäß, deren Angehörigen ein erhöhtes Maß an Akzeptanz sowie Einbezug in alle Tätigkeiten zustehen soll. Im Allgemeinen kommen die Pflegepersonen in den Fokus der oft psychisch sowie häufig auch physisch überlasteten Angehörigen. Somit können Konfliktsituationen, beispielsweise durch gegenseitiger Bevormundung, mangelndes Verständnis füreinander sowie beiderseits Druck als auch Ängste etwas falsch zu machen, entstehen. Als Grundlage zur Konfliktlösung ist hier Kommunikationsbereitschaft und Verständnis füreinander, Grundvoraussetzung.

Gencer, Meffert, Herschbach, Hipp & Becker (2019) sowie Hawkins et al. (2007) fanden heraus, dass Pflegekräfte häufig ein geringes bis fehlendes Selbstwertgefühl bezogen auf die persönliche Kommunikationskompetenz, besonders im Umgang mit Angehörigen und die Beziehung zu diesen, als belastend angeben.

Pflegepersonen geben lt. Gélinas, Fillion, Robitaille & Truchon (2012) Belastungen bezogen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit an. Im Speziellen, wenn Kommunikationsprobleme im Team oder mit anderen Fachkräften auftreten.

Lt. Diel et al. (2019) geben Pflegekräfte Angehörige, welche mit Schuldzuweisungen und Vorwürfen um sich werfen oder zu den Patient*innen übervorsorglich sind, als Belastung an.

5. Belastungen der Angehörigen

Chiambretto & Guarnerio (2007; 13) fanden nur wenige Studien, welche sich mit der Situation der Angehörigen befassen haben. Die psychische Belastung und den damit verbundenen emotionalen Reaktionen führen zu einer Inakzeptanz der Diagnose, sowie Angst, Schock, Wut, Depressionen und Schuldgefühlen. Zusätzlich können Familienmitglieder eine Aggression gegenüber dem Gesundheitspersonal entwickeln.

Crispi & Crisci (2000) beschreiben, dass Angehörige im Akutstadium, also auf der Intensivstation mit der Informationsweitergabe unzufrieden sind. Ein italienisches Personal aus einer Rehabilitationseinrichtung schildert, dass Angehörige in den ersten Monaten sehr engagiert mitarbeiten würden, um der/dem Patient*in nonverbale Antworten abzugewinnen. In dieser Zeitspanne wird seitens der Angehörigen, der Ärzteschaft des Öfteren mangelndes Interesse an der/dem Patient*in, sowie eine pessimistische Einstellung vorgeworfen. Jedoch zeigt die Erfahrung, dass sich die Zahl der Angehörigen nach vier bis sechs Monaten auf meist nur eine Person reduziert.

Lt. Hannich (2010) leiden Angehörige von Wachkomapatient*innen an einer sogenannten emotionalen Betroffenheit. Dies beinhaltet den individuellen Konflikt mit der Akzeptanz der Behinderung des geliebten Menschen, sowie schwankende Hoffnung, Angst vor Komplikationen und somit Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit als auch das veränderte Verhalten der/des Wachkomapatient*in, können belastend auf die Angehörigen einwirken.

Crawford & Beaumont (2005) beschreiben, dass Angehörige, sobald die Akzeptanz des irreversiblen Zustands ihrer/ihrer Angehörigen eingetreten ist, einen schweren Verlust erleiden, jedoch nicht in der Lage wären zu trauern, da die/der Patient*in weiterhin am Leben ist.

Auch wenn es über einen längeren Zeitraum keine Hinweise auf eine positive Entwicklung gibt, halten einige Angehörige immer noch die Hoffnung auf eine wesentliche Zustandsverbesserung aufrecht. Diese Hoffnung veranlasst viele Familien, viele weitere ärztliche Meinungen einzuholen, solange, bis die Aussagen und eventuellen Prognosen mit ihren eigenen übereinstimmen. Angehörige holen unterschiedliche Therapeut*innen mit diversen Therapiemöglichkeiten, sei es komplementär oder experimentell, in die Betreuungseinrichtung, da die Hoffnung auf Heilung weiterhin besteht (Jacobs, Muir & Cline, 1986, 55ff.).

Ein weiteres Beispiel, bezogen auf das Hoffen, beschreiben Phipps, Pasquale, Blitz & Whyte (1997, 52ff.). In dieser Studie wurden fünf betreuende Familien von Patient*innen im Wachkoma befragt, das erste Mal bei der Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung und das zweite Mal kurz vor der unmittelbaren Entlassung. Die Ergebnisse zeigten, dass die Hoffnung auf vollständige Erholung nicht geringer wurde. Jedoch wuchs, nach der zweiten Befragung die Sorge, dass der Zustand stagnieren würde und somit wechselten sich Hoffnung und Sorge ab.

Auch Zieger (2003) beschreibt, dass sich die Hoffnung der Angehörigen auch nach längerem Zeitraum verringert, jedoch bestehen bleibt. Sie erkennen, dass sich ihr Leben von Grund auf verändert hat. Diese verwundeten Seelen kämpfen mit innerlichen Konflikten. Fragen wie „haben wir alles Mögliche getan?“ oder „haben wir etwas versäumt?“ führen zu Belastungen. Ist nun keine gesellschaftliche Unterstützung vorhanden, entwickelt sich zusätzlich Druck.

Durch zwei Studien aus dem Jahre 1991 wurden Angehörige bezogen auf den Wachheitszustand ihres Menschen im Wachkoma, die Prognose, den weiteren Verlauf des Zustandsbildes, die Zweckmäßigkeit einer PEG-Sonde, lebenserhaltende Maßnahmen im Akutfall, als auch die Zufriedenheit der Pflege und Betreuung, befragt (Tresch, Sims, Duthie, Goldstein & Lane, 1991a), (Tresch, Sims, Duthie, Goldstein, 1991b).

Tresch et al. (1991a, b) kamen zu dem Ergebnis, dass 50% der Wachkomapatient*innen auch nach zweijähriger Dauer des Zustandsbildes täglich Besuch von ihren Angehörigen erhalten. Reaktionen auf die Anwesenheit des Familienmitglieds wurden von 73%, Überzeugung von Schmerzempfinden der/des Patienten von 67% und 55% der Angehörigen beschreiben eine Reaktion auf verbale Kommunikation. Familienmitglieder erwarteten jedoch kaum eine wesentliche Besserung des Zustandsbildes.

Die Verabreichung von eventuell notwendigen Antibiotika unterstützten 91% der Befragten. 82% der Angehörigen befürworteten eine, wenn notwendig, intravenöse Versorgung von Flüssigkeit. Ebenfalls ist anzuführen, dass 76% der Studienteilnehmer*innen eine DNR („do not resuscitate“) entschieden haben. 88% der Angehörigen befürworteten eine PEG Sonde beziehungsweise lehnten eine Entfernung ab. Einen hohen Stellenwert wurde einer einwandfreien Körperpflege, adäquater Ernährung, täglicher Mobilisation in den Rollstuhl, Kommunikationsangeboten, sowie stimulierender Betreuung zugemessen. Obwohl die Realität anders war, wurden finanzielle Belastungen als niedrig eingestuft (Tresch et al. 1991a, b).

Steinbach & Donis (2019, 148) beschreiben die unvorstellbare psychische Situation der Angehörigen. Plötzlich aus ihrem/seinem Alltag gerissen, die beginnende Verdrängung, Abwehrreaktion, Aggression sowie Verzweiflung und eventuell nach längerer Zeit Akzeptanz und Verarbeitung der Emotionen - diese dramatischen Umstände können krankmachen und somit bedarf es professioneller Hilfe. Zusätzlich belastet die Unsicherheit der Prognose, sowie die oft einseitige Kommunikation, als auch das häufig über Jahre andauernde Zustandsbild. Darum ist es essentiell, alle gewillten Angehörigen einzubeziehen, keine Informationen vorzuenthalten, sie in ihrem/seinem Tun bestärken und somit einen Sinn geben.

Wasner (2013; 11ff.) betont die Wichtigkeit des Beziehungsaufbaues zwischen dem Gesundheitspersonal und den Angehörigen sowie das Wahrnehmen der Bedürfnisse der Familienmitglieder als auch der Patient*innen. Die Autorin setzt sich für eine empathische Kommunikation und emotionale Begleitung ein. Anleitung und Beratung wird ebenfalls als essentielle Säule angeführt. Psychosoziale Unterstützung kann sich positiv auf die psychische Gemütslage auswirken. Zusätzlich kann eine Herabsetzung der psychosozialen Problematik zu einer Verbesserung der physischen Symptome führen.

6. Ethische Belastungen

Chiambretto & Guarnerio (2007; 12) beschreiben, dass uns die medizinischen Fortschritte mit vielfältigen Thematiken konfrontieren und uns somit kontinuierlich vor ethische sowie moralische Fragen stellen, da diese Themen nicht mehr nur die Medizin betreffen. Die Gesundheitsberufe müssen nun auch die Verhältnismäßigkeiten von beispielsweise Operationen und die Angemessenheit der Entscheidungen überdenken. Fachkompetenz alleine reicht in solchen Fällen nicht aus. Persönliche Faktoren in Bezug auf den Sinn des Lebens sowie Lebensqualität spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Zusätzlich ist der Einbezug der Angehörigen von großer Bedeutung.

Das Wachkoma hat als Diagnose, wie selten eine andere neurologische Erkrankung, zu Auseinandersetzungen zwischen Gesellschaft und Medizin geführt (Jox, 2011; 576).

Aufgrund der immer gezielteren Behandlungsmöglichkeiten kommt es immer wieder zu verschiedensten Herausforderungen bezogen auf die Ursachen und Folgen des Zustandbildes Wachkoma. Als emotional schwierig wird auch die professionelle Entscheidungsfindung angeführt (Asai et al., 2007; 421).

Körtner (2004, 46) gibt an, dass ethische Problematiken, mit welchen das Pflegepersonal konfrontiert ist, auch Ärzt*innen und Angehörige betrifft. Dies rührt daher, dass sich pflegeethische mit den medizinethischen Fragestellungen überschneiden. Beispielsweise fallen Zwangsernährung, Reanimation oder DNR („do not resuscitate“) ohne definitiven Willen der/des Patient*in oder eventueller Therapieabbruch, nicht in den Kompetenzbereich der Pflegekräfte.

Fragen nach der ethischen Rechtfertigung in Bezug auf lebenserhaltende Therapie, im Speziellen künstliche Ernährung und Hydrierung, beschäftigen das Gesundheitspersonal. Zusätzlich muss noch eine mögliche Patientenverfügung thematisiert beziehungsweise der mutmaßliche letzte Wille der/des Patient*in herausgefunden werden. Jedoch gibt es, insbesondere bei zuvor gesunden jungen Menschen, in den seltensten Fällen einen Hinweis auf den letzten Willen (Jox, 2011; 567).

6.1 Entscheidungsfindung

Das Thema Therapierückzug beziehungsweise Therapieabbruch bei Wachkomapatient*innen hat bereits in der Vergangenheit zu gravierenden Diskussionen vor Gerichten sowie in den Medien geführt (Jox, 2011).

Dr. Michael Halmich (2021) betont, dass ein Therapierückzug aus palliativen Beweggründen jedoch keinesfalls mit Sterbehilfe gleichgesetzt werden darf. In der Palliative Care wird das Leben eindeutig bejaht, sowie die Symptomlast der Patient*innen gelindert und begleitet. Die Berücksichtigung der individuellen Wünsche der Kranken stehen ebenfalls im Vordergrund. Der Eintritt des Todes wird weder beschleunigt noch hinausgezögert. Laut § 49a Ärztegesetz ist es auch rechtskonform, hoch dosierte Medikamente einzusetzen und somit einen früheren Todeseintritt (als Nebenwirkung) in Kauf zu nehmen, wenn die Linderung von massiven Schmerzen und Qualen Priorität hat.

Voller & Auff (2006) beschreiben, gerade in Bezug auf Menschen mit Bewusstseinsstörungen, die Problematik der Diagnosestellung sowie deren Prognose. Jedoch ist diese ein wesentlicher Faktor für den zukünftigen Behandlungsplan.

Am Entscheidungsfindungsprozess sollten, laut dem Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs (2004), alle Menschen, welche in der Behandlung und Pflege der/des Patient*in beteiligt sind, involviert werden. Ist eine adäquate Patientenverfügung vorhanden, so ist diese zu berücksichtigen. Fehlt, wie des Öfteren eine solche Verfügung beziehungsweise ist diese nicht ordnungsgemäß erstellt, ist eine Erhebung des mutmaßlichen Willens der/des Patient*in wesentlich schwieriger. Diesbezüglich müssen Angehörige über eventuell früher geäußerte Wünsche befragt werden. Diese Willensäußerungen aus der Vergangenheit können im individuellen Fall in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.

In Österreich ist der Verzicht sowie der Abbruch lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen bei nicht entscheidungsfähigen Menschen, von Gesetzes wegen her zulässig, auch wenn keine Anhaltspunkte auf den mutmaßlichen Willen der/des Patient*in vorliegen. Allerdings darf keine medizinische Indikation für eine Weiterbehandlung bestehen. Dies wird auch als einseitiger Behandlungsabbruch bezeichnet. Ist eine Erwachsenen-schutzvertretung involviert, so muss diese gemeinsam mit der/dem behandelnden Ärzt*in entscheiden. Die Einwilligungsbefugnis der/des Vertreter*in setzt jedoch voraus, dass diese/dieser nach dem objektiven Wohl des besachwalteten Menschen handelt. (Grosse & Grosse, 2014).

Bei Änderung des Therapieziels muss die Indikation der Maßnahme, also das Abwiegen von Nutzen und Wirksamkeit, grundlegend beachtet werden. Dies ist auch, soweit möglich, mit allen Beteiligten des interprofessionellen Teams zu diskutieren (Borasio, 2011; 110ff.).

Grundlegend soll eine Behandlung nicht fortgesetzt oder begonnen werden, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht indiziert ist, keinen Erfolg verspricht oder aussichtslos erscheint. Eine ärztliche Behandlungspflicht entfällt, wenn beispielsweise eingesetzte Maßnahmen der/dem Patient*in mehr Schaden und Belastung als Nutzen bringen würden (Kopetzki, 2004; 281f.).

Laut Jox (2011; 577) ist die Indikation eng an die derzeitige Prognose der/des Patient*in gebunden.

Bei Menschen im Wachkoma, welche sich mit Hilfe von künstlicher Ernährung schon jahrelang in diesem Zustand befinden, stellt sich ab einem gewissen Zeitpunkt die Frage, ob die Ernährung und gegebenenfalls zusätzliche Therapien aufrecht erhalten bleiben sollen. Dieses Thema beschäftigt nicht nur die behandelnden Mediziner*innen, sondern auch einige Angehörige (Gutwald & Sellmaier, 2011; 122).

In Deutschland gibt es bezüglich Einleitung beziehungsweise Abbruch von künstlicher Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Menschen bereits literarische Auseinandersetzungen sowie Kontroversen in der Rechtsprechung. In Österreich besteht diesbezüglich keine gesetzliche Regelung. Somit führt dies zu beträchtlicher Unsicherheit, welche auch durch Empfehlungen oder Richtlinien von Ethikkommissionen oder Fachgesellschaften nur wenig ausgeglichen werden kann. Diese Tatsache bereitet jedoch, je nach Rechtsauffassung, ethisch moralischen Entscheidungen einen gewissen Handlungsspielraum (Kopetzki, 2004; 275).

Die künstliche Ernährung, sofern diese unter Einsatz medizinischer Maßnahmen, wie beispielsweise einer PEG-Sonde erfolgt, wird rechtlich als medizinische Heilbehandlung gesehen. Also als medizinischer Eingriff oder laut §2 Ärztegesetz 1998 als Ausübung des ärztlichen Berufs, betitelt. Auch wenn diese künstliche Ernährung zur „Basisversorgung“ eingesetzt wird, ändert dies an der Rechtslage nichts (Kopetzki, 2004; 276).

Im Falle von Menschen im Zustandsbild Wachkoma, wird jedoch die Aufrechterhaltung von Nahrung und Flüssigkeit als Verpflichtung gesehen, auch wenn die eigentliche Behandlung eingestellt wurde. Erst bei Eintritt des unaufhaltsamen Sterbeprozesses wird ein Abbruch der künstlichen Ernährung befürwortet (Kopetzki, 2004; 282).

Die Ablehnung der künstlichen Ernährung durch eine/einen Erwachsenenschutzvertreter muss grundsätzlich mit dem Willen der/des Patienten kongruieren. Dies soll auch ordnungsgemäß dokumentiert sein. Liegt eine wirksame Patientenverfügung vor, so hat auch die/der Vertreter*in keine Entscheidungsfreiheit (Kopetzki, 2004; 285f.).

6.2 Sterbehilfedebatte

Eine weitere massive ethische Herausforderung stellt die Sterbehilfedebatte dar. In dieser Arbeit wird explizit auf die Rechtslage in Österreich eingegangen.

Im Dezember 2020 wurde vom österreichischen Verfassungsgerichtshof das Verbot der „Hilfeleistung zum Suizid“ als rechtswidrig erklärt. Dieser §78 des österreichischen Strafgesetzbuches soll, laut Urteil des Verfassungsgerichtshofes, gegen das Recht auf Selbstbestimmung verstoßen. Ein Verbot, jegliche Möglichkeit der Hilfe zum Suizid zu erhalten, sei ungerechtfertigt. Jedoch soll das Verleiten eines anderen Menschen zur Selbsttötung sowie das Töten auf Verlangen weiterhin strafbar bleiben. Diese Regelung ist mit Beginn des Jahres 2022 wirksam geworden (Bioethik aktuell, 2020).

Diesbezüglich warnte die österreichische Ärztekammer auf Bioethik aktuell (2020) vor der Gefahr, dass Ältere und Kranke in Bedrängnissituationen kommen. Sie müssten sich ihres Daseins und ihres Lebenswillens rechtfertigen. Laut dem Ärztekammerpräsidenten Thomas Szekeres darf keinesfalls eine geschäftsorientierte, durch private Organisationen durchgeführte, Sterbehilfe angeboten werden.

Der Leiter der palliativmedizinischen Abteilung an der MedUni Wien, Herbert Watzke betonte auf Bioethik aktuell (2020), dass das Gesundheitspersonal sowie Ärzt*innen keinesfalls in Suizide miteingebunden werden dürfen, da sich diese Tätigkeit klar von der ärztlichen abgrenzt.

Laut der IMABE- Geschäftsführerin Kummer (Bioethik aktuell, 2021a) stehen das Wissen über Palliative Care sowie Sterbehilfe bei den Ärzt*innen als auch beim Gesundheitspersonal im engen Zusammenhang. Je weniger Kenntnis bezüglich Palliative Care vorhanden sei, umso schneller komme es zur Zustimmung für Beihilfe zum Suizid. Die Geschäftsführerin schlussfolgerte daraus, dass sich anhand der oft massiven Therapielast der Patient*innen, Ärzt*innen sowie Pflegepersonal leichter überfordert und belastet fühlen und somit nur noch die Assistenz zum Selbstmord in Frage komme. Kummer betonte die Wichtigkeit der Palliative Care und setzte sich für eine fundierte Ausbildung in Palliative Care, speziell für Menschen, welche im Gesundheitswesen tätig sind, ein.

Der Dachverband Hospiz Österreich (2021) nimmt zu dem erarbeiteten Gesetzesentwurf am 10. November 2021, Stellung. Aufgrund der eng bemessenen Zeitspanne, einen Gesetzesentwurf zu konstruieren, werden die fehlende Beteiligung sowie Diskussionsmöglichkeit des österreichischen Volkes aufgezeigt.

Grundsätzlich ist die Bezeichnung der Sterbeverfügung kritisiert, da dieser Begriff dem Ausdruck der zu ergreifenden Handlungen nicht entspricht. Ebenfalls zu hinterfragen ist die Bedeutung des Wortes „Verfügung“. Eine Patientenverfügung, welche eher positiv besetzt ist, weist eine andere Intension als eine Sterbeverfügung auf. Der Dachverband Hospiz Österreich (2021) bezeichnet den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser beiden „Verfügungen“ als verwirrend. Die Patientenverfügung findet erst Anwendung, wenn die/der Patient*in nicht mehr entscheidungsfähig ist und somit ihre/seine individuellen Wünsche nicht mehr ausdrücken kann. Gegensätzlich dazu steht die Sterbeverfügung. In dieser ist es essentiell, dass die Entscheidungsfähigkeit des Menschen klar gegeben ist. Der Vorschlag zur Änderung des Titels, welcher Klarheit und Eindeutigkeit impliziert, wäre laut dem Dachverband Hospiz Österreich (2021), Suiziderklärung.

Auch die fehlende Regelung der Durchführung des Selbstmordes, wird angemerkt. Im Gesetzesentwurf sind die Voraussetzungen sowie der straffreie Erhalt der tödlichen Dosis geregelt, jedoch nicht die konkrete Durchführung der Selbsttötung (Dachverband Hospiz Österreich, 2021).

Der Dachverband Hospiz Österreich (2021) weist in seiner Stellungnahme auf einzelne Paragraphen hin. Beispielsweise müssen einige Begriffsbezeichnungen genauer überdacht und formuliert werden. Das ausdrückliche Einverständnis der zur hilfeleistenden Person oder Personen ist einzuholen. Weiters wird eine Ergänzung der Regelung zur Durchführungsdokumentation gefordert. Zu guter Letzt ist die Sorge des Dachverbandes Hospiz Österreich, wie folgt, zum Ausdruck gebracht.

Wir haben Sorge, dass ...

... im Gesetz genannte einschränkende (§ 6) und aufklärende Maßnahmen (§ 7) analog zu anderen Ländern im Sinne einer Gleichbehandlung eingeklagt und mittelfristig verwässert werden.

... der Ruf nach „Tötung auf Verlangen“ lauter wird und somit auch der § 77 StGB gefährdet ist.

... diese Formen des „neuen Sterbens“ unsere Gesellschaft nachhaltig verändern und zum „Normalfall“ werden könnten, da dadurch die Tendenz verstärkt wird, dem Leben im Angewiesensein, Würde und Sinn abzusprechen.

... Begriffe wie Hilfe, Barmherzigkeit, Würde, Mitgefühl, Liebe eine beliebige Vieldeutigkeit erfahren und ihren eindeutigen Bezugs- und Orientierungsrahmen verlieren.

... leidende und beeinträchtigte Menschen unter Druck geraten, einen assistierten Suizid zu begehen, um anderen nicht zur Last zu fallen.

... Beihilfe zur Selbsttötung zu einer medizinischen Dienstleistung wird, die eingefordert werden kann und damit das Selbstverständnis der helfenden Berufe erschüttert (Dachverband Hospiz Österreich, 2021).

Gemäß dem Bundesgesetzblatt (242) sind die Voraussetzungen für den sterbewilligen Menschen Volljährigkeit, Einsichts- und Urteilsfähig, sowie eine chronische oder unheilbare Erkrankung, welche zum Tod führen wird. Die/Der Patient*in ist von zwei Mediziner*innen, davon muss Eine/Einer eine palliative Kompetenz aufweisen, ordnungsgemäß aufzuklären.

Somit haben Menschen im Zustandsbild Wachkoma oder auch Demenzkranke, keine Möglichkeit dieses Gesetz zu nutzen. Auch Erwachsenenschutzvertreter*innen dürfen rechtlich keine Entscheidung diesbezüglich treffen.

7. Empirischer Abschnitt

In diesem Kapitel soll der/dem Leser*in im Detail aufgezeigt werden, wie die jeweiligen Schritte vom Erstellen der Forschungsfragen bis hin zu den Ergebnissen durchgeführt wurden. Beginnend wird der quantitative Forschungsansatz, inklusive seiner Gütekriterien sowie die Beschreibung der Stichprobe, dargestellt. Folgend ist die Ausführung der Datenerhebung, Datenaufbereitung sowie deren Auswertung dargelegt.

7.1 Literaturrecherche

Für die Erstellung des Exposés sowie für die Masterthesis wird einerseits die Methodik der Literaturrecherche in entsprechenden Fachbüchern, Fachzeitschriften und im Internet verwendet. Dazu wurden unter anderem Google Books, Google Scholar und diverse Datenbanken wie PubMed, Cinahl, Medline und Livivo, sowie research gate und Academia.edu, genutzt. Andererseits ist eine Erhebung mittels Fragebögen geplant. Da die Autorin, ihren Möglichkeiten entsprechend, versucht hat hauptsächlich die Primärliteratur zu verwenden, sind die Angaben nicht die aktuellsten. Jedoch wurde sich auf diese primären Werke, in vielen verschiedenen jüngeren Publikationen und Büchern, berufen. Folgende Suchbegriffe sollen einzeln und/oder in Kombination zur Anwendung kommen: Wachkoma, Belastungen, Pflege, Angehörige, Schädel-Hirn-Trauma, Ärzt*innen.

7.2 Quantitativer Forschungsansatz

Die quantitative Forschungsmethode arbeitet zur Datengewinnung mit standardisierten Verfahren, objektiven Messinstrumenten und Beobachtungen. Das Ziel dieser Forschungsmethode besteht im Wesentlichen darin, aufgestellte Hypothesen realistisch und objektiv zu überprüfen und somit allgemein gültige Aussagen zu treffen (Mayer, 2007; 68f.).

Bei diesem Forschungsansatz werden Ausschnitte aus dem Realen gemessen, in Zahlenwerte übersetzt, also quantifiziert und in weiterer Folge statistisch ausgewertet (Bortz & Döring, 2006; 738).

Ein häufiges Instrument in der quantitativen Sozialforschung ist die schriftliche Befragung mittels strukturierten und standardisierten Fragebögen. Diese Methode wird zur Sammlung von Daten, bezogen auf Wissen, Meinungen, Überzeugungen, Erwartungen und Erfahrungen der befragten Menschen, verwendet. Wesentliche Erkenntnisse können auch aus der Erhebung über bestimmte Verhaltensmuster gezogen werden (Mayer, 2007; 105).

Innerhalb der vorliegenden Arbeit wird die empirische Forschung durch den quantitativen Ansatz durchgeführt. Die Autorin versucht dadurch Ursachen zu klären, Beziehungen

zwischen numerischen Daten zu beschreiben und durch allgemeingültige Voraussagen Handlungsrichtlinien abzuleiten (Mayer, 2007; 86).

7.2.1 Begründung für das quantitative Vorgehen

Quantitativen Forschung geht es wie bereits erwähnt darum, Verhalten in Form von Modellen, Zusammenhängen und zahlenmäßigen Ausprägungen möglichst genau zu beschreiben und vorhersagbar zu machen (Burns & Grove, 2005; 31).

Die Autorin sieht die Korrelation zwischen Belastungen der Angehörigen von Wachkomapatienten in Langzeiteinrichtungen, des pflegenden und betreuenden Gesundheitspersonals sowie der behandelnden Ärzteschaft.

Aufgrund organisatorischer, zeitlicher, als auch finanzieller Ursachen ist es oft unmöglich, eine Gesamtpopulation, bezogen auf eine zutreffende Hypothese, zu befragen. Eine Stichprobe wird als eine Teilmenge einer Grundgesamtheit definiert. Die Kriterien der Teilmenge und der Grundgesamtheit sollen übereinstimmende charakteristische Merkmale besitzen, um präzise Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu ziehen und somit eine Generalisierung ermöglichen (Steiner & Benesch, 2018; 20f.).

Bei dem verwendeten Design handelt es sich um eine deskriptive Querschnittstudie. Vorteilhaft bei diesem Vorgehen ist die Korrelationen sichtbar zu machen (Burns & Grove, 2005; 31).

7.3 Methode der Datenerhebung

In dieser Masterthesis wurde für die quantitative Datenerhebung die schriftliche Befragung in Form von Fragebögen gewählt.

Der Fragebogen dient als Instrument zur Erhebung von Meinungen, Einstellungen und zu Positionierungen von Themen oder Sachverhalten. Die Teilnehmenden müssen die schriftlich verfassten, vorliegenden Fragen selbstständig beantworten (Steiner & Benesch, 2018; 47f).

In der vorliegenden Arbeit werden mehrere standardisierte Fragebögen zusammengeführt, da in Bezug auf die Thematik lediglich qualitative Erhebungen durchgeführt wurden.

Um einen Fragebogen erstellen zu können ist es essentiell, Forschungsfragen zu konkretisieren, um Hypothesen daraus abzuleiten. Einzelne Begriffe sind im Vorfeld genau zu definieren, um die Entwicklung von Indikatoren zu gewährleisten. Diese Phase wird auch Konzeptionsphase genannt. Die nächste Ebene für den Entwurf eines Fragebogens bildet die Konstruktionsphase. Hier ist auf die korrekte Formulierung zu achten, da verschiedene Fragetypen (Einstellungs-, Beurteilungs-, Beobachtungs-, Wissens-, Handlungs-, Fakt- oder soziodemografische Fragen) existieren. Darum ist es notwendig

zu wissen, nach welcher Art der Information gesucht, welche Struktur (offene oder geschlossene Fragen) verwendet und welche Antwortmöglichkeiten (Alternativvorgaben, Mehrfachvorgaben mit Ranking, Skalen, Hybridfragen) vorgegeben werden (Mayer, 2007; 106ff.).

7.3.1 Prätest

Der Fragebogenerhebung ging ein Prätest voraus, um die Anwenderfreundlichkeit und Verständlichkeit der Fragebögen zu überprüfen. Es wurden jeweils 3 Ärzt*innen, Gesundheitspersonen sowie Angehörige im Zeitraum von Oktober bis November 2021 eingeschlossen. Diese Menschen wurden um ein Feedback hinsichtlich der Fragestellungen gebeten. Zwei Fragen der Kategorie B und eine Frage der Kategorie C wurden geändert. Die teilnehmenden Personen wurden in die später durchgeführte Hauptuntersuchung nicht eingeschlossen.

7.3.2 Gütekriterien der quantitativen Forschung

Um die Qualität der Forschung zu identifizieren wurden Gütekriterien in der empirischen Forschung erstellt. Sie konzentrieren sich hauptsächlich auf die Datenerhebung und Datenauswertung (Mayer, 2007; 77).

Objektivität

Objektivität bedeutet in diesem Falle Nachprüfbarkeit. Sie ist vom Standardisierungsgrad der Erhebungs-, Messinstrumente und dem Auswertungsverfahren abhängig. Weiter kann nachvollzogen werden, ob die Forschungsergebnisse auch unabhängig von der forschenden Person gelten (Mayer, 2007; 77).

Reliabilität

Dieses Gütekriterium steht für Zuverlässigkeit. Es bezieht sich auf das verwendete Messinstrument, das heißt: Ist das Forschungsergebnis bei Wiederholung derselben Studie ident beziehungsweise entsprechend übereinstimmend (Mayer, 2007; 78)?

Validität

Validität beschreibt die Gültigkeit. Demnach wird geprüft, ob ein Messinstrument wirklich das erhebt, was erhoben werden soll (Mayer, 2007; 78).

7.4 Durchführung der Datenerhebung

Die Befragung der Angehörigen von Wachkomapatienten sowie des Gesundheitspersonals, welches Pflegepersonal und Therapeuten miteinschließt, wird in den vier Betreuungseinrichtungen in Oberösterreich durchgeführt. Die jeweiligen Pflegedienstleitungen sowie Stationsleitungen der Wachkomastationen waren nach kurzer Instruierung einverstanden. Die Erhebung in LPBZ Schloss Cumberland, LPBZ Schloss Haus, LPBZ Christkindl sowie das Apallikerzentrum Haid, fand im Zeitraum 17.11.2021 bis 28.02.2022 statt. Aufgrund der Corona bedingten politischen Entscheidungen und Empfehlungen musste der Erhebungszeitraum angepasst werden.

Konsiliarärzt*innen erhielten postalisch die Information, einen Fragebogen sowie einen frankierten Rückumschlag. Hausärzt*innen als auch Fachärzt*innen wurden im Rahmen der Visiten je ein Fragebogen ausgehändigt.

Die dadurch entstehenden Daten sollen vorhersagbare Entwicklungen aufzeigen und somit zu gegenzusteuern Maßnahmen führen, um die Korrelationen zwischen den einzelnen Mitgliedern im interprofessionellem Team auszugleichen beziehungsweise zu entschärfen.

7.4.1 Beschreibung der Stichprobe

In der vorliegenden Masterarbeit wird mittels Klumpenstichprobe erhoben. Die Befragung wird in den vier Wachkomastationen in Oberösterreich durchgeführt. Davon sind drei Häuser (Schloss Cumberland, Schloss Haus und Christkindl) an die vier Landespflege- und Betreuungszentren angeschlossen. Als vierte Station in Oberösterreich wird das Kompetenzzentrum für Apalliker*innen in Haid, betrieben durch den Sozialhilfverband Linz-Land, miteinbezogen, um alle Wachkomastationen im Langzeitbereich im Bundesland Oberösterreich miteinzubeziehen. Daraus ergibt sich eine Bettenanzahl von 39. Grundsätzlich wurde von 2 Angehörigen pro Bewohner*in ausgegangen, wobei mehr Fragebögen ausgegeben wurden.

Aufschlüsselung der jeweiligen Häuser:

| | LPBZ Schloss Cumberland | LPBZ Schloss Haus | LPBZ Christkindl | Apallikerzentrum Haid |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------|-----------------------|
| Bewohner | 7 | 12 (+1 Kurzzeitpflegebett) | 6 | 12 |
| Pflegepersonen/Therapie | 9/5 | 18/7 | 11/5 | 16/3 |
| Ärzt*innen | 5 | 3 | 2 | 2 |
| Angehörige | 14 | 26 | 12 | 12 |

7.4.2 Das Messinstrument

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Fragebögen wurden mit standardisierten Items gestaltet. Die Konkretisierung der Fragestellungen erfolgte nach ausführlicher Literaturrecherche. Diese Messinstrumente bestehen aus vier Teilen (A-D).

Der Fragebogen für das Gesundheitspersonal und der Mediziner*innen beinhaltet: (in Teil A) Angaben zur Person, (in Teil B) Betrieb und Arbeit, (in Teil C) persönliche Belastung und (in Teil D) palliatives Wissen.

Der Fragebogen für die Angehörigen beinhaltet: (in Teil A) Angaben zur Person und dem Menschen im Zustandsbild Wachkoma, (in Teil B) Institution, (in Teil C) persönliche Belastung, (in Teil D) palliatives Wissen.

7.5 Ethische Aspekte

Die schriftliche Befragung des Gesundheitspersonals sowie der Ärzt*innen beschränkt sich auf die vier, in Oberösterreich, existierenden Spezialeinrichtungen für Wachkomapatient*innen.

Die Erhebung bezogen auf Angehörige findet unter den Voraussetzungen der Volljährigkeit dieser, sowie einer, über ein Jahr bestehenden Diagnose „apallisches Syndrom“ und / oder „Wachkoma“, statt.

Die Studienteilnehmer*innen wurden über die freiwillige Teilnahme informiert und ihre Anonymität zugesichert.

Lt. E-Mail-Korrespondenz mit der oberösterreichischen Ethikkommission (siehe Anhang) vom 07.10.2021 benötigt die Autorin für das vorliegende Forschungsvorhaben keine explizite Einreichung, da nicht an, beziehungsweise mit Patient*innen geforscht wird.

7.6 Methode der Datenauswertung

Die quantitativen Daten wurden in das Programm Microsoft Office Excel 2016 transferiert und mit Hilfe von Tabellen ausgewertet. Die Vorgangsweise der deskriptiven Ergebnisdarstellung orientiert sich an den Forschungsfragen und nimmt zu den aufgestellten Hypothesen Bezug. Rücklauf:

| | LPBZ Schloss Cumberland | LPBZ Schloss Haus | LPBZ Christkindl | Apallikerzent- rum Haid |
|--------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------|----------------------------|
| Gesundheits- personal | 11 | 7 | 15 | 13 |
| Ärzt*innen | 4 | | 1 | |
| Angehörige | 10 | 4 | 17 | 3 |

Daraus ergibt sich eine Rücklaufquote des Pflegepersonals von 58,49%, der Therapie 75%, den Angehörigen 44,59% und der Ärzteschaft von 41,66%.

8. Datenauswertung

Die Datenauswertung wird auf die im Fragebogen erstellten 4 Teile aufgeteilt. Das Pflegepersonal wurde in Vollzeit- und Teilzeitkräfte geteilt. Bei den Therapeut*innen wurde aufgrund weniger vierzig Stundenkräfte auf eine Trennung verzichtet.

8.1 Auswertung Teil A

Folgende soziodemografische Daten des Gesundheitspersonals (Pflege n= 31, Therapie n= 15) wurden erhoben: Berufsgruppe, Geschlecht, Zeit der Tätigkeit auf einer Wachkomastation, Alter, Familienstand, Stundenausmaß, sowie das in Betracht ziehen eines Stationswechsels aufgrund der hohen Belastung.

Betreffend die Angehörigen (n= 33) wurde auf folgende soziodemografische Daten eingegangen: Verhältnis zu Patient*in, Erwachsenenschutzvertretung, Zeit des Zustandsbildes Wachkoma, Alter der/des Patient*in sowie die Häufigkeit der Besuche.

Die soziodemografischen Daten, welche in diesem Abschnitt von Mediziner*innen (n= 5) erhoben wurden: Praktische*r Ärzt*in oder Fachärzt*in, Erfahrung im Setting Wachkoma, Häufigkeit der Visitierung sowie die Verfügung, bezogen auf spezialisierte Weiterbildungen im Bereich Wachkoma und Palliative Care.

8.1.1 Gesundheitspersonal

73 Fragebögen wurden an das Gesundheitspersonal in vier Einrichtungen mit Wachkomapatient*innen in Oberösterreich ausgegeben. Als Rücklauf konnten 46 Bögen (63,01%) verzeichnet werden. Davon wurden 31 (58,46%) von Pflegekräften und 15 (75%) von Therapeut*innen ausgefüllt.

Die geschlechtsspezifische Verteilung

Im Bereich der Pflegekräfte nahmen fünf (16,13%) männliche sowie sechsundzwanzig (83,87%) weibliche Kolleg*innen teil. Bezugnehmend auf die Therapie füllten ein (6,66%) männlicher und vierzehn (93,33%) weibliche Therapeut*innen den Bogen aus.

Zeit der Tätigkeit im Setting Wachkoma

Die überwiegende Mehrheit (18; 58,06%) der Pflegekräfte ist seit ein bis fünf Jahren im Setting einer Wachkomastation tätig. Sechs Personen (19,35%) arbeiten bereits sechs bis zehn Jahren in diesem Bereich. Weitere sieben Pflegepersonen (22,58%) sind zwischen elf und zwanzig Jahren in diesem Gebiet beschäftigt.

Sechs Therapeut*innen (40%) arbeiten zwischen einem und fünf Jahren mit Wachkomapatient*innen. Weitere acht (53,33%) sind seit sechs bis zehn Jahren in diesem Setting tätig. Eine Person (6,66%) ist bereits über 11 Jahre angestellt.

Altersverteilung

Eine Pflegeperson (3,23%) ist unter zwanzig Jahren. Vier weitere Pflegekräfte (12,90%) sind im Alter zwischen fünfundzwanzig und fünfunddreißig Jahren. Zehn der Befragten (32,25%) befinden sich in einem Lebensalter zwischen sechsunddreißig und fünfundvierzig Jahren. Neun Pflegepersonen (29,03%) sind zwischen sechsundvierzig und fünfundfünfzig Jahre alt. Über sechsundfünfzig Jahre wurde von 7 Personen (22,58%) angegeben.

Vier Therapeut*innen (26,67%) gaben ein Alter zwischen zwanzig und fünfundzwanzig Jahren an. Weitere vier (26,67%) befinden sich in einem Lebensalter zwischen sechsundzwanzig und fünfunddreißig. Fünf Therapeut*innen (33,33%) sind zwischen sechsunddreißig und fünfundvierzig Jahre alt. Zwei Personen (13,33%) gaben ein Alter zwischen sechsundvierzig und fünfundfünfzig an.

Familienstand

Mehr als die Hälfte der befragten Pflegepersonen sind verheiratet (18; 58,06%). Drei der teilnehmenden Pflegekräfte (9,68%) sind geschieden und weitere drei (9,68%) ledig. In einer Partnerschaft leben sieben Personen (22,58%).

In der Therapie leben mehr als die Hälfte der Befragten (8; 5,33%) in einer Partnerschaft. Zwei der Therapeut*innen (13,33%) sind ledig und weitere fünf (33,33%) verheiratet.

Beschäftigungsausmaß

Eine Pflegeperson (3,23%) ist bis zehn Wochenstunden angestellt. Eine weitere (3,23%) bis zu zwanzig. Dreizehn der Befragten (41,94%) haben ein Beschäftigungsausmaß von einundzwanzig bis dreißig Wochenstunden. Einunddreißig bis fünfunddreißig Stunden pro Woche arbeiten vier Pflegekräfte (12,90%). Einer Vollzeitbeschäftigung von vierzig Stunden gehen zwölf Personen (38,74%) nach.

Von den männlichen Pflegekräften arbeiten vier (12,90%) Vollzeit. Ein Kollege (3,23%) hat ein Beschäftigungsausmaß von fünfunddreißig Wochenstunden gewählt.

Vier Therapeut*innen (26,67%) sind bis zu zehn Stunden pro Woche angestellt. Weitere drei (20%) verfügen über ein Beschäftigungsausmaß von bis zu zwanzig Wochenstunden. Einundzwanzig bis dreißig Stunden pro Woche arbeiten fünf Therapeut*innen (33,33%) und drei (20%) sind in einer Vollzeitbeschäftigung angestellt. Der einzige

männliche Therapeut (6,66%) arbeitet mit einem Stundenausmaß von fünfundzwanzig Stunden, wobei er auf der Wachkomastation „nur“ sechs Stunden tätig ist.

Stationswechsel in Betracht gezogen

Pflegepersonal Vollzeit

Zwölf Pflegekräfte (38,71%) von einunddreißig (100%), arbeiten Vollzeit. Unter diesen zwölf Personen (100%) sind vier (33,33%) männliche Kollegen. Zwei dieser Befragten (16,66%) haben bereits einen Stationswechsel aufgrund der Belastung im Setting Wachkomastation in Betracht gezogen.

Pflegepersonal Teilzeit

Neunzehn Pflegekräfte (61,29%) von einunddreißig (100%), arbeiten Teilzeit. Unter diesen neunzehn Personen (100%) ist ein (5,26%) männlicher Kollege. Sieben dieser Befragten (36,84%) haben bereits einen Stationswechsel aufgrund der Belastung im Setting Wachkomastation in Betracht gezogen.

Im Therapiebereich ist dies noch deutlicher zu erkennen. Lediglich eine Person (6,67%) hat aufgrund von Belastung, schon einmal einen Wechsel der Station in Erwägung gezogen.

8.1.2 Angehörige

Verhältnis zu dem Menschen im Wachkoma

Dreiunddreißig Angehörige haben bei der Umfrage mitgemacht. Darunter waren fünf Mütter (15,15%), zwei Väter (6,06%), drei Ehegatten (9,09%), zwei Ehegattinnen (6,06%), drei Töchter (9,09%), ein Sohn (3,03%), vier Brüder (12,12%), zwei Schwestern (6,06%), ein Lebensgefährte (3,03%), zwei Schwägerinnen (6,06%), ein Schwager (3,03%), drei Freund*innen (9,09%), ein Onkel (3,03%), eine Nichte (3,03%), eine Schwiegermutter (3,03%) sowie ein Exgatte (3,03%).

Zusätzlich betraut mit Erwachsenenschutzvertretung und Belastung dadurch

Dreizehn Angehörige (39,39%) sind zusätzlich mit der Erwachsenenschutzvertretung betraut. Davon empfinden vier Personen (12,12%) keine Belastung und drei der Befragten (9,09%) geben eine mäßige Beanspruchung an. Vier Angehörige (12,12%) empfinden jedoch eine starke und zwei Personen (6,06%) eine sehr starke Belastung.

Besucherturnus

Patient*innen, welche bis zu fünf Jahren im Wachkoma liegen, werden von zwei der Angehörigen (6,06%) täglich beziehungsweise jeden zweiten Tag besucht. Acht Men-

schen (24,24%) kommen zwei bis fünf Mal pro Monat, um ihren Angehörigen im Zustandsbild Wachkoma, einen Besuch abzustatten. Sechs Mal im Jahr besuchen zwei (6,06%) Personen ihre/ihren Angehörigen auf der Station. Tresch et al. (1991a, b) kamen zu dem Ergebnis, dass 50% der Menschen im Wachkoma, auch nach zweijähriger Dauer des Zustandsbildes, täglich Besuch erhalten. Dies kann mit den vorliegenden Ergebnissen nicht untermauert werden.

Menschen, welche zwischen sechs und zehn Jahren im Wachkoma leben, werden von drei Angehörigen (9,09%) jeden zweiten Tag besucht. Je ein*e Besucher*in (3,03%) kommt sechs Mal pro Monat beziehungsweise zwei Mal pro Monat zu der/dem Bewohner*in.

Wachkomapatient*innen, welche länger als zehn Jahre in diesem Zustandsbild sind, erhalten ein bis fünf Mal pro Monat Besuch von acht Angehörigen (24,24%). Fünf Personen (15,15%) kommen ein bis fünf Mal pro Jahr auf Besuch. Sechs bis zehn Mal pro Jahr besuchen ihre/ihren Angehörigen 3 Menschen (9,09%). Crispi & Crisci (2000) beschreiben, dass sich die Zahl der besuchenden Angehörigen, nach vier bis sechs Monaten nach dem Akutereignis, auf meist nur eine Person reduziert.

8.1.3 Mediziner*innen

Von zwölf Fragebögen konnte ein Rücklauf von fünf (41,66%) erreicht werden. Von den befragten Ärzt*innen sind zwei (40 %) praktische Ärzt*innen, zwei (40%) Fachärzt*innen für Neurologie und eine Person (20%) ist Dermatolog*in.

Erfahrung im Setting Wachkoma

Zwei der Ärzt*innen (40%) geben sehr viel Kenntnis in diesem Bereich an. Eine Person (20%) hat mäßige und zwei weitere Ärzt*innen (40%) wenig Erfahrung.

Häufigkeit der Visitierung

Drei der befragten Ärzt*innen (60%) führen ein bis zwei Mal pro Woche eine Visite auf der Wachkomastation durch. Zwei weitere (40%) kommen ein bis zwei Mal pro Jahr in dieses Setting.

Spezialisierte Weiterbildung zum Thema Wachkoma

Eine befragte Person (20%) verfügt über eine spezialisierte Weiterbildung zum Thema Wachkoma. Die restlichen Ärzt*innen (80%) nicht.

Spezialisierte Weiterbildung zum Thema Palliative Care

Keiner der teilnehmenden Ärzt*innen (100%) verfügt über eine spezialisierte Weiterbildung zum Thema Palliative Care.

8.2 Auswertung Teil B

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich bezüglich Gesundheitspersonal mit Einschätzung des Arbeitsklimas, gesellschaftlichen Ansehen, leistungsgerechter Entlohnung, räumliche und bauliche Verhältnisse, ausreichend Hilfsmittel, Erfolgserlebnisse im Langzeitbereich, Zeit, Dokumentation, Empfindungen zur Tätigkeit, Burnout, sowie Belastungen.

Angehörige wurden in diesem Teil zu folgenden Elementen befragt: finanzielle, bürokratische sowie organisatorische Belastung, Unterstützungsangebot, Veränderungen im persönlichen Umfeld, Zukunftsängste, Schuldgefühle sowie Belastungen beim Besuch des Menschen im Zustandsbild Wachkoma.

Bezugnehmend auf die Erhebung in der Ärzteschaft wurde auf das Arbeitsklima auf der Wachkomastation, das gesellschaftliches Ansehen der Tätigkeit im Setting selbst, Zweifel an der Diagnosestellung sowie Belastungen, eingegangen.

8.2.1 Gesundheitspersonal

Pflegepersonal Vollzeit

Arbeitsklima

Elf Personen (91,66%), und somit der Großteil der vierzig Stundenkräfte, gibt ein ausgezeichnetes Arbeitsklima auf ihrer Station an. Ein (8,33%) Mensch hält das Klima für mäßig gut.

Gesellschaftliches Ansehen

Das gesellschaftliche Ansehen ihrer Tätigkeit wird von sieben Befragten (58,33%) als hoch eingeschätzt. Weitere vier der Vollzeitkräfte (33,33%) geben ein geringes gesellschaftliches Ansehen an. Nur eine Pflegekraft (8,33%) beurteilt diese Frage mit sehr gering.

Entlohnung

Je vier Kolleg*innen (33,33%) empfinden die Entlohnung als eher nicht beziehungsweise nicht leistungsgerecht. Drei Personen (25%) denken eher schon, dass die Bezahlung leistungsgerecht sei und nur ein befragter Mensch (8,33%) schätzt das Gehalt als leistungsgerecht ein.

Räumliche und bauliche Verhältnisse

Eine Pflegekraft (8,33%) fühlt sich von den räumlichen und baulichen Verhältnissen auf der Wachkomastation in ihrem Arbeitsablauf beeinträchtigt. Drei Kolleg*innen (25%) empfinden eher eine Belastung dadurch. Eine befragte Person (8,33%) gibt an, eher

nicht eingeschränkt zu sein. Sieben weitere Pflegekräfte (58,33%) und somit der Großteil fühlen keine Belastung durch räumliche und bauliche Verhältnisse.

Hilfsmittelversorgung

Für acht der Befragten (66,66%) stehen genügend Hilfsmittel zur Verfügung. Zwei Menschen (16,66%) denken, dass eher ausreichend Materialien vorhanden sind. Je eine Person (8,33%) ist eher nicht beziehungsweise nicht der Meinung, dass genügend Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

Erfolgsenerlebnisse

Vier Pflegepersonen (33,33%) sind eher der Meinung, dass man im Akutbereich weniger Erfolgsenerlebnisse als im Langzeitbereich bei der pflegerischen Tätigkeit verzeichnen kann. Fünf der befragten Kolleg*innen (41,66%) sind eher nicht dieser Ansicht und drei Pflegekräfte (25%) sind gar nicht dieser Meinung.

Zeitressourcen

Genügend zeitliche Ressourcen um das Arbeitspensum zu erfüllen, hat eine vierzig Stundekraft (8,33%). Sieben Pflegepersonen (58,33%) sind eher auch dieser Meinung. Drei Kolleg*innen (25%) teilen diese Ansicht eher nicht und ein befragter Mensch (8,33%) hat nicht ausreichend Zeit um ihre/seine Arbeit zu erledigen.

Dokumentation

Der Zeitaufwand für die Dokumentation wird von drei Pflegekräften (25%) als sehr hoch eingestuft. Fünf der Befragten (41,66%) beurteilen dies als hohe zeitliche Ressource. Als mäßig aufwändig empfinden vier Personen (33,33%) diese Tätigkeit.

Empfindungen des Tätigkeitsbereiches

Von zwölf Vollzeitpflegekräften (100%) empfinden sieben Kolleg*innen (58,33%) ihre Beschäftigung auf der Wachkomastation als abwechslungsreich. Die übrigen Fünf (41,66%) nehmen diese Tätigkeit als monoton wahr.

Gefühl des „ausgebrannt seins“

Drei Pflegekräfte (25%) geben an, sich schon einmal ausgebrannt gefühlt zu haben. Weitere acht Kolleg*innen (66,66%) empfinden dies eher auch. Nur ein befragter Mensch (8,33%) gibt an, eher noch nicht so empfunden zu haben. Keine*r der Pflegepersonen beantwortet diese Frage mit einem klaren Nein.

Belastungen durch Zeitdruck bei der Arbeit

Eine Pflegekraft (8,33%) der zwölf vierzig Stundenkräfte (100%) gibt eine sehr starke Belastung durch Zeitdruck bei ihrer Tätigkeit an.

Sieben der Befragten (58,33%) sind mäßig durch mangelnde Zeitressourcen beeinflusst. Die übrigen vier Pflegekräfte (33,33%) geben eine geringe Belastung an.

Belastungen durch unangenehme Gerüche

Eine sehr starke Belastung durch unangenehme Gerüche wird von zwei Pflegepersonen (16,66%) empfunden. Sieben Kolleg*innen (58,33%) geben eine mäßige Belastung diesbezüglich an. Drei Pflegekräfte (25%) sind gering beeinträchtigt.

Belastungen durch mangelhafte Ausstattung mit Pflegehilfsmittel

Eine Pflegeperson (8,33%) ist sehr stark durch die mangelhafte Ausstattung mit Pflegehilfsmittel belastet. Eine weitere Pflegekraft (8,33%) gibt eine mäßige Beeinträchtigung an. Sechs Kolleg*innen (50%) empfinden eine geringe Belastung dadurch. Die restlichen vier Befragten (33,33%) sind nicht beeinflusst.

Belastungen durch Leid von Patient*innen

Zwei der befragten Pflegepersonen (16,66%) geben eine sehr starke Belastung durch das Leid von Patient*innen an. Eine Vollzeitkraft (8,33%) ist diesbezüglich mäßig beeinträchtigt. Eine geringe Belastung empfinden vier der Befragten (33,33%).

Belastungen durch Kommunikation mit den Patient*innen

Eine sehr starke Belastung in Bezug auf die Kommunikation mit Patient*innen sieht keine Pflegeperson. Fünf der Befragten (41,66%) geben eine mäßige, weitere fünf (41,66%) eine geringe Belastung und zwei Pflegekräfte (16,66%) fühlen sich nicht beeinträchtigt.

Belastungen durch fordernde Angehörige

Durch fordernde Angehörige werden drei Vollzeitpflegekräfte (25%) sehr stark belastet. Eine mäßige Beeinträchtigung geben vier Befragte (33,33%) an. Fünf Pflegepersonen (41,66%) sind gering durch fordernde Angehörige belastet.

Belastungen durch fehlende Rückmeldung von Patient*innen

Eine sehr starke Belastung durch fehlende Rückmeldung von Patient*innen empfinden drei Kolleg*innen (25%). Mäßig beeinträchtigt sind sechs der Befragten (50%). Eine geringe Belastung gibt eine Pflegeperson (8,33%) an, zwei Pflegekräfte (16,66%) fühlen sich nicht beeinträchtigt.

Belastungen durch Arbeitshaltung der Kolleg*innen

Eine sehr starke Belastung durch die Arbeitshaltung der Kolleg*innen empfindet keine einzige Pflegekraft. Jedoch geben zwei Vollzeitkräfte (16,66%) eine mäßige Beeinträchtigung an. Sieben der Befragten (58,33%), und somit der Großteil, sind gering belastet. Drei Pflegekräfte (25%) sehen sich nicht beeinflusst.

Belastungen durch Personalmangel

Vier der befragten Pflegekräfte (33,33%) geben eine sehr starke Belastung durch den Mangel an Personal an. Sechs Kolleg*innen (50%) fühlen sich dadurch mäßig und zwei (16,66%) gering beeinträchtigt.

Angaben von befragten Vollzeitkräften

Je eine Pflegeperson (8,33%) gibt zusätzlich eine sehr starke Belastung durch die mangelnde Bausubstanz des Hauses, nicht zeitgemäße Reparaturen, schwierig zu organisierende Zahnbehandlungen von Wachkomapatient*innen, zusätzliche Bürokratie durch Corona und resistente Keime, an.

Pflegepersonal Teilzeit

Arbeitsklima

Zwölf Teilzeitpflegekräfte (63,15%) geben ein ausgezeichnetes Arbeitsklima auf ihrer Abteilung an. Fünf Kolleg*innen (26,31%) geben ein mäßiges Klima an. Zwei Pflegepersonen (10,52%) empfinden ein eher schlechtes Arbeitsklima.

Gesellschaftliches Ansehen

Das gesellschaftliche Ansehen ihrer Tätigkeit wird von sechs Befragten (31,57%) als sehr hoch eingeschätzt. Drei Kolleg*innen (15,78%) sehen eher ein mäßiges, weitere neun Teilzeitkräfte (47,36%) geben ein geringes gesellschaftliches Ansehen an. Nur eine Pflegekraft (5,26%) beurteilt diese Frage mit sehr gering.

Entlohnung

Acht Kolleg*innen (42,10%) empfinden die Entlohnung als eher leistungsgerecht. Neun Personen (47,36%) denken eher nicht, dass die Bezahlung leistungsgerecht sei und zwei befragte Menschen (10,52%) schätzt das Gehalt als nicht leistungsgerecht ein.

Räumliche und bauliche Verhältnisse

Acht Pflegekräfte (42,10%) fühlen sich von den räumlichen und baulichen Verhältnissen auf der Wachkomastation in ihrem Arbeitsablauf eher beeinträchtigt. Weitere acht Kolleg*innen (42,10%) geben an, eher nicht eingeschränkt zu sein. Drei Pflegekräfte (15,78%) empfinden keine Belastung durch räumliche und bauliche Verhältnisse.

Hilfsmittelversorgung

Für zehn der befragten Teilzeitkräfte (52,63%) stehen genügend Hilfsmittel zur Verfügung. Acht Menschen (42,10%) denken, dass eher ausreichend Materialien vorhanden sind. Eine Person (5,26%) ist eher nicht der Meinung, dass genügend Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

Erfolgslebnisse

Fünf Pflegepersonen (26,31%) sind der Ansicht, dass man im Akutbereich weniger Erfolgserlebnisse als im Langzeitbereich bei der pflegerischen Tätigkeit verzeichnen kann. Vier der befragten Kolleg*innen (21,05%) sind eher dieser Meinung, neun Pflegekräfte (47,36%) denken dies eher nicht und eine Person (5,26%) ist gar nicht dieser Auffassung.

Zeitressourcen

Genügend zeitliche Ressourcen, um das Arbeitspensum zu erfüllen, haben drei Teilzeitkräfte (15,78%). Dreizehn Pflegepersonen (68,42%) sind eher auch dieser Meinung. Drei Kolleg*innen (15,78%) teilen diese Ansicht eher nicht.

Dokumentation

Der Zeitaufwand für die Dokumentation wird von vier Pflegekräften (21,05%) als sehr hoch eingestuft. Zehn der Befragten (52,63%) beurteilen dies als hohe zeitliche Ressource. Als mäßig aufwändig empfinden vier Personen (21,05%) diese Tätigkeit. Eine Teilzeitkraft (5,26%) fühlt sich gering belastet.

Empfindungen des Tätigkeitsbereiches

Von neunzehn Teilzeitpflegekräften (100%) empfinden siebzehn Kolleg*innen (89,47%) ihre Beschäftigung auf der Wachkomastation als abwechslungsreich. Die übrigen zwei (10,52%) nehmen diese Tätigkeit als monoton wahr.

Gefühl des „ausgebrannt seins“

Vier Pflegekräfte (21,05%) geben an, sich schon einmal ausgebrannt gefühlt zu haben. Weitere sieben Kolleg*innen (36,84%) empfinden dies eher auch. Fünf befragte Menschen (26,31%) geben an, eher noch nicht so empfunden zu haben. Ein klares Nein wird von drei Pflegepersonen (15,78%) angegeben.

Belastungen durch Zeitdruck bei der Arbeit

Zwei Pflegekräfte (10,52%) der neunzehn Teilzeitkolleg*innen (100%) geben eine sehr starke Belastung durch Zeitdruck bei ihrer Tätigkeit an. Fünfzehn der Befragten (26,31%), und somit der Großteil, sind mäßig durch mangelnde Zeitressourcen beeinflusst. Je eine Pflegekraft (5,26%) gibt eine geringe beziehungsweise gar keine Belastung an.

Belastungen durch unangenehme Gerüche

Eine sehr starke Belastung durch unangenehme Gerüche wird von zwei Pflegepersonen (10,52%) empfunden. Zwölf Menschen (63,15%) geben eine mäßige Belastung diesbezüglich an. Zwei Pflegekräfte (10,52%) sind gering und drei Kolleg*innen (15,78%) gar nicht beeinträchtigt.

Belastungen durch mangelhafte Ausstattung mit Pflegehilfsmittel

Keine Teilzeitkraft ist sehr stark durch die mangelhafte Ausstattung mit Pflegehilfsmittel belastet. Drei der Befragten (15,78%) geben eine mäßige Beeinträchtigung an. Elf Kolleg*innen (57,89%) empfinden eine geringe Belastung dadurch. Die restlichen fünf Befragten (26,31%) sind nicht beeinflusst.

Belastungen durch Leid von Patient*innen

Sieben der befragten Pflegepersonen (36,84%) geben eine sehr starke Belastung durch das Leid von Patient*innen an. Zehn Kolleg*innen (52,63%) sind diesbezüglich mäßig beeinträchtigt. Gar keine Belastung empfinden zwei der Befragten (10,52%) an.

Belastungen durch Kommunikation mit den Patient*innen

Eine sehr starke Belastung in Bezug auf die Kommunikation mit Patient*innen empfinden zwei Pflegepersonen (10,52%). Sechs der Befragten (31,57%) geben eine mäßige, acht (42,10%) eine geringe Belastung und drei Pflegekräfte (15,78%) fühlen sich nicht beeinträchtigt.

Belastungen durch fordernde Angehörige

Durch fordernde Angehörige werden acht Teilzeitpflegekräfte (42,10%) sehr stark belastet. Eine mäßige Beeinträchtigung geben weitere acht Befragte (42,10%) an. Zwei Pflegepersonen (10,52%) sind gering und eine Pflegekraft (5,26%) gar nicht durch fordernde Angehörige belastet.

Belastungen durch fehlende Rückmeldung von Patient*innen

Eine sehr starke Belastung durch fehlende Rückmeldung von Patient*innen empfinden drei Kolleg*innen (15,78%). Mäßig beeinträchtigt sind fünf der Befragten (26,31%). Eine geringe Belastung geben sieben Personen (36,84%) an. Vier Pflegekräfte (21,05%) fühlen sich nicht beeinträchtigt.

Belastungen durch Arbeitshaltung der Kolleg*innen

Eine sehr starke Belastung durch die Arbeitshaltung der Kolleg*innen empfindet keine einzige Pflegekraft. Jedoch geben vier Teilzeitkräfte (21,05%) eine mäßige Beeinträchtigung an. Elf der Befragten (57,89%), und somit der Großteil, sind gering belastet. Vier Pflegekräfte (21,05%) sehen sich nicht beeinflusst.

Belastungen durch Personalmangel

Elf der befragten Teilzeitpflegekräfte (57,89%) geben eine sehr starke Belastung durch den Mangel an Personal an. Vier Kolleg*innen (21,05%) fühlen sich dadurch mäßig, drei (15,78%) gering und eine Person (5,26%) gar nicht beeinträchtigt.

Angaben von Befragten Teilzeitkräften

Je eine Pflegeperson (5,26%) gibt zusätzlich eine sehr starke Belastung durch mangelnde Schutzausrüstung bei Covidinfektionen, schwierig zu organisierende Kontrolluntersuchungen von Wachkomapatient*innen im Krankenhaus und körperlichen Kraftaufwand in der Pflege, an.

Therapeutisches Kollegium

Arbeitsklima

Ein therapeutisches Teammitglied (6,67%) schätzt das Arbeitsklima auf ihrer/seiner Station als sehr schlecht ein. Eine weitere Person (6,67%) als schlecht, drei (20%) Kolleg*innen empfinden es als gut und zehn (66,67%) und somit die Mehrheit sieht das Klima als ausgezeichnet.

Gesellschaftliches Ansehen

Eine therapeutische Person (6,67%) gibt ein sehr hohes Ansehen in der Gesellschaft bezugnehmend auf die Tätigkeit im Wachkomabereich an. Sieben Therapeut*innen

(46,67%) empfinden das Ansehen als mäßig, weitere sechs (40%) als gering und eine Person (6,76%) als sehr gering.

Entlohnung

Im therapeutischen Bereich geben vier Personen (26,67%) ein leistungsgerechtes Gehalt an. Fünf Therapeut*innen (33,33%) empfinden die Entlohnung eher gerecht. Die restlichen sechs Therapiemitglieder (40%) bewerten die Bezahlung als eher nicht leistungsgerecht.

Räumliche und bauliche Verhältnisse

Eine therapeutische Person (6,67%) fühlt sich in ihrem Arbeitsablauf beeinträchtigt. Als eher hindernd sehen zwei Therapeut*innen (13,33%) die Verhältnisse. Acht Therapiemitglieder (53,33%), und somit mehr als die Hälfte der Befragten, geben eher keine Beeinträchtigung an. Vier Personen (26,67%) sind gar nicht gestört durch diese Umstände.

Hilfsmittelversorgung

Das ausreichende Vorhandensein von Hilfsmittel geben sieben Therapeut*innen (46,67%) an. Weitere sieben (46,67%) geben ein eher gutes Angebot der Hilfsmittelressourcen an. Als eher nicht ausreichend empfindet eine therapeutische Person (6,67%) das Angebot.

Erfolgserlebnisse

Vier Therapeut*innen (26,67%) geben ein klares Ja bezogen auf die höheren Erfolgserlebnisse im Langzeitbereich an. Zwei der Befragten (13,33%) sind eher davon überzeugt. Acht Therapiemitglieder (53,33%) und somit mehr als die Hälfte der Befragten, sehen eher weniger Erfolgserlebnisse im Langzeitbereich. Nur eine Person (6,67%) beantwortet diese Frage mit einem klaren Nein.

Zeitressourcen

Mehr als die Hälfte der Therapeut*innen (10; 66,67%) haben ausreichende zeitliche Ressourcen. Fünf der therapeutischen Mitarbeiter*innen (33,33%) sind eher mit diesen Ressourcen zufrieden.

Dokumentation

Für drei der befragten therapeutischen Teammitglieder (20%) ist der Zeitaufwand gering. Zwei Therapeut*innen (13,33%) geben einen mäßigen Aufwand betreffend die Dokumentation an. Als hohen Aufwand bezeichnen neun Befragte (60%) diese Tätigkeit. Eine Person (6,67%) bezeichnet den Zeitaufwand als sehr hoch.

Empfindungen des Tätigkeitsbereiches

Im therapeutischen Bereich geben sechs Personen (40%) ein monotones Empfinden an. Die restlichen Therapeut*innen (9; 60%) empfinden ihre Arbeit als abwechslungsreich.

Gefühl des „ausgebrannt seins“

Zwei therapeutische Mitarbeiter*innen (13,33%) hatten bereits diese Empfindung. Eher das Gefühl des „ausgebrannt seins“ geben drei Therapeut*innen (20%) an. Knapp die Hälfte des therapeutischen Teams (7; 46,67%) hatten eher nicht dieses Empfinden und für drei Personen (20%) ist das Gefühl nicht aufgetreten.

Belastungen durch Zeitdruck bei der Arbeit

Bei den therapeutischen Mitarbeiter*innen sind zwei (13,33%) mäßig, der Großteil (10; 66,67%) gering und drei Therapeut*innen (20%) gar nicht belastet.

Belastungen durch unangenehme Gerüche

Im therapeutischen Bereich geben vier Mitarbeiter*innen (26,67%) an, sehr stark durch Gerüche belastet zu sein. Sieben der Befragten (46,67%) sind mäßig und vier (26,67%) gering beeinträchtigt.

Belastungen durch mangelhafte Ausstattung mit Pflegehilfsmittel

Eine therapeutische Person (6,67%) gibt eine sehr starke Belastung bezogen auf die Pflegehilfsmittelausstattung an. Drei Therapeut*innen (20%) sind mäßig, sieben (46,67%) gering und vier (26,67%) gar nicht belastet.

Belastungen durch Leid von Patient*innen

Sechs Therapeut*innen (40%) sind sehr stark bezogen auf das Leid der Patient*innen belastet. Fünf (33,33%) geben eine mäßige Beeinträchtigung an. Eine geringe Belastung wird von vier therapeutischen Mitarbeiter*innen (26,67%) angeführt.

Belastungen durch Kommunikation mit den Patient*innen

Bei den therapeutischen Mitarbeiter*innen empfinden drei (20%) eine sehr starke Belastung diesbezüglich. Je fünf Therapeut*innen (33,33%) geben die Beeinträchtigung als mäßig beziehungsweise gering an. Zwei Personen (13,33%) fühlen sich nicht beeinflusst.

Belastungen durch fordernde Angehörige

Vier Therapeut*innen (26,67%) geben eine sehr starke, weitere vier (26,67%) eine mäßige und fünf (33,33%) eine geringe Belastung durch fordernde Angehörige an. Zwei therapeutische Mitarbeiter*innen (13,33%) sind nicht beeinträchtigt.

Belastungen durch fehlende Rückmeldung von Patient*innen

Bei den therapeutischen Kolleg*innen geben vier (26,67%) eine sehr starke Belastung durch die fehlende Rückmeldung von Patient*innen an. Acht (53,33%) sind mäßig und eine Person (6,67%) gering beeinträchtigt. Zwei Therapeut*innen (13,33%) geben keine Belastung diesbezüglich an.

Belastungen durch Arbeitshaltung der Kolleg*innen

Auch im therapeutischen Bereich wird keine Angabe zu einer sehr starken Belastung durch die kollegiale Arbeitshaltung gemacht. Vier Therapeut*innen (26,67%) empfinden eine mäßige und sieben (46,67%) eine geringe Beeinträchtigung. Vier der Befragten (26,67%) sind nicht belastet.

Belastungen durch Personalmangel

Drei der therapeutischen Teammitglieder (20%) fühlen sich sehr stark durch Personalmangel beeinträchtigt. Neun (60%), und somit mehr als die Hälfte, geben eine mäßige, eine Person (6,67%) eine geringe und zwei (13,33%) keine Belastung an.

8.2.2 Angehörige

Finanzielle Belastung durch die Pflege und Betreuung in der Langzeiteinrichtung

Für zweiundzwanzig Angehörige (66,66%) entsteht keine finanzielle Belastung. Elf der Befragten (33,33%) geben eine geringe Beeinträchtigung an.

Belastung durch bürokratische beziehungsweise organisatorische Herausforderungen

Für Zwölf der Befragten (36,36%) besteht keine, für dreizehn Angehörige (39,39%) eine geringe und für sechs (18,18%) eine mäßige Belastung. Zwei der Befragten (6,06%) machten keine Angaben.

Angebot der Unterstützung diesbezüglich

Zwei Angehörigen (6,06%) wurde Unterstützung angeboten, jedoch ohne Angaben von welcher Zuständigkeit. Eine Person (3,03%) erhielt Hilfe vom zuständigen Gericht, zwölf Angehörige (36,36%) wurde keine Unterstützung zu Teil, ein Mensch (6,06%) holte sich Rat in der Familie, acht Personen (24,24%) wurden durch die Überleitungspflege im Krankenhaus beraten und neun Menschen (27,27%) machten keine Angaben.

Veränderungen im persönlichen Umfeld nach dem Geschehen

Achtundzwanzig Angehörige (84,84%) konnten eine Veränderung im persönlichen Umfeld feststellen.

Ausmaß und Form

„Mein voriges Leben änderte sich radikal – bin Alleine – Sohn lebt in Norddeutschland seit ca. 11 Jahren“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Abstand der Freunde, Familie geteilt“ (schriftliches Zitat Angehörigen).

„Man wird nicht direkt angesprochen (eher hinter vorgehaltener Hand) “ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Sehr positiv! Nachbarschaftshilfe; viele gute Freunde; Familie hilft noch mehr zusammen. Wir stützen uns gegenseitig, versuchen im Sinne meines Gatten zu handeln“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Man verändert sich einfach, die Menschen sind höflicher und betroffener“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Mitleid, Fürsorge, Hilfsbereitschaft“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Dichter Besuchsrhythmus – dadurch Zeitknappheit speziell am Nachmittag/Abend“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Depression“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Die Lebensgefährtin war gleich weg, die restliche Familie wurde wieder enger. Ich wurde stärker, musste ich ja“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Die Ehe hat darunter gelitten“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Bekannte und Freunde und auch Eltern konnten mit der Situation nicht umgehen“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Trauer, Zurückgezogenheit, Überforderung, vieles zu bewältigen, was für meine Schwiegermutter selbstverständlich war, teils nur sie machte, es fehlt zu Hause eine wunderbare Seele von einem Menschen. Ihre fröhliche und herzliche Art“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Man verliert Freunde und wird zum Einsiedler“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Insgesamt hat sich das ganze Leben für uns durch den Unfall meiner Schwester verändert“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Sie ist meine Tochter und ich begreife es bis heute nicht was passiert ist“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Meine beste Freundin fehlt mir noch immer“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Begreife es bis heute nicht was passiert ist“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Familie und Freunde rücken näher zusammen. „Lebenseinstellung“ wurde/hat sich geändert“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Emotionale Belastung mehr oder weniger – je nachdem wie es ihr geht? Habe aufgrund der Situation mit meiner Schwägerin selbst eine Lebensende-Entscheidung gemacht“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Auseinandersetzung mit Thema Lebensverlängerung, emotionaler Stress“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Geteilte Meinung in unserer Familie bezüglich Sinnhaftigkeit der Besuchstätigkeit“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Große psychische Probleme unseres damals 11 jährigen Sohnes, Entfremdung zu meinen Geschwistern durch unterschiedliche Meinung über Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Besuchen bei unserer Schwester“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Totale Lebensumstellung, mit 21 Übernahme von Sachwalter, Übernahme von Haushalt → vorher gemeinsamer Haushalt, Verhältnis zu meinem älteren Bruder schwieriger, kann schlecht mit der Situation umgehen“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Teilweise große Hilfsbereitschaft im Ort und Unterstützung im täglichen Leben. Auch von Seiten meines Arbeitgebers z.B. Möglichkeit in Karenz zu gehen“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

Belastung durch Zukunftsängste

Siebzehn der befragten Angehörigen (51,51%) empfinden keine Zukunftsängste. Jedoch geben sechs Personen (18,18%) an, kaum, zwei Menschen (6,06%) mäßig und sieben Angehörige (21,21%) sehr stark, von Zukunftsängsten belastet zu sein. Eine Person (3,03%) machte keine Angaben.

Schuldgefühle der/dem Patient*in gegenüber

Zwanzig der Befragten (60,60%) empfinden keine Schuldgefühle dem Menschen im Zustandsbild Wachkoma gegenüber. Fünf Angehörige (15,15%) geben dagegen an kaum, vier (12,12%) mäßig und zwei (6,06%) sehr stark an Schuldgefühlen der/dem Patient*in gegenüber zu leiden. Zwei Personen (6,06%) machten keine Angaben diesbezüglich.

Belastungen beim Besuch des Menschen im Zustandsbild Wachkoma

Zehn Angehörige (30,30%) werden sehr stark durch die körperlichen Veränderungen ihres Menschen im Zustandsbild Wachkoma belastet. Eine mäßige Beeinträchtigung dadurch geben zwölf Personen (36,36%) an. Fünf der Befragten (15,15%) empfinden eine geringe und sechs Angehörige (18,18%) keine Belastung diesbezüglich.

Betreffend die veränderte Kommunikation geben zehn der Befragten (30,30%) eine sehr starke Belastung an. Zehn weitere Angehörige (30,30%) sind mäßig, neun (27,27%) gering und vier Personen (12,12%) gar nicht dadurch beeinträchtigt.

Durch die künstliche Ernährung (PEG-Sonde) wird eine Person (3,03%) sehr stark belastet. Weitere zwei Angehörige (6,06%) geben eine mäßige, acht (24,24%) eine geringe und zweiundzwanzig Menschen (66,66%) gar keine Beeinträchtigung diesbezüglich an.

Durch ein liegendes Tracheostoma werden fünf Angehörige (15,15%) sehr stark belastet. Ebenfalls fünf Personen (15,15%) geben eine mäßige, zehn (30,30%) eine geringe und dreizehn Angehörige (39,39%) gar keine Belastung an.

Ein liegender Dauerkatheter wird von zwei Angehörigen (6,06%) als sehr belastend wahrgenommen. Eine Person (3,03%) ist dadurch mäßig beeinträchtigt. Der Großteil der Befragten (30; 90,90%) ist diesbezüglich gar nicht belastet.

Zwei Angehörige (6,06%) geben an, durch Laute und Geräusche der/des Patient*in sehr stark beeinträchtigt zu sein. Sechs weitere Befragte (18,18%) sind mäßig, acht Menschen (24,24%) gering und siebzehn Angehörige (51,51%) gar nicht belastet.

Durch die Mimik und Gestik der/des Patient*in werden sechs der Befragten (18,18%) sehr stark beansprucht. Zehn Personen (30,30%) geben eine mäßige, zehn weitere (30,30%) eine geringe und sieben Angehörige (21,21%) gar keine Belastung an.

Aufgrund von Sputum und Schleim der/des Patient*in sind elf Personen (33,33%) sehr stark belastet. Sieben Angehöriger (21,21%) geben eine mäßige, fünf (15,15%) eine geringe und zehn Menschen (30,30%) gar keine Belastung an.

Eine Person (3,03%) ist durch unangenehme Gerüche sehr stark beeinträchtigt. Ein weiterer Mensch (3,03%) gibt an, mäßig beansprucht zu werden. Zwei Angehörige (6,06%) werden gering und neunundzwanzig Menschen (87,87%) gar nicht belastet.

Durch zusätzliche Patient*innen im Zimmer fühlen sich drei Angehörige (9,09%) sehr stark beeinträchtigt. Eine Person (3,03%) gibt eine mäßige Beanspruchung dadurch an. Drei Menschen (9,09%) empfinden eine geringe und sechsundzwanzig Angehörige (78,78%) gar keine Belastung.

Drei der Befragten (9,09%) fühlen sich durch unfreundliches Personal sehr stark belastet. Eine Person (3,03%) gibt eine mäßige Beeinträchtigung dadurch an. Die restlichen neunundzwanzig Angehörigen (87,87%) sind diesbezüglich gar nicht belastet.

Vier Menschen (12,12%) sind von der herrschenden Stille beim Besuch sehr stark beeinträchtigt. Zwei Angehörige (6,06%) empfinden eine mäßige, sieben Menschen (21,21%) eine geringe und zwanzig Personen (60,60%) gar keine Belastung dadurch.

Keiner der Angehörigen (100%) empfindet eine Belastung durch die Störung des Besuches durch das Personal.

Freie Angaben von Angehörigen

Zwei Menschen (6,06%) fühlen sich durch die Tatsache, nichts ändern zu können, hilflos und geben somit eine sehr starke Belastung an.

Eine weitere Person (3,03%) ist durch Hoffnungslosigkeit sehr stark beansprucht.

„Ich bin sehr froh, dass das Personal mit mir spricht, das ist immer sehr nett. Alleine mit meinem Sohn fühle ich mich nicht wohl, weiß nicht warum (Angst?)“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Die Fragen sind schwierig zu beantworten, da die Situationen nach 15 Jahren sich ganz anders darstellen. In den ersten Jahren hätte ich wahrscheinlich die Fragen nach Belastungen anders beurteilt“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

8.2.3 Mediziner*innen

Einschätzung des Arbeitsklimas auf der Wachkomastation

Eine befragte Person (20%) schätzt das Arbeitsklima auf der Station als sehr schlecht ein. Die restlichen vier Ärzt*innen (80%) geben ein ausgezeichnetes Klima an.

Einschätzung des gesellschaftlichen Ansehens der Tätigkeit im Wachkomabereich

Als mäßiges gesellschaftliches Ansehen schätzen drei Ärzt*innen (60%) ihre Tätigkeit im Wachkomabereich an. Zwei (40%) geben ein geringes Ansehen an.

Zweifel an der Diagnosestellung „Wachkoma“

Vier der Befragten (80%) hatten schon einmal Zweifel an der Diagnosestellung. Eine Person (20%) nicht.

Belastung durch Zeitdruck

Als geringe Belastung wird der Zeitdruck bei der Visite von vier Ärzt*innen (80%) gesehen. Ein Mensch (20%) gibt keine Belastung diesbezüglich an.

Belastung durch Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal

Eine Person (20%) führt eine sehr starke Belastung durch die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal an. Zwei Mediziner*innen (40%) geben betreffend dessen eine geringe und weitere zwei Ärzt*innen (40%) keine Beeinträchtigung an.

Belastung durch die Arbeitshaltung des Gesundheitspersonals

Ein befragter Mensch (20%) ist sehr stark durch die Arbeitshaltung des Gesundheitspersonals betroffen. Zwei (40%) sind gering und zwei weitere Mitglieder (40%) der Ärzteschaft gar nicht belastet.

Belastung durch das Leid der Patient*innen

Das Leid der Patient*innen betrifft vier der Mediziner*innen (80%) sehr stark. Eine befragte Person (20%) gibt eine mäßige Belastung an.

Belastung durch die veränderte Kommunikation

Die veränderte Kommunikation mit Patient*innen belastet zwei Ärzt*innen (40%) sehr stark. Drei der Mediziner*innen (60%) sind dadurch mäßig beansprucht.

Belastung durch die Kommunikation mit Angehörigen

Eine befragte Person (20%) gibt an, sehr stark durch die Kommunikation mit Angehörigen belastet zu sein. Drei Ärzt*innen (60%) sind mäßig und ein weiterer Mensch (20%) gering beansprucht.

Belastung durch fehlende Rückmeldungen

Durch fehlende Rückmeldung der Patient*innen fühlen sich zwei Mediziner* (40%) sehr stark belastet. Zwei weitere (40%) geben eine mäßige und eine befragte Person (20%) eine geringe Beanspruchung an.

8.3 Auswertung Teil C

Bezogen auf das Gesundheitspersonal wurde im Teil C, auf nachstehende Daten eingegangen. Die gemeinsame Haltung auf der Station, Konfliktsituationen, sowie Belastungen bei der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Angehörige wurden in diesem Abschnitt nach subjektiver Einschätzung zur Zufriedenheit der/des Wachkomapatient*in, Integration ins interprofessionelle Team sowie zur Zufriedenheit mit dem interprofessionellem Team, befragt.

Folgende Daten wurden mithilfe der Mediziner*innen erhoben: Konfliktsituationen und Belastungen bei der interprofessionellen Zusammenarbeit.

8.3.1 Gesundheitspersonal

Vollzeitpflegekräfte

Gemeinsame Haltung

Vier der Vollzeitpflegekräfte (33,33%) geben eine gemeinsame Haltung im Team an. Vier Kolleg*innen (33,33%) sehen eher ein Miteinander. Weitere vier Menschen (33,33%) empfinden eher eine gemeinsame Haltung.

Konfliktsituationen im Team

Neun Pflegepersonen (75%) geben an, dass es kaum zu Konfliktsituationen im Team kommt. Drei Pflegekräfte (25%) empfinden solche Situationen als selten.

Konfliktsituationen mit Ärzt*innen

Ebenso verhalten sich die Aussagen von den befragten Vollzeitpflegekräften zu der Frage bezogen auf Konfliktsituationen mit Ärzten.

Konfliktsituationen mit Angehörigen

Konfliktsituationen mit Angehörigen werden von einer befragten Person (8,33%) als sehr häufig eingestuft. Zwei weitere Kolleg*innen (16,66%) empfinden solche Situationen als häufig. Vier Vollzeitpflegekräfte (33,33%) nehmen Konfliktsituationen mit Angehörigen als selten war. Fünf Personen (41,66%) geben in diesem Kontext an, dass es kaum zu Konflikten kommt.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde Sensibilität den Patient*innen gegenüber

Durch mangelnde Sensibilität der Mediziner*innen gegenüber den Patient*innen ist keine Vollzeitpflegekraft sehr stark beeinträchtigt. Drei Kolleg*innen (25%) geben eine mäßige, sieben (58,33%) eine geringe und zwei Pflegepersonen (16,66%) gar keine Beeinträchtigung dadurch an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung

In der Pflege empfinden drei Vollzeitpflegekräfte (25%) die Belastung durch unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung seitens der Ärzteschaft, als sehr stark. Zwei Pflegekräfte (16,66%) geben eine mäßige Beanspruchung, vier Personen (33,33%) eine geringe Belastung und weitere drei Pflegepersonen (25%) keine belastende Faktoren an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde ethische Kompetenz

Als sehr starke Belastung wird die mangelnde ethische Kompetenz der Mediziner*innen von einer Vollzeitkraft (8,33%) angeführt. Drei der Befragten (25%) geben eine mäßige Beanspruchung an. Als gering wird die Belastung von vier Personen (33,33%) eingestuft. Weitere vier Pflegekräfte (33,33%) sind gar nicht beansprucht.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch unnötige Verlängerung des Lebens

Zwei Pflegekräfte (16,66%) geben eine sehr starke Belastung durch unnötige Verlängerung des Lebens durch die Mediziner*innen an. Eine vierzig Stundenkraft (8,33%) empfindet dies als mäßige Beanspruchung. Weitere fünf Kolleg*innen (41,66%) geben eine geringe und vier Personen (33,33%) keine Belastung an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch geringe Wertschätzung gegenüber der Pflege/Therapie

Durch geringe Wertschätzung seitens der Ärzteschaft gegenüber dem Pflegepersonal ist eine Vollzeitpflegekraft (8,33%) sehr stark belastet. Je eine weitere Person (8,33%)

gibt eine mäßige und eine geringe Belastung an. Neun (75%) empfinden keine Beanspruchung.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde Aufklärung der Angehörigen

Aufgrund der mangelhaften Aufklärung der Angehörigen durch die Mediziner*innen sind zwei Pflegekräfte (16,66%) sehr stark belastet. Eine Vollzeitpflegeperson (8,33%) gibt eine mäßige, fünf (41,66%) eine geringe und vier (33,33%) keine belastenden Faktoren an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen laut Angaben von Befragten

Eine Pflegeperson (8,33%) erwähnt eine sehr starke Belastung bezogen auf schier unmögliche Vorsorgeuntersuchungen für Wachkomapatient*innen.

Belastungen durch fordernde Angehörige

Eine sehr starke Belastung durch fordernde Angehörige wird von zwei Vollzeitpflegekräften (16,66%) angeführt. Drei Personen (25%) geben eine mäßige, weitere drei (25%) eine geringe und vier Kolleg*innen (33,33%) gar keine Belastung diesbezüglich an.

Schuldzuweisungen und Vorwürfe von Angehörigen

Keine der Vollzeitpflegepersonen gibt an, dass es zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen von Angehörige kommt. Eine der befragten Personen (8,33%) ist eher der Meinung das solche Situationen sehr wohl entstehen. Acht Pflegekräfte (66,66%) führen eher keine und drei Personen (25%) gar keine Entstehung von Vorwürfen und Schuldzuweisungen an.

Teilzeitkräfte

Gemeinsame Haltung

Fünf Teilzeitpflegekräfte (26,31%) geben eine gemeinsame Haltung im Team an. Zwölf Kolleg*innen (63,15%) sehen eher ein Miteinander. Zwei Pflegepersonen (10,52%) sind eher nicht der Meinung, dass eine gemeinsame Haltung im Team gelebt wird.

Konfliktsituationen im Team

Sechs Menschen (31,57%) geben an, dass es kaum zu Konfliktsituationen im Team kommt. Seltene Entstehungen von solchen Situationen werden von neun Pflegekräften (47,36%) beschrieben. Eine mäßige Entstehung von Konflikten beschreiben drei Kolleg*innen (15,78%). Für eine befragte Pflegeperson (5,26%) kommt es sehr häufig zu diesen Ereignissen.

Konfliktsituationen mit Ärzt*innen

Elf Teilzeitkräfte (57,89%) geben an, dass es kaum zu Konflikten mit Ärzt*innen kommt. Weitere fünf (26,31%) sehen diesbezüglich eine seltene Entstehung solcher Situationen. Als mäßiges Ereignis beschreiben drei Kolleg*innen (15,78%) die Konfliktsituation mit den Mediziner*innen.

Konfliktsituationen mit Angehörigen

Laut drei Teilzeitkräften (15,78%) kommt es kaum zu Konfliktsituationen mit Angehörigen. Fünf Pflegekräfte (26,31%) sehen eine seltene Entstehung. Weitere fünf der Befragten (26,31%) geben jedoch eine häufige und sechs befragte Personen (31,57%) eine sehr häufige Entwicklung von Konfliktsituationen mit Angehörigen an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde Sensibilität den Patient*innen gegenüber

Eine Pflegeperson (5,26%) fühlt sich durch die mangelnde Sensibilität der Ärzt*innen gegenüber den Patient*innen sehr stark belastet. Zehn Kolleg*innen hingegen (52,63%) empfinden dies als mäßige Beanspruchung. Weitere sechs der Befragten (31,57%), beschreiben eine geringe und zwei (10,52%) keine Belastung.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung

In der Pflege empfinden drei Teilzeitpflegekräfte (15,78%) die Belastung durch unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung, seitens der Ärzteschaft, als sehr stark. Sieben Kolleg*innen (36,84%) geben eine mäßige Beanspruchung, vier Personen (21,05%) eine geringe Belastung und weitere fünf Pflegepersonen (26,31%), keine belastenden Faktoren an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde ethische Kompetenz

Als sehr starke Belastung wird die mangelnde ethische Kompetenz der Mediziner*innen von drei Teilzeitkräften (15,78%) angeführt. Acht der Befragten (42,10%) geben eine mäßige Beanspruchung an. Als gering wird die Belastung von zwei Personen (10,52%) eingestuft. Weitere sechs Pflegekräfte (31,57%) sind gar nicht beansprucht.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch unnötige Verlängerung des Lebens

Zwei Pflegekräfte (10,52%) geben eine sehr starke Belastung durch unnötige Verlängerung des Lebens durch die Mediziner*innen an. Acht Teilzeitkräfte (42,10%) empfinden

dies als mäßige Beanspruchung. Weitere fünf Kolleg*innen (26,31%) geben eine geringe und vier Personen (21,05%) keine Belastung an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch geringe Wertschätzung gegenüber der Pflege/Therapie

Durch geringe Wertschätzung seitens der Ärzteschaft gegenüber dem Pflegepersonal sind zwei Teilzeitpflegekräfte (10,52%) sehr stark belastet. Eine mäßige Belastung diesbezüglich wird von vier Kolleg*innen (21,05%) empfunden und eine geringe von fünf (26,31%). Acht (42,10%) empfinden keine Beanspruchung.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde Aufklärung der Angehörigen

Aufgrund der mangelhaften Aufklärung der Angehörigen durch die Mediziner*innen sind zwei Pflegekräfte (10,52%) sehr stark belastet. Sechs Teilzeitpflegepersonen (31,57%) geben eine mäßige, vier (21,05%) eine geringe und sechs (31,57%) keine belastenden Faktoren an.

Belastungen durch fordernde Angehörige

Eine sehr starke Belastung durch fordernde Angehörige wird von sechs Teilzeitpflegekräften (31,57%) beschrieben. Sieben Personen (36,84%) geben eine mäßige, drei (15,78%) eine geringe und drei weitere (15,78%) gar keine Belastung diesbezüglich an.

Schuldzuweisungen und Vorwürfe von Angehörigen

Drei der befragten Personen (15,78%) geben an, dass es zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen durch Angehörige kommt. Sieben (36,84%) bestätigen diese Aussage mit eher ja. Neun Kolleg*innen (47,36%) sehen eher nicht dieses Potential.

Therapie

Gemeinsame Haltung

Im therapeutischen Bereich wird eine gemeinsame Haltung laut fünf Mitarbeiter*innen (33,33%) gelebt. Acht Therapeut*innen (53,33%) beurteilen dies mit eher ja. Zwei der Befragten (13,33%) sehen eher keine gemeinsame Haltung im Team.

Konfliktsituationen im Team

Auch im therapeutischen Bereich kommt es laut fünf Therapeut*innen (33,33%) kaum und laut sieben (46,67%) selten zu Konfliktsituationen. Zwei therapeutische Mitarbeiter*innen (13,33%) geben eine häufige und eine Person (6,67%) sehr häufige Entstehungen an.

Konfliktsituationen mit Ärzt*innen

Bei den Therapeut*innen sehen sich elf (73,33%) kaum und drei therapeutische Mitarbeiter*innen (20%) selten Konfliktsituationen mit Ärzt*innen ausgesetzt. Gegensätzlich gibt eine Person (6,67%) häufige Entstehungen an.

Konfliktsituationen mit Angehörigen

Im therapeutischen Bereich geben drei (20%) Personen kaum vorhandene Situationen diesbezüglich an. Vier (26,67%) sehen eine seltene Entstehung. Jedoch wird von fünf Therapeut*innen (33,33%) ein häufiges und weiteren dreien (20%) ein sehr häufiges Auftreten von Konfliktsituationen empfunden.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde Sensibilität den Patient*innen gegenüber

Bei den Therapeut*innen gibt keine einzige Person eine sehr starke Belastung an. Ausgleichend empfinden je fünf Mitarbeiter*innen (33,33%) die mangelnde Sensibilität der Ärzteschaft als mäßig, gering oder gar nicht gegeben.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung

Bei den therapeutischen Teammitgliedern gibt keine einzige Person eine starke Belastung durch unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung an. Sieben Therapeut*innen (46,67%) empfinden eine mäßige, fünf (33,33%) eine geringe und drei (20%) gar keine Beanspruchung dadurch.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde ethische Kompetenz

In der Therapie wird keine sehr starke Belastung durch mangelnde ethische Kompetenz der Ärzteschaft angegeben. Vier Therapeut*innen (26,66%) empfinden die Beanspruchung jedoch als mäßig, sechs (40%) als gering und fünf der Befragten (33,33%) sehen gar keine Beanspruchung.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch unnötige Verlängerung des Lebens

Auch bezogen auf diese Frage, wird von den therapeutischen Mitgliedern keine sehr starke Beanspruchung angegeben. Eine befragte Person (6,67%) empfindet jedoch eine mäßige Belastung, acht Therapeut*innen (53,33%) eine geringe und sechs (40%) gar keine Beanspruchung.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch geringe Wertschätzung gegenüber der Pflege/Therapie

Diesbezüglich gibt kein einziges therapeutisches Mitglied eine sehr starke Belastung an. Jedoch führen vier Therapeut*innen (26,67%) eine mäßige, weitere vier (26,57%) eine geringe und sieben der Befragten (46,67%) keine Beanspruchung diesbezüglich an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen durch mangelnde Aufklärung der Angehörigen

Ein therapeutisches Teammitglied (6,67%) gibt eine sehr starke Beanspruchung durch die mangelnde Aufklärung der Angehörigen an. Für fünf der Therapeut*innen (33,33%) ist diese Situation mäßig belastend. Vier Personen (26,67%) führen eine geringe und fünf Therapeut*innen (33,33%) gar keine Beanspruchung an.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen laut Angaben von Befragten

Ein therapeutisches Teammitglied (6,67%) ist sehr stark und eine weitere Person (6,67%) mäßig, durch fehlende Assessments zur erneuten Beurteilung, belastet.

Belastungen durch fordernde Angehörige

Fünf Therapeut*innen (33,33%) sind durch fordernde Angehörige sehr stark belastet. Vier der Befragten (26,67%) geben eine mäßige, weitere vier Therapeut*innen (26,67%) eine geringe und zwei Personen (13,33%) gar keine Beanspruchung an.

Schuldzuweisungen und Vorwürfe von Angehörigen

Von den Therapeut*innen fühlen sich zwei (13,33%) diesbezüglich beansprucht. Weiter zwei (13,33%) geben an, eher belastet zu sein. Sieben Personen (46,67%) sind eher nicht und vier Therapeut*innen (26,67%) gar nicht beansprucht.

8.3.2 Angehörige

Subjektive Einschätzung der Zufriedenheit der/des Patient*in

Fünf Befragte (15,15%) schätzen, dass die/der Patient*in im Zustandsbildwachkoma unzufrieden sei. Drei der Angehörigen (9,09%) beurteilen eine geringe Zufriedenheit. Vier Personen (12,12%) empfinden eine mäßige und achtzehn der Menschen (54,54%) eine sehr gute Zufriedenheit.

Integration in den Pflege- und Therapieverlauf

Sechs Angehörige (18,18%) geben an, sehr gut in den Pflege- und Therapieverlauf integriert zu sein. Sechzehn Personen (48,48%) empfinden dies eher als mäßig. Kaum integriert fühlen sich acht Menschen (24,24%) und gar keine Integration diesbezüglich erwähnen drei Angehörige (9,09%).

Integration in den medizinischen Behandlungsverlauf

Die Integration in den medizinischen Behandlungsverlauf verhält sich genauso wie die Integration in den Pflege- und Therapieverlauf. Sechs Angehörige (18,18%) geben an, sehr gut in den medizinischen Behandlungsverlauf integriert zu sein. Sechzehn Personen (48,48%) empfinden dies eher als mäßig. Kaum integriert fühlen sich acht Menschen (24,24%) und gar keine Integration diesbezüglich erwähnen drei Angehörige (9,09%).

Zufriedenheit mit der Pflege und Betreuung der/des Patient*in

Alle dreiunddreißig befragten Angehörigen (100%) sind sehr zufrieden mit der Pflege und Betreuung ihres Menschen im Zustandsbild Wachkoma.

„Durch Corona waren Einschränkungen bei der Besuchszeit erforderlich und so weiter, ca. 2 Monate 2020 keine Besuche möglich – mit Testung später und Impfungen fast wieder normal“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Ich weiß nicht welche Medikamente meinem Sohn verabreicht werden. Habe keine Ahnung und will es auch nicht wissen“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Keine Verbesserung, es ist echt perfekt, DANKE“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Trachealkanüle nicht immer absaugen, sondern öfter Spülen mit Wasser“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Mehr Personal und Unterstützung für die Pflege. Durch den Einblick den ich gewonnen habe könnte ich mit der Pflege meiner Mutter nicht zufriedener sein“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Mehr Personal“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Zuhause wäre diese Pflege niemals möglich“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

Zufriedenheit mit der therapeutischen Betreuung

Mit der therapeutischen Betreuung der/des Patient*in sind einundzwanzig Angehörige (63,63%) sehr zufrieden. Zehn Befragte (30,30%) geben eine mäßige Zufriedenheit an. Eine Person (3,03%) ist gering zufrieden und ein Mensch (3,03%) macht keine Angabe.

„Ich habe zu wenig Einblick was genau gemacht wird, daher ist eine Beurteilung schwer, Therapieplan wäre gut“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Er macht kleine Fortschritte, über die genaue Therapie weiß ich zu wenig Bescheid, ich habe aber nie danach gefragt weil ich mir das nicht vorstellen möchte“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Hätte gerne mehr Kommunikation darüber, was gemacht wird; möchte einmal dabei sein“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Mehr Therapien wären gut“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Kein Einblick“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung

Vierundzwanzig Personen (72,72%) sind mit der medizinischen Betreuung sehr zufrieden. Sieben Menschen (21,21%) geben eine mäßige Zufriedenheit an. Zwei Angehörige (6,06%) machten keine Angaben.

„Der erste Krankenhausaufenthalt vor dem Wachkoma war etwas schwierig, Ärzte sehr kühl und teils unfreundlich. Momentane Versorgung durch Wachkomastation gründlich und passt auch auf emotionaler Ebene“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Ich bin sehr froh und dankbar das mein Sohn in dieser Betreuungseinrichtung ist“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Regelmäßige Arztbesuche (1x/Wo) und Neurologe (1x/Monat). Hätte gerne mehr Info darüber → muss selber mehr aktiv werden (lästig??!)“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Kein Einblick“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

8.3.3 Mediziner*innen

Häufigkeit von Meinungsverschiedenheiten und Konfliktsituationen mit dem Gesundheitspersonal

Eine befragte Person (20%) gibt an, dass es geringfügig zu Meinungsverschiedenheiten beziehungsweise zu Konfliktsituationen mit dem Gesundheitspersonal kommt. Vier Ärzt*innen (80%) meinen, dass dies kaum der Fall ist.

Häufigkeit von Meinungsverschiedenheiten und Konfliktsituationen mit Angehörigen

Ein sehr häufiges Auftreten von Meinungsverschiedenheiten beziehungsweise Konfliktsituationen mit Angehörigen gibt ein befragter Mensch (20%) an. Eine weitere Person (20%) ist der Meinung, dass dies eher mäßig passiert. Ein*e Ärzt*in (20%) ist der Ansicht, dass solche Situationen gering und zwei Mediziner*innen (40%) kaum auftreten.

Häufigkeit von Meinungsverschiedenheiten und Konfliktsituationen mit Kolleg*innen

Eine befragte Person (20%) gibt die Häufigkeit von Meinungsverschiedenheiten und Konfliktsituationen im Kollegenkreis mit mäßig an. Zwei Ärzt*innen (40%) empfinden dies eher gering. Weitere zwei Mediziner*innen (40%) sind der Meinung, dass dies kaum vorkommt.

Belastungen bei der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal

Eine mangelnde Sensibilität gegenüber den Patient*innen durch das Gesundheitspersonal wird von drei Ärzt*innen (60%) als gering empfunden. Zwei der Befragten (40%) sehen gar keine Belastung diesbezüglich.

Belastung durch unterschiedliche Informationen

Durch unterschiedliche Informationen über die Patient*innen ist ein Mensch (20%) mäßig belastet. Drei der Mediziner*innen (60%) geben eine geringe und eine Person (20%) gar keine Beanspruchung an.

Belastung durch mangelnde ethische Kompetenz

Die mangelnde ethische Kompetenz des Gesundheitspersonals wird von vier Ärzt*innen (80%) als gering empfunden. Ein befragter Mensch (20%) gibt an, dass dies gar nicht der Fall sei.

Belastung durch unnötige Verlängerung des Lebens

Eine mäßige Belastung durch unnötiges Verlängern des Lebens empfinden drei Mediziner*innen (60%). Zwei Personen (40%) geben eine geringe Belastung diesbezüglich an.

Belastung durch geringe Wertschätzung

Eine geringe Wertschätzung seitens des Gesundheitspersonals gegenüber der Ärzteschaft wird von zwei Mediziner*innen (40%) gar nicht gefühlt. Jedoch geben drei der Befragten (60%) eine geringe Belastung dadurch an.

Belastung aufgrund mangelhafter Aufklärung

Aufgrund der mangelhaften Aufklärung von Angehörigen sind zwei Personen (40%) mäßig belastet. Drei Ärzt*innen (60%) geben eine geringe Beanspruchung diesbezüglich an.

Belastung durch Entscheidungsfindung

Eine mäßige Belastung bei der Entscheidungsfindung bezüglich Therapiemaßnahmen geben vier Mediziner*innen an (80%). Eine Person (20%) ist dadurch gering beeinträchtigt.

Belastungen durch Gespräche mit Angehörigen

Ein befragter Mensch (20%) ist durch Gespräche mit Angehörigen kaum belastet. Vier Ärzt*innen (80%) empfinden die Beanspruchung als mäßig.

Schuldzuweisungen und Vorwürfe durch Angehörige

Zwei der Befragten (40%) geben an, mit Schuldzuweisungen und Vorwürfen durch Angehörige konfrontiert zu werden. Drei der Ärzt*innen (60%) sind eher nicht dieser Meinung.

Schuldzuweisungen und Vorwürfe durch Gesundheitspersonal

Zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen durch die Pflege beziehungsweise Therapie kommt es laut drei Mediziner*innen (60) eher nicht. Zwei der Befragten (40%) beantworteten diese Frage mit einem klaren Nein.

Einschätzung der fachlichen Kompetenz des Gesundheitspersonals auf der Wachkomastation

Die Fachkompetenz des Gesundheitspersonals auf der Wachkomastation wird von allen Teilnehmer*innen (100%) als ausgezeichnet beurteilt.

8.4 Auswertung Teil D

Dieser Abschnitt erhebt beim Gesundheitspersonal sowie der Ärzteschaft, das palliative Wissen sowie die Belastung dadurch und die Einstellung zur Gesetzesänderung, bezogen auf die Beihilfe zum Suizid.

Angehörige wurden zur subjektiven Einschätzung der Lebensqualität des Menschen im Wachkoma befragt. Zusätzlich wird das Wissen zu Palliative Care sowie deren Einstellung zur Gesetzesänderung, bezogen auf die Beihilfe zum Suizid, erhoben.

8.4.1 Gesundheitspersonal

Palliative Care ist aus Sicht der Vollzeitpflegekräfte

Aus Sicht einer Pflegeperson ist Palliative Care Sterbehilfe (8,33%), Sterbebegleitung (neun Pflegekräfte; 75%) und Pflege bis zum Schluss (acht Befragte; 66,66%). Palliative Care bezieht sich nur auf die/den Patient*in (drei Vollzeitkräfte; 25%), ist bedürfnisorientiert (neun Pflegepersonen; 75%), bezieht die seelischen, körperlichen, psychischen und spirituellen Komponente mit ein (neun Kolleg*innen; 75%), verbessert die Lebensqualität (acht der Befragten; 66,66%) und beginnt bei der Diagnosestellung (zwei Pflegekräfte; 16,66%). Eine einzige Vollzeitpflegeperson (8,33%) hat alle Fragen richtig beantwortet.

Bewertung der Gesetzesänderung – Beihilfe zum Suizid

Zwei Vollzeitpflegekräfte (16,66%) empfinden die österreichische Gesetzesänderung, bezogen auf die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid, sehr gut. Acht der Befragten (66,66%) geben eine mäßige Zufriedenheit an. Eine geringe Zustimmung wird von einer Pflegeperson (8,33%) gewählt.

Erleichterung der Tätigkeit durch dokumentierte DNR Verfügung

Zehn Pflegepersonen (83,33%) geben einer dokumentierten DNR Verfügung ein klares Ja, bezogen auf die Erleichterung ihrer Tätigkeit. Eine Pflegekraft (8,33%) sieht eher eine Erleichterung durch die Dokumentation. Als eher keine Hilfestellung sieht es eine Person (8,33%).

Palliative Care ist aus Sicht der Teilzeitpflegekräfte

Aus Sicht einer Pflegeperson ist Palliative Care Sterbehilfe (5,26%), Sterbebegleitung (elf Pflegekräfte; 57,89%) und Pflege bis zum Schluss (vierzehn Befragte; 73,68%). Palliative Care ist bedürfnisorientiert (sechzehn Pflegepersonen; 84,21%), bezieht die seelischen, körperlichen, psychischen und spirituellen Komponente mit ein (vierzehn Kolleg*innen; 73,68%), verbessert die Lebensqualität (elf der Befragten; 57,89%) und beginnt bei der Diagnosestellung (acht Pflegekräfte; 42,10%). Zwei Teilzeitpflegeperson

(10,52%) haben alle Fragen richtig beantwortet. Kein*e Kolleg*in hat „verzögert den Tod“ beziehungsweise „bezieht sich nur auf die/den Patient*in“, gewählt.

Bewertung der Gesetzesänderung – Beihilfe zum Suizid

Sieben Teilzeitpflegekräfte (36,84%) empfinden die österreichische Gesetzesänderung, bezogen auf die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid, sehr gut. Weitere sieben der Befragten (36,84%) geben eine mäßige Zufriedenheit an. Eine geringe Zustimmung wird von drei Pflegeperson (15,78%) gewählt. Eine befragte Person (5,26%) ist strikt gegen diese Möglichkeit.

Erleichterung der Tätigkeit durch dokumentierte DNR Verfügung

Sieben Pflegepersonen (36,84%) geben einer dokumentierten DNR Verfügung ein klares Ja, bezogen auf die Erleichterung ihrer Tätigkeit. Sechs Kolleg*innen (31,57%) sehen eher eine Erleichterung durch die Dokumentation. Als keine Hilfestellung sieht es eine Person (5,26%).

Therapeutische Sichtweise

Aus Blickwinkel der Therapeut*innen ist Palliative Care Sterbehilfe (zwei Personen; 13,33%), Sterbebegleitung (acht Therapeut*innen; 53,33%) und Pflege bis zum Schluss (vierzehn Befragte; 93,33%). Palliative Care bezieht sich nur auf die/den Patient*in (fünf therapeutische Mitglieder; 33,33%), ist bedürfnisorientiert (vierzehn Personen; 93,33%), bezieht die seelischen, körperlichen, psychischen und spirituellen Komponente mit ein (vierzehn Therapeut*innen; 93,33%, verbessert die Lebensqualität (elf der Befragten; 73,33%), beginnt bei der Diagnosestellung (zwei therapeutische Kolleg*innen; 13,33%) und verzögert den Tod (eine Person; 6,67%).

Bewertung der Gesetzesänderung – Beihilfe zum Suizid

Vier Therapeut*innen (26,66%) bezeichnen die Gesetzesänderung als sehr gut. Vier weitere (26,66%) sind mäßig zufrieden. Sieben therapeutische Mitglieder (46,66%) unterstützen diese Regelung gering.

Erleichterung der Tätigkeit durch dokumentierte DNR Verfügung

Im therapeutischen Bereich geben vier Mitglieder (26,67%) klar eine Erleichterung durch die Dokumentation einer DNR Verfügung an. Sechs Therapeut*innen sehen eher eine Unterstützung wenn dies dokumentiert ist, weitere vier Befragte (26,67%) empfinden eher keine Unterstützung und eine Person (6,67%) gibt an, gar keinen Nutzen davon zu haben.

Was das Gesundheitspersonal noch zum Ausdruck bringen möchte

„Der allgemeine Mangel an Pflegepersonal ist leider auch auf der Wachkomastation spürbar und belastet – wie auch in anderen Pflegebereichen – die tägliche Arbeit“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Auf unserer Wachkomastation sind die Patient*innen sehr stabil und teilweise schon 10 – 12 Jahre anwesend, sodass das „Sterben“ nicht im Vordergrund steht. „Schwierige“ Angehörige erleben wir selten und eigentlich vertrauen sie uns nach einer gewissen Zeit und bestätigen uns das auch immer wieder. (Angehörige sind traumatisiert nach der Akutphase im Krankenhaus wo oft nicht klar ist ob die/der Betroffene überleben wird). Es ist schwierig, Schmerzzustände zu erkennen und auch einmal eine diagnostische Abklärung von unklaren Schmerzzuständen im Krankenhaus zu erreichen“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Aufgrund von Personalmangel bleibt immer viel zu wenig Zeit für besondere Förderung der einzelnen Patient*innen. Es würden/könnten größere Fortschritte erreichbar sein, wenn wir uns mehr Zeit nehmen könnten. Trotzdem machen wir diese Arbeit mit vollster Hingabe“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Wichtig wäre Pflegereform. Neubewertung des Pflegeschlüssels (Wachkoma, psychische Erkrankungen, Mehraufwand bei Demenz und so weiter), weniger Arbeitszeit bei gleichem Lohnniveau, Mitsprache bei politischen Entscheidungen → Expertengruppe! Wachkomastationen sollen keine Langzeitpflegeeinrichtungen werden (regelmäßige Evaluierung, bei Bedarf andere adäquat Stationen!) sonst haben Wachkomapatient*innen mit Rehapotential keinen Platz auf spezialisierten Wachkomaeinheiten (welche ja auch kostenintensiver durch Physio-, Ergo-, und andere Therapien sind.)“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Physiotherapie, Ergotherapie, Einbeziehung in den Alltag,.... → sollen keinesfalls gekürzt (eingespart) werden. Neu eingestelltes Personal sollte Schulungen für Kinästhetik, Palliative Care, Sterbebegleitung bekommen“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Es wäre schön mehr Zeit für unsere Patient*innen zu haben für Spaziergänge – Besuche – Ausflüge und so weiter. Für den Tagessatz von Wachkomapatient*innen gegenüber anderen Bewohner*innen wird zu wenig geboten. Schön wäre auch die Stationen der Wachkomapatient*innen so groß zu machen, das der Nachtdienst selbst abgedeckt werden kann“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Wir können nicht mehr, viele Kündigungen und Druck von Oben! Zu wenig Pflegepersonal“ (schriftliches Zitat DGKP)!

„Ich würde mir gerne mehr Angebot für Angehörige wünschen, wenn ein/e Apalliker*in zur Aufnahme kommt, für die psychische Begleitung der Angehörigen, da die Pflege dafür zusätzlich nicht genug Zeit hat“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Ich habe fast 15 Jahre auf verschiedenen Intensivabteilungen gearbeitet, dann in Wachkoma Bereich gewechselt. Erschreckend ist für mich, dass im Intensivbereich alles um jeden Preis getan wird. Sätze wie: „Bei mir stirbt keiner“, „Jedes Leben muss gerettet werden“. Im Langzeitpflegebereich ist dann nicht mal genug Geld für „Warm – satt – sauber“ da. Zeit für Zuwendung ist seltenst“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Wertschätzendes, aufrichtiges Anhören der Entscheidungsträger von Pflegekräften denen Taten folgen, da oft simple und kostengünstig Lösungsansätze bereits im Ansatz erstickt und nicht einmal diskutiert werden“ (schriftliches Zitat DGKP).

„Ungerechte Bettenvergabe. Auf unserer Station 6 Patient*innen/50 h Therapie pro Woche werden Patient*innen behandelt die jahrelang ohne Aussicht auf Therapieerfolge bei uns sind! Menschen mit reelleren Chancen liegen im Altersheim ohne Therapie! Diese „Ungeerechtigkeit“ ist nicht nachvollziehbar und ärgerlich“ (schriftliches Zitat Therapie)!

„Patientenorientierte, individuelle Pflege und Betreuungsmöglichkeiten schaffen interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ermöglichen/fördern → Pflege/Therapie, fachliche Kompetenzen übernehmen und Nutzung fremder Erkenntnisse und Methoden, Bewusstsein für Relevanz anderer Disziplinen schaffen, gemeinsame Ziele“ (schriftliches Zitat Therapie).

8.4.2 Angehörige

Einschätzung der Lebensqualität der/des Patient*in

Vierzehn Angehörige (42,42%) können keine Lebensqualität der/des Patient*in erkennen. Acht Menschen (24,24%) empfinden eine geringe, vier (12,12%) eine mäßige und fünf der Befragten (15,15%) denken, dass die Lebensqualität ihrer/ihrer Angehörigen sehr hoch ist. Zwei Personen (6,06%) machten diesbezüglich keine Angaben.

Palliative Care ist

Aus Blickwinkel der Angehörigen ist Palliative Care Sterbehilfe (drei Personen; 9,09%), Sterbebegleitung (sechzehn Menschen; 48,48%) und Pflege bis zum Schluss (neunundzwanzig Befragte; 87,87%). Palliative Care bezieht sich nur auf die/den Patient*in (fünf Angehörige; 15,15%), ist bedürfnisorientiert (sechzehn Personen; 48,48%), bezieht die seelischen, körperlichen, psychischen und spirituellen Komponente mit ein (sechzehn Menschen; 48,48%), verbessert die Lebensqualität (zehn der Befragten; 30,30%), beginnt bei der Diagnosestellung (vier Angehörige; 12,12%), verzögert den Tod (sechs Person; 18,18%) und verlängert das Leiden (sieben Menschen; 21,21%).

Bewertung der Gesetzesänderung – Beihilfe zum Suizid

Als sehr gut empfinden vier Angehörige (12,12%) die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid. Elf der Befragten (33,33%) sind mäßig und fünf Personen (15,15%) zufrieden. Für elf Menschen (33,33%) kommt diese Möglichkeit keinesfalls in Betracht.

Subjektive Bewertung – Das in Betracht ziehen dieser Möglichkeit durch den Menschen im Wachkoma

Eine Person (3,03%) ist sich sicher, dass die/der Patient*in die Möglichkeit zur Beihilfe am Suizid in Betracht ziehen würde. Zwölf Angehörige (36,36%) sind eher überzeugt. Neun der Befragten (27,27%) denken eher nicht, dass ihr/ihre Angehörige*r diese Möglichkeit wählen würde. Sieben Menschen (21,21%) glauben nicht, dass diese Option gewählt werden würde. Vier Personen (12,12%) machten diesbezüglich keine Angaben.

Aussagen von Angehörigen

„Ich wünsche mir, dass er nicht so viel Schmerz leiden muss“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Ich würde mehr Gespräche brauchen. Möchte aber nicht lästig sein, weil die Pfleger*innen ohnehin viel leisten müssen. Ich treffe auch nie andere Angehörige?! Ich muss das wohl selbst anstoßen und klar ansprechen. Habe vor, die Selbsthilfegruppe in Wels zu kontaktieren“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Danke, ich finde das Thema ihrer Arbeit toll und freue mich einen Beitrag zu leisten“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Ich denke, dass das Pflegepersonal und die Therapeuten sich sehr gut um die Patientin kümmern und sehr fürsorglich sind. Das ist ein beruhigendes Gefühl für mich wenn ich weiß, dass die Patientin in guten Händen ist. Danke dafür“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Ich bin sehr dankbar, dass es diese Einrichtung gibt und ich weiß, dass mein Vater sehr gut umsorgt wird und ich jederzeit kommen kann. Das Team, die Pflege, die Ärzte, die Reinigung und alle die dazu gehören sind sehr bemüht. Vielen lieben Dank (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Ich freue mich dass mein Bekannter so eine liebevolle und fürsorgliche Betreuung hat. Ich danke allen dafür und gehe immer mit einem guten Gefühl nach Hause. Danke und nochmals Danke“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Danke für eure liebevolle Arbeit auf der Wachkomastation. Wir schätzen euch sehr“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Das Elend mitanzusehen ist schlimm und emotional sehr belastend. Jeder Besuch ist eine Herausforderung. Eine Patientenverfügung hat große Vorteile, damit jeder weiß, was der Wunsch des Patienten war oder ist“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Die Pfleger*innen auf der Wachkomastation leisten wunderbare und hingebungsvolle Arbeit, meine Schwiegermutter ist in sehr guten Händen, umgeben von einem sehr herzlichen und kompetenten Personal. Ich bedanke mich für die würdevolle und liebenswerte Pflege, ihr seid einmalig“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Grundsätzlich finde ich es extrem wichtig, dass es für Wachkomapatient*innen diese Art von Betreuung in Pflegezentren gibt“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Meine Mama sieht so zufrieden aus Dank euch. Anfangs dachte ich, wie soll ich das schaffen. Alles schien so schwarz und trüb, jetzt komme ich Mama in ihrem Zuhause besuchen und kann wieder etwas lächeln. Danke!“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

„Ich hoffe dass der Patient glücklich leben kann. Durch fehlende Kommunikation, ist es schwer zu sagen wie die/der Patient*in empfindet“ (schriftliches Zitat von Angehörigen).

8.4.3 Mediziner*innen

Palliative Care ist

Aus Sichtweise der Mediziner*innen ist Palliative Care Sterbehilfe (eine Person; 20%), Sterbebegleitung (fünf Ärzt*innen; 100%) und Pflege bis zum Schluss (drei der Befragten; 60%). Palliative Care ist bedürfnisorientiert (vier Mediziner*innen; 80%), bezieht die seelischen, körperlichen, psychischen und spirituellen Komponente mit ein (fünf der Befragten; 100%), verbessert die Lebensqualität (vier Personen; 80%) und beginnt bei der Diagnosestellung (drei Ärzt*innen; 60%).

Bewertung der Gesetzesänderung – Beihilfe zum Suizid

Als mäßig gut empfinden zwei Mediziner*innen (40%) die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid. Drei der Ärzt*innen (60%) stimmen dieser Möglichkeit in geringer Weise zu.

Erleichterung der Tätigkeit durch dokumentierte DNR Verfügung

Drei der Befragten (60%) geben an, dass eine dokumentierte DNR Verfügung ihre Tätigkeit leichter macht. Zwei Mediziner*innen (40%) sind eher dieser Meinung.

Anordnung eines Therapie- beziehungsweise Behandlungsabbruches

Eine befragte Person (20%) hat bereits einen Therapie- beziehungsweise Behandlungsabbruch angeordnet. Vier Ärzt*innen (80%) mussten diese Option noch nicht wählen.

Belastung durch die Entscheidung zum Therapie- beziehungsweise Behandlungsabbruch

Keiner der Mediziner*innen (100%) ist dadurch belastet.

Aussagen von Ärzt*innen

„Als Konsiliararzt [...] bin ich in erster Linie für [...] Probleme zuständig. Therapieentscheidungen über Schmerzmedikation, Ernährung und Symptomkontrolle betreffen mich nicht direkt.“

9. Darstellung der Ergebnisse

9.1 Belastungen des betreuenden Gesundheitspersonals

Grundsätzlich ist die Aussage „die Pflege ist weiblich“ zu bestätigen. Ebenso verhält es sich bei den Therapeut*innen.

25,80% der pflegenden Kolleg*innen haben aufgrund der Belastungen auf ihrer Station schon einmal einen Stationswechsel in Betracht gezogen. Im therapeutischen Bereich wurde diese Möglichkeit einmal (6,66%) in Erwägung gezogen.

Wie Diel et al. (2019) beschreibt, schätzt auch in den vier oberösterreichischen Wachkomaeinrichtungen 50% des Pflegepersonals das gesellschaftliche Ansehen der Tätigkeit als gering ein. Bei den Therapeut*innen ist das Verhältnis ähnlich (46,66%). Die restlichen 53,33% des therapeutischen Teams sehen das genaue Gegenteil davon. Die Entlohnung wird von 61,29% den pflegenden Kolleg*innen als nicht leistungsgerecht empfunden. 60% der Therapeut*innen sind jedoch mit der Bezahlung zufrieden.

Die Aussage, dass die pflegerische Tätigkeit im Akutbereich weniger Erfolgserlebnisse bringt als im Langzeitbereich, teilen 58,06% der Pflegepersonen sowie 60% der Therapeut*innen nicht. Der Zeitaufwand für die Dokumentation wird von 77,41% der Pflegekräfte und 66,66% des therapeutischen Personals als hoch eingestuft.

Ausgebrannt fühlten sich bereits 70,96% der pflegenden Kolleg*innen sowie 33,33% der Therapeut*innen. Dies untermauert die Studien von Gosseries et al. (2012), Leiter (2001), Pinel-Jacquemin, Althaus & Boissel (2021) sowie Leonardi et al. (2013), Kumar et al. (2011) und Chung & Corbett, (1998).

Bestätigend zu den Studien von Hawkins, Howard & Oyebode (2007), Prenzler, Müller-Busch, Mittendorf, Theidel, von der Schulenburg & Montag (2010) sowie Diel, Rieger, Letzel, Nienhaus & Escobar-Pinzon (2019) und Schröder, Bänsch & Schröder (2004) geben 83,87% der Pflegepersonen eine Belastung durch Zeitdruck bei der Arbeit an. Derselbe prozentuelle Anteil der Befragten empfindet eine Belastung durch das Leid von Patient*innen. Auch 73,33% des therapeutischen Teams ist durch das Leid beeinträchtigt. Unangenehme Gerüche werden von 77,41% der pflegenden Kolleg*innen und 73,33% der Therapeut*innen als belastend empfunden.

Weitere 77,41% der Pflegekräfte und 53,33% des therapeutischen Kollegiums geben an, durch fordernde Angehörige beeinträchtigt zu sein. Dies bestätigt die Studien der Autoren Pinel-Jacquemin, Althaus & Boissel (2021) sowie Gencer, Meffert, Herschbach, Hipp & Becker (2019), Hawkins et al (2007) und Diel et al. (2019).

87,09% der Pflegepersonen und 80% der Therapeut*innen sind durch den Personal-mangel belastet. Bei 58,06% der befragten Pflegekräfte und 80% der Therapeut*innen kommt es wegen fehlender Rückmeldungen der Patient*innen zu einer Belastungssitu-ation. 41,93% der Pflegepersonen sowie 53,33% der Therapeut*innen sind durch die veränderte Kommunikation mit den Patient*innen belastet. Diese Tatsachen untermau-ern die Aussagen von Hannich (2010).

Im Gegensatz zu einer beschriebenen Studie von Sauer (2014), Hannich (2020) sowie einer Studie von Gélinas, Fillion, Tobitaille & Truchon (2012) kommt es 74,19% der Pfl-egekräfte sowie 80% der therapeutischen Kolleg*innen selten bis kaum zu Konflikten im Team. Zu 90,32%, so die Pflegepersonen, entstehen auch selten beziehungsweise kaum solche Situationen in der Interaktion mit Mediziner*innen. Diese Sichtweise vertre-ten 93,33% der Therapeut*innen ebenfalls.

Relativ ausgewogen verhält sich die Befragung in Bezug auf die Entstehung von Kon-fliktssituationen mit Angehörigen. Hier geben „nur“ 41,93% der Befragten an, dass es zu solchen Situationen kommt. Auch bei den therapeutischen Kolleg*innen werden von 53,33% Konfliktsituationen mit Angehörigen beschrieben. Gencer, Meffert, Herschbach, Hipp & Becker (2019) sowie Hawkins et al. (2007) begründen dies mit einem geringen bis fehlenden Selbstwertgefühl, bezogen auf die persönliche Kommunikationskompe-tenz im Umgang mit Angehörigen.

61,29% der pflegenden Kolleg*innen und 73,33% des therapeutischen Teams, sind durch Schuldzuweisungen und Vorwürfen der Angehörigen, belastet. Dies untermauert die Studie von Diel et al. (2019).

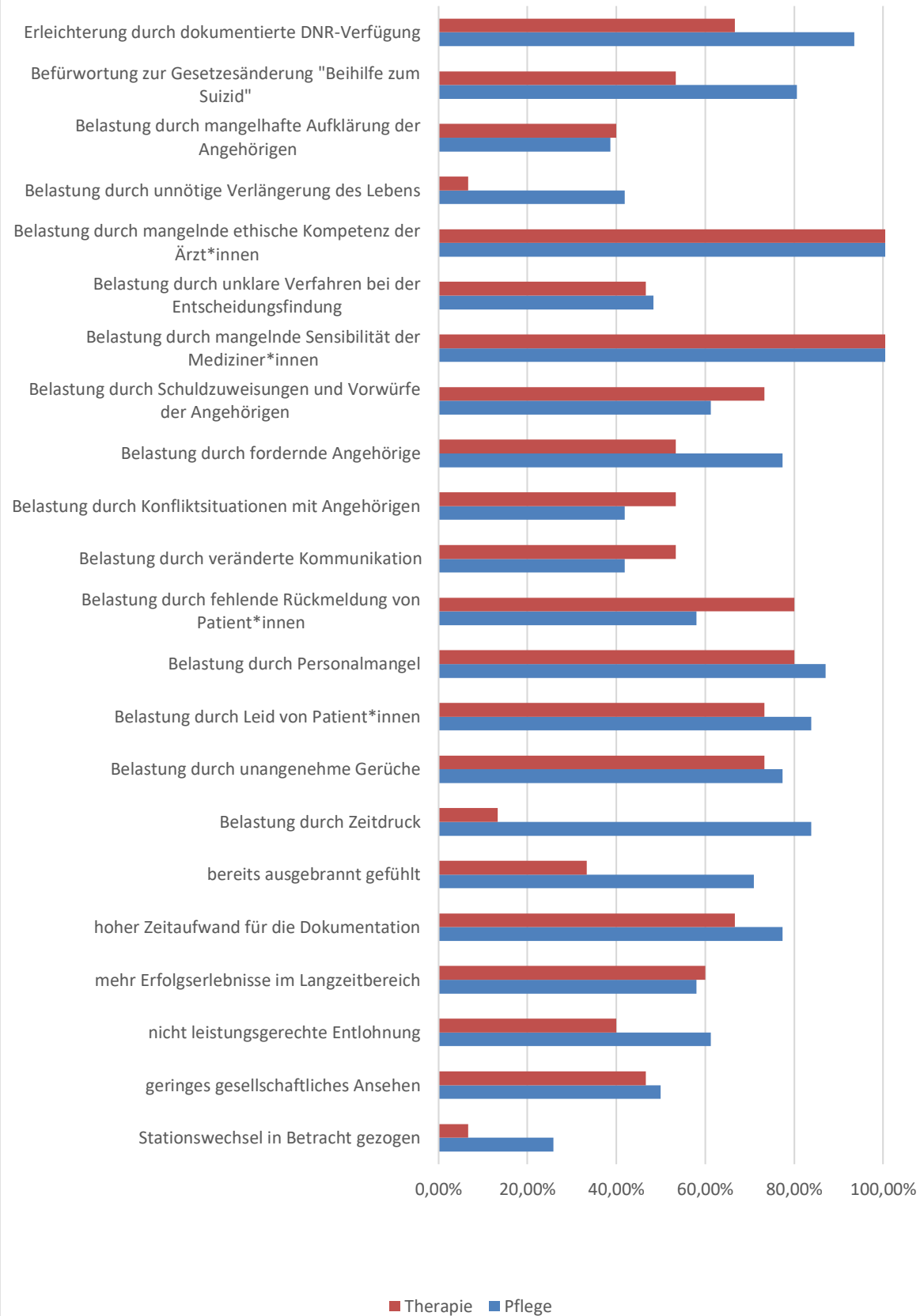
Bei der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft wird von 45,16% der Pflegepersonen sowie 33,33% der therapeutischen Kolleg*innen die mangelnde Sensibilität der Mediziner*in-nen als belastend empfunden. 48,38% der befragten Pflegekräfte und 46,66% der Therapeut*innen, empfinden eine Belastung bezogen auf unklare Verfahren bei der Ent-scheidungsfindung. Weitere 48,38% der Pflegepersonen sind durch die mangelnde ethi-sche Kompetenz der Ärzteschaft beeinträchtigt. 41,93% der Kolleg*innen geben eine belastende Situation durch das unnötige Verlängern des Lebens an. 38,70% der Pfl-

genden sowie 40% der Therapeut*innen belastet die mangelhafte Aufklärung der Angehörigen seitens der Mediziner*innen. Sauer (2014) beschreibt diese Tatsachen ebenfalls mit empirischen Daten von Böttger-Kessler (2006), Dlubis-Dach & Glogner (2001) sowie Neitzke (2007). Auch Gélinas, Fillion, Robitaille & Truchon (2012) fanden heraus, dass Pflegepersonen Schwierigkeiten bezogen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit angeben. Asai et al. (2007) beschreibt die Schwierigkeiten der professionellen Entscheidungsfindung.

80,64% der befragten Pflegekräfte und 53,33% der therapeutischen Kolleg*innen befürworten die Gesetzesänderung zur Beihilfe zum Suizid in Österreich.

Eine dokumentierte DNR-Verfügung ist für 93,54% der pflegenden Kolleg*innen sowie für 66,66% der Therapeut*innen eine Erleichterung ihrer Tätigkeit.

Ergebnisse Gesundheitspersonal



9.2 Belastungen der Angehörigen

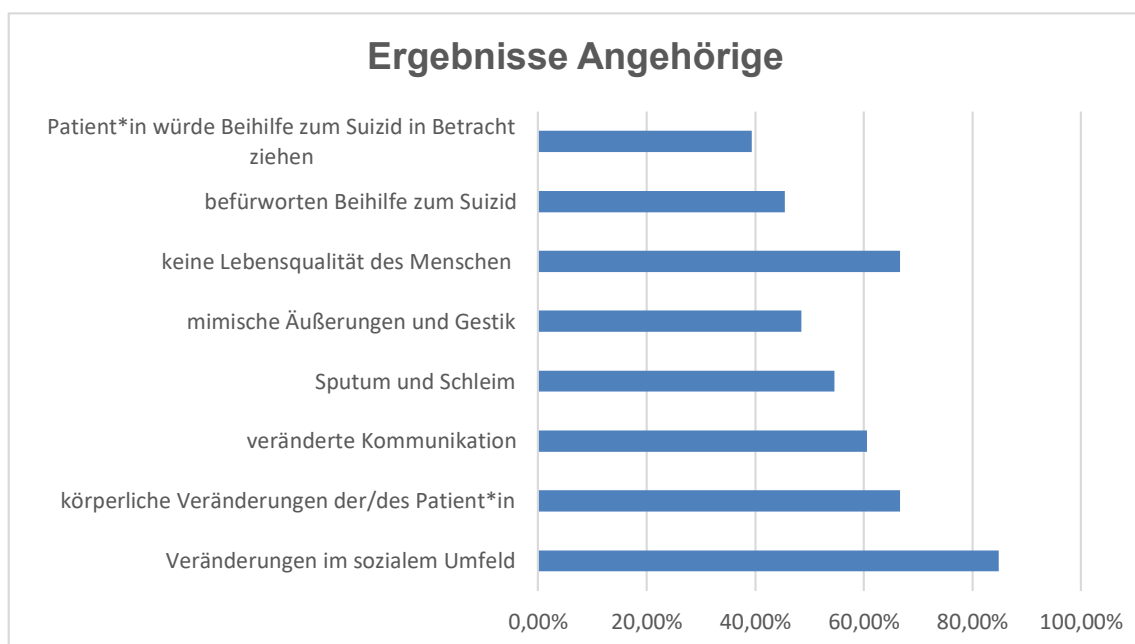
84,84% der Angehörigen beschreiben seit dem Geschehen, welches ihre/ihren Liebe*n in das Zustandsbild Wachkoma gebracht hat, eine Veränderung in ihrem sozialen Umfeld.

Als belastend beim Besuch des Menschen im Wachkoma geben 66,66% die körperlichen Veränderungen an. Weiters werden die veränderte Kommunikation mit der/dem Patient*in von 60,60% als Belastung empfunden. Sputum und Schleim beeinträchtigen 54,54% der Angehörigen. Auch die mimischen Äußerungen und Gestik ihrer Lieben wird von 48,48% als belastend beschrieben. Dies stellen auch die Autoren Hannich (2010) und Tresch et al. (1991a, b) dar.

Bei der subjektiven Einschätzung, bezogen auf die Lebensqualität ihre/s Angehörigen, schätzen 66,66% der Befragten, dass die Menschen im Zustandsbild Wachkoma keine Lebensqualität haben.

Die Gesetzesänderung in Bezug auf Beihilfe zum Suizid wird von 45,45% befürwortet. 48,48% der Angehörigen haben eine gegenteilige Meinung. 6,06% haben sich der Stimme enthalten.

39,39% der Befragten denken, dass ihre/ihr Angehörige/r die Möglichkeit der Beihilfe zum Suizid in Betracht ziehen würde. 48,48% denken dies nicht. 12,12% enthalten sich der Stimme.



9.3 Belastungen der Mediziner*innen

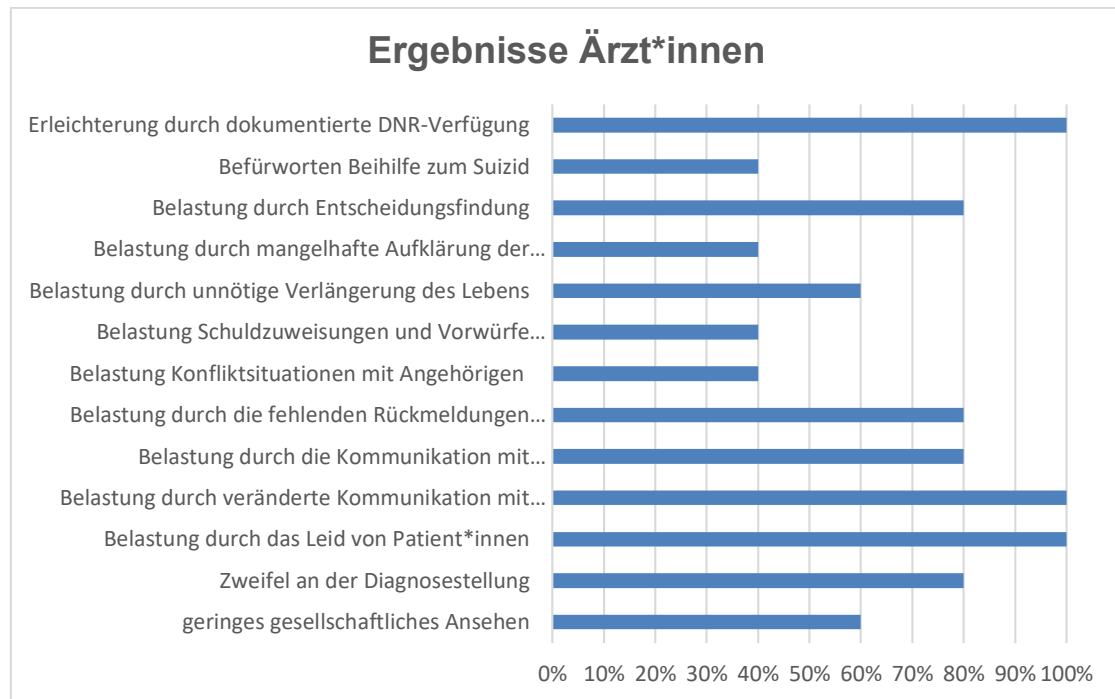
60% der Ärzt*innen geben an, ein mäßiges gesellschaftliches Ansehen ihrer Tätigkeit auf der Wachkomastation zu erfahren. Zweifel an der Diagnosestellung „Wachkoma“ hatten 80% der Mediziner*innen schon einmal. Giacino et al. (2018), Schnakers et al. (2009) sowie Monti, Laureys & Owen (2010) und Kühlmeyer, Borasio & Jox (2012), beschreiben in ihren Studien die Schwierigkeit der Diagnosestellung.

Das Leid von Patient*innen sowie die veränderte Kommunikation mit diesen belastet 100% der Ärzteschaft. 80% der Mediziner*innen geben eine Belastung durch die Kommunikation mit Angehörigen, sowie durch die fehlenden Rückmeldungen ihrer Patient*innen, an. Sauer (2014) beschreibt einen Unterschied in der Intensität des Empfindens im Vergleich zum Gesundheitspersonal.

40% der befragten Ärzteschaft belasten Meinungsverschiedenheiten beziehungsweise Konfliktsituationen mit Angehörigen sowie Schuldzuweisungen und Vorwürfe dieser.

Bei der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal sind 60% der Mediziner*innen durch unnötiges Verlängern des Lebens beeinträchtigt. 40% der Ärzt*innen geben an, dass die mangelhafte Aufklärung der Angehörigen als belastend wahrgenommen wird. Durch eine Entscheidungsfindung bezugnehmend auf Therapiemaßnahmen, fühlen sich 80% der Mediziner*innen belastet. Sauer (2014) stellt in seiner quantitativen Erhebung das Gesundheitspersonal und die Ärzteschaft gegenüber. Kühlmeyer, Racine, Palmour, Hoster, Borasio & Jox (2012) sowie Asai et al. (2007) beschreiben die ethischen Anforderungen bei der Entscheidungsfindung.

40% der Ärzt*innen befürworten die Gesetzesänderung in Österreich zur Beihilfe zum Suizid. 100% der Mediziner*innen geben an, dass eine dokumentierte DNR-Verfügung ihre Tätigkeit erleichtere.



9.4 Unterscheidung der Belastungen im interprofessionellem Team

Das gesellschaftliche Ansehen der Tätigkeit wird von 50% des Pflegepersonals, 46,66% der therapeutischen Mitglieder sowie 60% der Ärzt*innen als gering bis mäßig beschrieben.

Das Leid der zu betreuenden Patient*innen empfinden 83,87% der Pflegekräfte, 73,33% der Therapeut*innen und 100% des ärztlichen Personals als belastend.

77,41% des pflegenden und 53,33% des therapeutischen Kollegiums sowie 80% der Mediziner*innen, geben eine Belastung durch Kommunikation mit Angehörigen beziehungsweise mit deren Forderungen an. Die daraus resultierenden Schuldzuweisungen und Vorwürfe werden von 61,29% der Pflegepersonen, 73,33% der Therapeut*innen sowie 40% der Ärzt*innen als belastend empfunden.

58,06% der pflegenden Kolleg*innen, 80% des therapeutischen Teams und 80% der Mediziner*innen, geben eine Belastung durch die fehlende Rückmeldung ihrer Patient*innen an. Dadurch entsteht eine veränderte Kommunikation, welche bei 41,93% der Pflegepersonen, bei 53,33% der Therapiemitglieder, 100% der Mediziner*innen und bei 60,60% der befragten Angehörigen zu einer belastenden Situation führt.

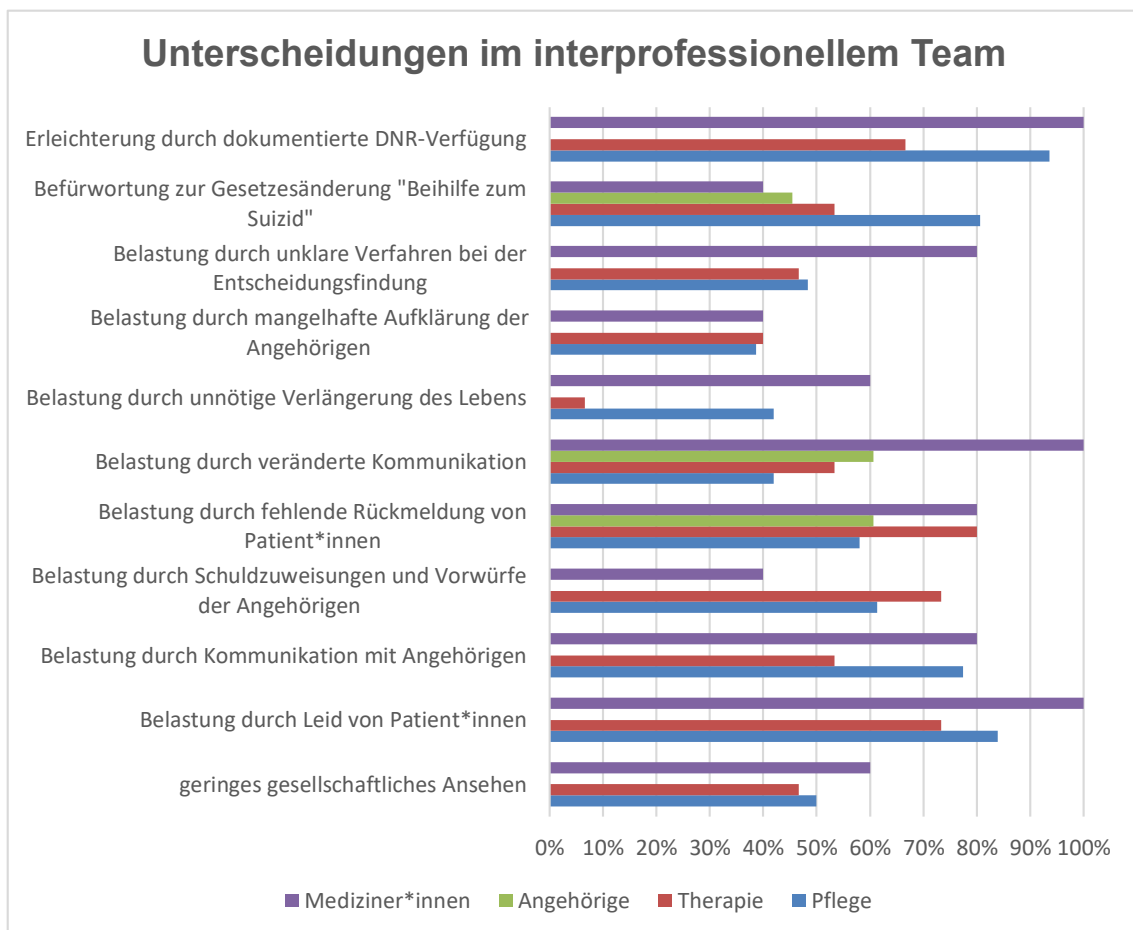
Das unnötige Verlängern des Lebens ihrer Patient*innen empfinden 41,93% des pflegenden Teams sowie 60% der Mediziner*innen als belastend.

Die mangelhafte Aufklärung der Angehörigen wird von 38,70% der Pflegepersonen, 40% der Therapeut*innen und 40% des medizinischen Personals als Belastung empfunden.

Die Schwierigkeiten, bezogen auf ethische Entscheidungsfindungen, beeinträchtigt 48,38% der pflegenden Kolleg*innen, 46,66% des therapeutischen Teams sowie 80% der Mediziner*innen.

80,64% der Pflegekräfte, 53,33% der Therapeut*innen, 45,45% der Angehörigen und 40% der Ärzt*innen, befürworten die Gesetzesänderung zur Beihilfe zum Suizid.

Für 93,54% der Pflegepersonen, 66,66% der therapeutischen Kolleg*innen und 100% der Mediziner*innen ist eine dokumentierte DNR-Verfügung eine Erleichterung ihrer Tätigkeit.



9.5 Palliative Care

Wissen über Palliative Care

Gesundheitspersonal

Von einunddreißig Pflegekräften und fünfzehn Therapeut*innen hatten drei Mitglieder der Pflege (9,68%) alle Fragen richtig beantwortet. Eine Pflegeperson (3,23%) assoziiert Palliative Care, zusätzlich zu den richtigen Antworten, mit Sterbehilfe.

Sieben Pflegekräfte (22,58%) geben zu den restlichen richtigen Antworten, der Sterbebegleitung keine Beachtung. Zwei therapeutische Mitglieder (13,33%) sehen ebenfalls Sterbehilfe in dem Begriff Palliative Care. Vier Therapeut*innen 26,67% hätten alle Fragen richtig beantwortet, wäre für sie der Beginn bei Diagnosestellung geläufig.

Zwei Pflegekräfte (6,45%) verbinden Palliative Care „nur“ mit Sterbebegleitung.

Angehörige

Von dreiunddreißig Angehörigen hat ein einziger Mensch (3,03%), die Fragen bezogen auf Palliative Care, zur Gänze richtig beantwortet. Neun der Befragten (27,27%) war der Beginn bei der Diagnosestellung nicht geläufig. Weitere vier Angehörige (12,12%) assoziieren Palliative Care nicht mit Sterbebegleitung.

Mediziner*innen

Ein Mensch (20%) hätte alle Fragen richtig beantwortet, würde er/sie nicht Palliative Care mit Sterbehilfe gleichsetzen. Zwei der Ärzt*innen (40%) binden die Pflege bis zum Schluss nicht ein. Weitere zwei der Befragten (40%) sehen den Beginn bei der Diagnosestellung nicht.

10. Diskussion und Schlussfolgerung

Da die Autorin selbst aus dem Setting einer Wachkomastation kommt, hat sie sich von dieser quantitativen Erhebung mehr erwartet. Zusammengefasst ist festzustellen, dass die Belastungen des Gesundheitspersonals nicht unbedingt spezifisch für den Wachkomabereich, sondern generell für den Pflegebereich gelten. Dies ist auch mit einer Studie (Schönherr, 2021) des Bundesministeriums für Soziales belegbar. Hier zeigt sich ebenfalls, dass die Arbeitsbedingungen im Pflegesektor sehr schwierig sind und die Entlohnung im Vergleich zur hohen physischen und psychischen sowie sozialen Belastung, gering ist. In dieser Studie des Bundesministeriums für Soziales sind auch jene Belastungen angeführt, welche in dieser Arbeit vorkommen und zeigt ähnliche Ergebnisse. Es wird auf die Gefahr des Pflegepersonalmanagements aufgrund der Belastungen eingegangen, da bei dieser Erhebung 65% der Befragten es für unwahrscheinlich halten, ihren Beruf bis zu deren Pensionierung auszuüben. Laut dieser Studie haben 15% konkret angegeben, den Tätigkeitsbereich zu wechseln beziehungsweise sogar ganz aus dem Beruf auszusteigen.

Die An- und Zugehörigen von Wachkomapatient*innen in Oberösterreich sind dieser Erhebung nach, sehr zufrieden mit der Pflege, Therapie sowie mit der ärztlichen Betreuung. Da leider „nur“ Studien bezogen auf Belastungen bei pflegenden Angehörigen zu finden waren, sollte dies die erste Erhebung hinsichtlich der Belastungen von „besuchenden“ Angehörigen sein. Diese geben an, durch die körperlichen Veränderungen der/des Patient*in sowie, die von ihnen subjektiv eingeschätzte, minimale Lebensqualität und die Veränderungen im ihrem sozialem Umfeld seit dem Geschehen, welches ihre/ihren Angehörigen in das Zustandbild Wachkoma gebracht hat, belastet zu sein. Angehörige haben andere Sichtweisen in Bezug auf Belastungen, als das betreuende Personal.

Mediziner*innen empfinden das Leid der Patient*innen, dem Zweifel an der Diagnosestellung sowie der veränderten Kommunikation mit den Menschen im Wachkoma belastend. Dies deckt sich auch mit diversen angeführten Studien.

Palliative Care

Generell ist zu sagen, dass enormer Nachholbedarf an Schulungen, Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Palliative Care herrscht.

Im Speziellen ist der Beginn bei Diagnosestellung nicht geläufig. Assoziationen mit Sterbehilfe sollten keinesfalls erfolgen.

11. Deutschsprachiges Literaturverzeichnis

Asmussen, M. (2006). Praxishandbuch Kinaesthetics – Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik. München: Urban & Fischer Verlag.

Bienstein, Ch. (2001). Ausgewählte Studien. Menschen im Wachkoma. In Nydahl, P. (Hg.) (2017). Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma (4. Aufl.). 23-31 München: Elsevier.

Bioethik aktuell (2020). Österreich: VfGH kippt Verbot der Beihilfe zum Suizid – was nun? Wie die Praxis der Beihilfe zum Suizid aussehen könnte, ist völlig offen. Verfügbar unter: <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/oesterreich-vfgh-kippt-verbot-der-beihilfe-zum-suizid-was-nun> [12.10.2021].

Bioethik aktuell (2021a). Mitwirkung an Suiziden: Verpflichtung von Ärzten wäre „demokratiepolitisch bedenklich“. IMABE-Geschäftsführerin Kummer: „Suizidbeihilfe nicht den Ärzten umhängen“. Verfügbar unter: <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/mitwirkung-an-suiziden-verpflichtung-von-aerzten-waere-demokratiepolitisch-bedenklich> [12.10.2021].

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003). Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Rahmenempfehlung_station%C3%A4re_Langzeitpflege.pdf [28.10.2021].

Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Berlin: Springer Verlag.

Borasio, GD. (2011). Sterben im Wachkoma: Erkenntnisse aus der Palliativmedizin. In Jox, R., Kühlmeyer, K. & Borasio, GD. (Hg.) (2011). Leben im Koma. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Problem des Wachkomas. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Böttger-Kessler, G. (2006). Aktive Sterbehilfe bei Wachkomapatienten. Die Einstellung von Ärzten und Pflegepersonen zur aktiven Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma. Frankfurt: Mabuse.

Bundesgesetzblatt 242 (2021). Sterbeverfügungsgesetz sowie Änderung des Suchtmittelgesetzes und des Strafgesetzbuches. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2021_I_242/BGBLA_2021_I_242.pdfsig [30.01.2022].

Burns, N. & Grove, S.K. (2005). Pflegeforschung verstehen und anwenden. München: Urban & Fischer Verlag.

Dachverband Hospiz Österreich (2021). Stellungnahme des Dachverbandes Hospiz Österreich an das Bundesministerium für Justiz zum Entwurf des Sterbeverfügungsgesetzes. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2021/11/20211111Mu%CC%88_Stellungnahme-Dachverband-Hospiz-Oesterreich-zum-StVfG_unterschrieben.pdf [11.11.2021].

Diel, E., Rieger, S., Letzel, S., Nienhaus, A. & Escobar-Pinzon, L.C. (2019). Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung. In *Pflege*, 32, 209-223.

Dlubis-Dach, J. & Glogner, P. (2001). Durch welche Faktoren werden Therapiebegrenzungen auf internistischen Intensivstationen beeinflusst? In *Ethik Med*, 13, 76-86.

Donis, J. A. (2019). Betreuungsphasen. In Steinbach, A. (Hg.) & Donis, J. A. (2019). *Langzeitbetreuung Wachkoma. Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige* (3. Auflage). Berlin: Springer Verlag.

Drebes, J. (2021). *Ratgeber Wachkoma für Angehörige und Betreuende*. Berlin: Springer Verlag.

Erbguth, F. & Jox, R. (2017). *Angewandte Ethik in der Neuromedizin*. Berlin: Springer Verlag.

Felber, G. & Großmann, A. (2017). Ergotherapie. In Nydahl (Hg.) (2017). *Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma* (4. Auflage). München: Elsevier Verlag.

Gencer, D., Meffert, C., Herschbach, P., Hipp, M. & Becker, G. (2019). Belastungen im Berufsalltag von Palliativpflegekräften – eine Befragung in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Palliative Care Baden-Württemberg (KOMPACT). In *Das Gesundheitswesen*, 81, 92-98.

Gerhard, C. (2011). Palliative Versorgung. Wachkoma oder „Locked-in“? In *Der Neurologe & Psychiater*, 12 (11), 84-89.

Grosse, C. & Grosse, A. (2014). Behandlungsabbruch beim einwilligungsunfähigen Patienten. Wer darf entscheiden? Verfügbar unter: https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Patientenverfuegung/Behandlungsabbruch_beim_einwilligungsunfaehigen_Patienten_Claudia_Alexandra_Grosse_Letter_Patientenverfuegung.pdf [12.10.2021].

Gutwald, R. & Sellmaier, S. (2011). Ethische Probleme des Wachkomas. In Jox, R.J., Kühlmeyer, K. & Borasio, G.D. (Hg.): *Leben im Koma. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Problem des Wachkomas*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Halmich, M. (2021). Palliativer Ansatz in der Psychiatrie: rechtlicher Rahmen und ethische Überlegungen. In *JATROS Neurologie & Psychiatrie*, 1, 7.

Hannich, H.J. (2010). Betreuende oder zu Betreuende? Welche Hilfen benötigen Betreuer schwerst behinderter Menschen bei ihrer Aufgabe. Verfügbar unter: https://www.wachkoma.at/wp-content/uploads/2018/09/jahrestagung_hannich_2010.pdf [10.10.2021].

Hannich, H.J. (1993). Bewusstlosigkeit und Körpersprache. Überlegungen zu einem Haltdialog in der Therapie komatöser Patienten. In *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 38, 219-226.

Hannich, H.J. & Dierkes, B. (1996). Ist Erleben im Koma möglich? In *Intensiv*, 4, 4-7.

Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs (2004). Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und –beendigung an Intensivstationen. Verfügbar unter: <https://www.intensivmedizin.at/sites/default/files/wkw-end-of-life.pdf> [12.10.2021].

Jox, R. J. (2011). Autonomie und Stellvertretung bei Wachkomapatienten. In Breisamer, Ch. (Hg.) (2011). *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*. 112-138. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Jox, R. J. (2011). Ärztliche Indikation beim „Wachkoma“. Best Interests in the ‘Vegetative State’. In *Fortschr Neurol Psychiat*, 79, 576-581.

Kopetzki, Ch. (2004). Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung beim einwilligungsunfähigen Patienten. Die österreichische Rechtslage. In *Ethik Med*, 16, 275-287.

Kölbl-Catic, E. (2007). Recht auf ein würdevolles Leben: Wachkoma und Lebensqualität. Pflege- und Behandlungskonzepte auf der Station St. Jakob im Institut Haus der Barmherzigkeit. In *Pro Care*, 11, 6-9.

Körtner, U. (2004). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas Verlag.

Mayer, H. (2007). Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung (4., aktuali. und überarb. Aufl.). Wien: Facultas Verlag.

Neitzke, G. (2007). Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie. Bochum: Ruhr-Universität.

Nusser-Müller-Busch, R. (2017). Logopädie: Atmung und Schlucken sichern und koordinieren – F.O.T.T. In Nydahl (Hg.) (2017). Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma (4. Auflage). München: Elsevier Verlag.

Nydahl, P. (2007). Qualitätskriterien für die Pflege von Menschen im Wachkoma. Verfügbar unter: http://www.nydahl.de/Nydahl/Skripte_files/QuaKriWachkoma.pdf [10.10.2021].

Österreichische Wachkoma Gesellschaft (2021). Definition von Wachkoma. Verfügbar unter: <http://www.wachkoma.at/wachkoma-info/> [10.10.2021].

Pichler, G. & Fazekas, F. (2016). Apallisches Syndrom. Häufigkeit und Versorgungskonzept in Österreich. Saarbrücken: Akademiker Verlag.

Plenter, Ch. (2001). Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkomapatienten. Hannover: Pflege Kolleg.

Prenzler, A., Müller-Busch, C., Mittendorf, T., Theidel, U., von der Schulenburg, M. & Montag, T. (2010). Versorgungssituation von Palliativpatienten und Einschätzung der Arbeitsbelastung der Pflegenden. Befragung unter ambulant tätigen Pflegenden in Deutschland. In *Pflege Zeitschrift*, 63, 300-304.

Rehab aktuell (2009). Wachkoma – und? Verfügbar unter: [Wachkoma_REHAB_aktuell.pdf](#) [12.10.2021].

Sauer, T. (2014). Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. Empirische Daten und theoretische Überlegungen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Schaufler, P. (2019). Basale Stimulation – Pflege und Betreuung von Menschen im Wachkoma bewusst gestalten. In Steinbach, A. (Hg.) & Donis, J. (2019). Langzeitbetreuung Wachkoma. Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige (3. Auflage). Berlin: Springer Verlag.

Schönherr, D. (2021). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:23abbf3e-3de9-4d64-b266-bf5f388b1eaf/210201_SORA%20Endbericht%20Arbeitsbedingungen%20in%20der%20Pflege.pdf [14.06.2022].

Steinbach, A. (Hg.) & Donis, J. (2019). Langzeitbetreuung Wachkoma. Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige (3. Auflage). Berlin: Springer Verlag.

Steiner, E. & Benesch, M. (2018). Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung (5., aktuali. und überarb. Aufl.). Wien: Facultas Verlag.

Student, J.C., Napiwotzky A. (2007). Palliative Care, wahrnehmen – verstehen – schützen. Stuttgart: Thieme Verlag.

Thimm, D. (2017). Förderung von Menschen im Wachkoma der Phase F. Erprobung der Schallwellentherapie. Wiesbaden: Springer Verlag.

Voller, B. & Auff, E. (2006). Therapierückzug, Therapieverzicht bei schweren zerebrovaskulären Erkrankungen (Ischämie, Blutung). In *Imago Hominis*, 13, 289-293. Verfügbar unter: <https://www.imabe.org/imagohominis/imagohominis-4/2006-kuenstliche-ernaehrung-und-therapiereduktion/therapierueckzug-therapieverzicht-bei-schweren-zerebrovaskulaeren-erkrankungen-ischaemie-blutung> [12.10.2021].

Wasner, M. (2013). Die Bedürfnisse von Sterbenden und Angehörigen nicht übersehen. In *Pflege Zeitschrift*, 1, 10-11.

Zieger, A. (2003). Traumatisiert an Leib und Seele. Konsequenzen für den Umgang mit Wachkoma-Patienten aus beziehungsmedizinischer Sicht. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/zieger-traumatisiert.html> [05.10.2021].

Zieger, A. (2011). Wachkoma. Eine medizinische Einführung. In Nydahl, P. (Hg.): Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. (3. überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer Verlag. 4-17.

Zieger, A. (2018). Palliative Care bei Menschen im Wachkoma. In Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (2018). Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. (6. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer Verlag. 333-340.

12. Englischsprachiges Literaturverzeichnis

Asai, M. et al. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. In *Psychoonkologie*, 16, 421-428.

Chung, M.C. & Corbett, J. (1998). The burnout of nursing staff working with challenging behaviour clients in hospital-based bungalows and a community unit. In *Int J Nurs Stud*, 35, 56-64.

Crawford, S. & Beaumont, J.G. (2005). Psychological needs of patients in low awareness states, their families, and health professionals. In *Neuropsychological Rehabilitation*, 15, 548-555.

Crispi, F. & Crisci, C. (2000). Patients in persistent vegetative state ... and what of their relatives? In *Nursing Ethics*, 7, 533-535.

Elliott, L., Walker, L. (2005). Rehabilitation interventions for vegetative and minimally conscious patients. *Neuropsychological Rehabilitation*, 15, 480-493.

Gélinas, C., Fillion, L., Robitaille, M.A. & Truchon, M. (2012). Stressors experienced by nurses providing end-of-life palliative care in the intensive care unit. In *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44, 18-39.

Giacino, J. T. et al. (2002). The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. In *Neurology*, 58, 349-353.

Giacino, J. et al. (2018). Comprehensive systematic review update summary: Disorders of consciousness. Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research. In *Neurology*, 91 (10), 461-470.

Gosseries, O. et al. (2012). Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. In *Brain Injury*, 1-7.

Hawkins, A., Howard, R. & Oyebode, J. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. In *Psycho-Oncology*, 16, 563-572.

Holland, S., Kitzinger, C. & Kitzinger, J. (2014). Death, treatment decisions and the permanent vegetative state: evidence from families and experts. In *Med Health Care and Philos*, 17, 413-423.

Kumar, S. et al. (2011). Stesses experienced by psychiatrists and their role in burnout: A national follow-up study. In *Int J Soc Psychiatry*, 57, 166-179.

Leonardi, M. et al. (2013). Burnout in healthcare professionals working with patients with disorders of consciousness. In *Work*, 45, 349-356.

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. In *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Monti, M., Laureys, S. & Owen, A. (2010). The vegetative state. In *BMJ*, 341, 292-296.

Pinel-Jacquemin, S., Althaus, V. & Boissel, A. (2021). Patients in permanent vegetative or minimally conscious states: A literature review of the psychological and health impacts on healthcare personnel. In *Work*, 68 (3), 807-820.

The Multi-Society Task Force on PVS (1994). Medical Aspects of the persistent vegetative state. In *The New England Journal of Medicine*, 21, 1499-1508.

Schnakers, C. et al. (2009). Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state. Clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. Verfügbar unter: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2377-9-35> [30.10.2021].

Seel, R. T., Douglas, J., Dennison, A.C., Heaner, S., Farris, K., Rogers, C. (2013). Specialized Early Treatment for Persons With Disorders of Consciousness: Program Components and Outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1908-1923.

Silva, A. T. & Menezes, P. R. (2008). Burnout syndrome and common mental disorders among community based health agents. In *Rev Saude Publica*, 42, 921-929.

Tresch, DD., Sims, FH., Duthie, EH., Goldstein, MD. & Lane, PS. (1991a). Clinical characteristics of patients in the persistent vegetative state. In *Arch Intern Med*, 151, 930-932.

Tresch, DD., Sims, FH., Duthie, EH. & Goldstein, MD. (1991b). Patients in a persistent vegetative state: attitudes and reactions of family members. In *J Am Geriatr Soc*, 39, 17-21.

Jacobs, H., Muir, C. & Cline, J. (1986). Family reactions to persistent vegetative state. In *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1, 55-62.

Kühlmeier, K., Racine, E., Palmour, N., Hoster, E., Borasio, GD. & Jox, RJ. (2012). Diagnostic and ethical challenges in disorders of consciousness and locked-in syndrome: a survey of German neurologists. In *J Neurol*, 259, 2076-2089.

Kühlmeier, K., Borasio, GD. & Jox RJ. (2012). How family caregivers' medical and moral assumptions influence decision making for patients in the vegetative state: a qualitative interview study. In *J Med Ethics*, 38, 332-337.

Phipps, E., Pasquale, M., Blitz, C. & Whyte, J. (1997). Interpreting Responsiveness in Persons with severe traumatic brain injury: Beliefs in families and quantitative Evaluations. In *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 12, 52-69.

Schröder, C., Bänsch, A. & Schröder, H. (2004). Work and health conditions of nursing staff in palliative care and hospices in Germany. In *Psycho-Social Medicine*, 1, 1-8.

13. Französischsprachiges Literaturverzeichnis

Richer, E. (2008). Le soutien de la motivation des équipes. Journées EVC-EPR. Verfügbar unter: <http://docplayer.fr/129040627-Ev-et-epr-chroniques-etc-epr-chroniques-le-soutien-de-la-motivation-des-equipes-ev-et-epr-chroniques-ev-et-epr-chroniques.html> [10.01.2022].

Richer, E. (2013). État déficitaires neurologiques. Soutien de la motivation de équipes. Evolution en 2013. Verfügbar unter: <http://www.cftc.org/images/117/Soutien%20de%20la%20motivation%20des%20%C3%A9quipes%20point%20en%202013-2.pdf> [10.01.2022].

14. Italienischsprachiges Literaturverzeichnis

Chiambretto, P. & Guarnerio, C. (2007). Stato vegetativo e accanimento terapeutico: cosa ne pensano i familiari. In *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29:1, 12-18.

15. Anhang A – E-Mail - Ethikkommission

Antw: Erhebung von Daten für Master Thesis
Ethikkommission <Ethikkommission@jku.at>
Do 07.10, 00:42pointner andrea
Sehr geehrte Frau Pointner!

Anhand der an uns übermittelten Unterlagen ist eine Einreichung bei der Ethikkommission nicht notwendig!

Die Ethikkommission weist darauf hin, dass es aufgrund der Befragung von Mitarbeitern eine Zustimmung der Geschäftsführung benötigt.

Mit freundlichen Grüßen
Geschäftsstelle
Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der JKU

JOHANNES KEPLER UNIVERSITÄT LINZ
Medizinische Fakultät
Ethikkommission
Wagner-Jauregg-Weg 15
4020 Linz, Österreich
T +43 576808728631
Fax +43 576808728634
Ethikkommission@jku.at
Internet: <https://jku.at/med/ethikkommission>

>>> pointner andrea <andrea.pointner@stud.pmu.ac.at> 06.10.21 10.59 Uhr >>>

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mein Name ist Andrea Pointner und ich befinde mich derzeit im Masterstudium für Palliative Care an der PMU in Salzburg. Mein Thema für die Abschlussarbeit - Belastungen von Angehörigen, Gesundheitspersonal sowie Ärzten im Setting Wachkoma. In diesem Zusammenhang möchte ich Erhebungen mittels Fragebögen im Bundesland Oberösterreich durchführen. Folgende Anlaufstellen möchte ich kontaktieren:

Landespflege- und Betreuungszentrum Schloß Cumberland (dies ist meine Arbeitsstelle),
Landespflege- und Betreuungszentrum Christkindl,
Landespflege- und Betreuungszentrum Schloß Haus sowie,
Kompetenzzentrum für Apalliker in Haid.

Benötige ich dafür "nur" eine Anzeige bei der Ethikkommission oder muss ich den kompletten Prozeß durchlaufen. Ich werde nicht am Wachkomapatient*in forschen! Die Fragebögen ergehen an Angehörige der Menschen im Wachkoma sowie an das pflegende und betreuende Gesundheitspersonal und die behandelnden Ärzt*innen.

Anbei mein erstelltes Exposé´ zur Durchsicht.

Mit freundlichen Grüßen, Andrea Pointner

16. Anhang B – Fragebogen Gesundheitspersonal



Fragebogen zur Erfassung der Belastungen des Gesundheitspersonals von Menschen im Zustandsbild des Wachkomas.

Teil A

1. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

Pflege

Therapie

2. Geschlecht

männlich

weiblich

3. Wie lange sind Sie im Setting Wachkoma tätig?

___ Jahre

4. Wie alt sind Sie?

unter 20
Jahre

20-25
Jahre

25-35
Jahre

35-45
Jahre

45-55
Jahre

über 55
Jahre

5. Ihr Familienstand?

ledig

verheiratet

geschieden

in einer Partnerschaft

verwitwet

6. In welchem Stundenausmaß sind Sie angestellt?

___ Wochenstunden

7. Haben Sie aufgrund der Belastungen schon einmal einen Stationswechsel in Betracht gezogen?

ja

nein

Teil B

1. Wie schätzen Sie das Arbeitsklima auf Ihrer Station/Abteilung ein?

sehr schlecht  ausgezeichnet

2. Wie hoch schätzen Sie das gesellschaftliche Ansehen ihrer Tätigkeit ein?

sehr hoch

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 sehr gering

3. Empfinden Sie die Entlohnung leistungsgerecht?

ja eher ja eher nein nein

4. Beeinträchtigen die räumlichen und baulichen Verhältnisse Ihrer Station/Abteilung Ihren Arbeitsablauf?

ja eher ja eher nein nein

5. Stehen genügend Hilfsmittel (Hebelift, Duschliege,...) zur Verfügung?

ja eher ja eher nein nein

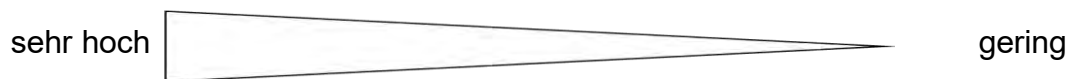
6. Bei der pflegerischen Tätigkeit im Akutbereich hat man weniger „Erfolgserebnisse“ als im Langzeitbereich?

- ja eher ja eher nein nein

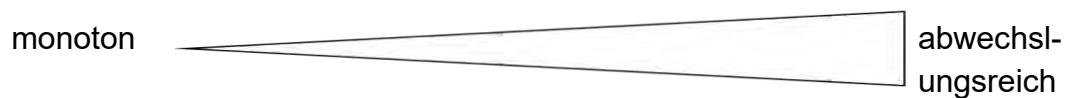
7. Haben Sie auf Ihrer Station/Abteilung genug Zeit Ihre Arbeit zu verrichten?

- ja eher ja eher nein nein

8. Wie hoch ist der Zeitaufwand für die Dokumentation?



9. Wie empfinden Sie die Tätigkeit in Ihrem Arbeitsbereich?



10. Haben Sie sich schon einmal ausgebrannt gefühlt?

- ja eher ja eher nein nein

11. Wie stark ist an Ihrem Arbeitsplatz die Belastung durch folgende Dinge?

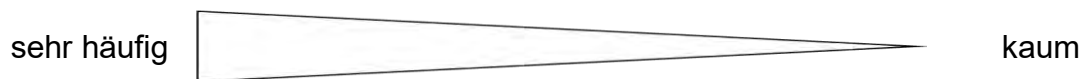
| | | | | |
|--|------------|-------|--------|-------|
| 11.1. Zeitdruck bei der Arbeit | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.2. unangenehme Gerüche | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.3. mangelhafte Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.4. Leid von Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.5. Kommunikation mit Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.6. fordernden Angehörigen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.7. fehlende Rückmeldung von Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.8. Arbeitshaltung der Kolleg*innen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| 11.9. Personalmangel | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | keine |

Teil C

1. Wird auf Ihrer Station/Abteilung eine gemeinsame Haltung gelebt?

- ja eher ja eher nein nein

2. Wie häufig kommt es zu Konfliktsituationen im Team?



3. Wie häufig kommt es zu Konfliktsituationen mit Ärzt*innen?



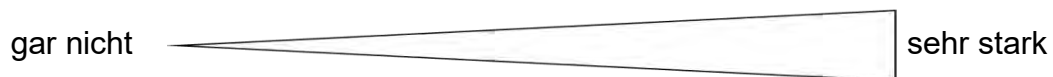
4. Wie häufig kommt es zu Konfliktsituationen mit Angehörigen?



5. Bei der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft belastet mich

| | | | | |
|--|------------|-------|--------|-----------|
| 5.1. mangelnde Sensibilität gegenüber Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| 5.2. unklare Verfahren bei der Entscheidungsfindung | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| 5.3. mangelnde ethische Kompetenz | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| 5.4. unnötige Verlängerung des Lebens | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| 5.5. geringe Wertschätzung gegenüber Pflege/Therapie | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| 5.6. mangelhafte Aufklärung der Angehörigen | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |

6. Wie stark belasten Sie fordernde Angehörige?



7. Kommt es zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen durch Angehörige?

- ja
 eher ja
 eher nein
 nein

Teil D

1. Palliative Care ist aus Ihrer Sicht mehrere Antworten möglich

| | |
|-------|---|
| 1.1. | <input type="radio"/> Sterbehilfe |
| 1.2. | <input type="radio"/> Sterbebegleitung |
| 1.3. | <input type="radio"/> Pflege bis zum Schluss |
| 1.4. | <input type="radio"/> bezieht sich nur auf die/den Patient*in |
| 1.5. | <input type="radio"/> ist bedürfnisorientiert |
| 1.6. | <input type="radio"/> bezieht seelische, körperliche, psychische und spirituelle Komponente ein |
| 1.7. | <input type="radio"/> verbessert die Lebensqualität |
| 1.8. | <input type="radio"/> beginnt bei der Diagnosestellung |
| 1.9. | <input type="radio"/> verzögert den Tod |
| 1.10. | <input type="radio"/> verlängert das Leiden |

2. Beihilfe zum Suizid wird nun auch in Österreich legalisiert. Wie bewerten Sie diese Gesetzesänderung?

sehr gut

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 keinesfalls

3. Eine dokumentierte DNR- Verfügung erleichtert meine Tätigkeit?

- ja eher ja eher nein nein

4. Was möchten Sie sonst noch zum Ausdruck bringen?

17. Anhang C – Fragebogen Angehörige



Fragebogen zur Erfassung der Belastungen von Angehörigen von Menschen im Zustandsbild des Wachkomas.

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Mein Name ist Andrea Pointner. Ich besuche derzeit den Studienlehrgang „Master of Science“ (MSc) für Palliative Care an der Paracelsus Universität Salzburg.

Der Titel meiner Master Thesis lautet:

Setting Wachkoma - Sichtweisen und Belastungen des interprofessionellen Teams

Das Ziel dieser Arbeit ist, mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens herauszufinden welche Belastungen des interprofessionellen Teams (Gesundheitspersonal, Mediziner*innen und Angehörige) bestehen, um mögliche Interventionen zur gegenseitigen Unterstützung zu erarbeiten und im Setting einer Wachkoma-situation zu integrieren.

Die Ergebnisse aus dieser Befragung dienen einerseits der Bearbeitung der bereits genannten Themen, andererseits zur Entwicklung möglicher Interventionen in der nahen Zukunft.

Der Fragebogen setzt sich aus vier Teilen zusammen. Teil A (Angaben zur Person) erfasst die soziodemografischen Daten. Mit Teil B (Belastungen auf emotional, psychischer, finanzieller und physischer Ebene) sollen grundsätzliche Fakten aufgezeigt werden. Der Teil C (Belastungen im interprofessionellem Team) soll verschiedene Aspekte der möglichen Stressoren aufzeigen. Im Teil D wird auf die ethischen Herausforderungen eingegangen.

Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgt anhand eines Statistikprogrammes. Dabei werden konkrete Ausprägungen erfasst und codiert. Somit ist sichergestellt, dass die Daten nicht personenbezogen zurückverfolgt werden können.

Die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen werden, nachdem die Daten im Statistikprogramm erfasst wurden, von mir datenschutzgerecht vernichtet.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 10 - 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Ich sichere Ihnen **absolute Vertraulichkeit und Anonymität** der gewonnenen Daten zu und bedanke mich im Voraus für Ihre Mitarbeit und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Andrea Pointner

Teil A

1. In welchem Verhältnis stehen sie zu der/dem Menschen im Wachkoma?

2. Sind Sie zusätzlich mit der Erwachsenenschutzvertretung be-
traut?

- ja
- nein

Wenn ja – empfinden Sie dies als belastend und wie sehr?

sehr hohe
Belastung



keine
Belas-
tung

3. Wie lange befindet sich der Mensch bereits im Wachkoma?

___ Jahre

4. Wie alt ist die/der Patient*in?

___ Jahre

5. Wie oft besuchen Sie den Menschen im Wachkoma?

___ mal im Monat beziehungsweise ___ mal im Jahr

Teil B

1. Entsteht durch die Pflege und Betreuung in der Langzeiteinrichtung eine zusätzliche finanzielle Belastung für Sie?

- nein gering stark sehr hoch

2. Wie stark haben Sie die Belastung durch bürokratische beziehungsweise organisatorische Herausforderungen empfunden?

- keine Belastung mäßige Belastung starke Belastung sehr hohe Belastung

**a) Wurde Ihnen diesbezüglich Unterstützung angeboten?
Wenn ja – von wem?**

3. Konnten Sie aufgrund des Geschehens Veränderungen in Ihrem persönlichen Umfeld feststellen?

- ja
 nein

a) Wenn ja, in welchem Ausmaß und Form?

4. Werden Sie aufgrund der Situation von Zukunftsängsten geplagt?



5. Empfinden Sie der/dem Wachkomapatient*in gegenüber Schuldgefühle?



6. Was belastet Sie beim Besuch des Menschen im Wachkoma?

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|---|---|---|---|-----------|
| körperliche Veränderung | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| Kommunikation mit d. Pat. | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| künstliche Ernährung (PEG) | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| Tracheostoma | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| Dauerkatheter | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| Geräusche u. Laute von Pat. | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| Mimik u. Gestik | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| Sputum u. Schleim | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|---|---|---|---|-----------|
| unangenehme Gerüche | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| zusätzliche Pat. im Zimmer | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| unfreundliches Personal | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| die Stille | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| Störungen durch d. Personal | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| _____ | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |
| _____ | sehr stark | 1 | 2 | 3 | 4 | gar nicht |

Teil C

1. Wie schätzen sie die Zufriedenheit der/des Patient*in ein?

sehr zufrieden  unzufrieden

2. Wie gut sind Sie in den Pflege- und Therapieverlauf integriert und informiert?

sehr gut

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 gar nicht

3. Wie gut sind Sie in den medizinischen Behandlungsverlauf integriert und informiert?

sehr gut

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 gar nicht

4. Wie zufrieden sind Sie mit der Pflege und Betreuung der/des Patient*in?

sehr zufrieden  unzufrieden

Verbesserung:

5. Wie zufrieden sind Sie mit der therapeutischen Betreuung?

sehr zufrieden

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 unzufrieden

Verbesserung:

6. Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Betreuung und Versorgung?

sehr zufrieden


| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 unzufrieden

Verbesserung:

Teil D

1. Wie schätzen Sie die Lebensqualität der/des Wachkomapatient*in ein?

sehr hoch  keine

2. Palliative Care ist aus Ihrer Sicht mehrere Antworten möglich

| | |
|-------|---|
| 2.1. | <input type="radio"/> Sterbehilfe |
| 2.2. | <input type="radio"/> Sterbebegleitung |
| 2.3. | <input type="radio"/> Pflege bis zum Schluss |
| 2.4. | <input type="radio"/> bezieht sich nur auf die/den Patient*in |
| 2.5. | <input type="radio"/> ist bedürfnisorientiert |
| 2.6. | <input type="radio"/> bezieht seelische, körperliche, psychische und spirituelle Komponente ein |
| 2.7. | <input type="radio"/> verbessert die Lebensqualität |
| 2.8. | <input type="radio"/> beginnt bei der Diagnosestellung |
| 2.9. | <input type="radio"/> verzögert den Tod |
| 2.10. | <input type="radio"/> verlängert das Leiden |

3. Beihilfe zum Suizid wird nun auch in Österreich legalisiert. Wie bewerten Sie diese Gesetzesänderung?

sehr gut

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 keinesfalls

4. Würde nach Ihrer Meinung nach die/der Wachkomapatient*in diese Möglichkeit in Betracht ziehen?

- ja eher ja eher nein nein

5. Was möchten Sie sonst noch zum Ausdruck bringen?

18. Anhang D – Fragebogen für Ärzt*innen



Fragebogen zur Erfassung der Belastungen der Mediziner*innen von Menschen im Zustandsbild des Wachkomas.

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Mein Name ist Andrea Pointner. Ich besuche derzeit den Studienlehrgang „Master of Science“ (MSc) für Palliative Care an der Paracelsus Universität Salzburg.

Der Titel meiner Master Thesis lautet:

Setting Wachkoma - Sichtweisen und Belastungen des interprofessionellen Teams

Das Ziel dieser Arbeit ist, mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens herauszufinden welche Belastungen des interprofessionellen Teams (Gesundheitspersonal, Mediziner*innen und Angehörige) bestehen, um mögliche Interventionen zur gegenseitigen Unterstützung zu erarbeiten und im Setting einer Wachkoma-situation zu integrieren.

Die Ergebnisse aus dieser Befragung dienen einerseits der Bearbeitung der bereits genannten Themen, andererseits zur Entwicklung möglicher Interventionen in der nahen Zukunft.

Der Fragebogen setzt sich aus vier Teilen zusammen. Teil A (Angaben zur Person) erfasst die soziodemografischen Daten. Mit Teil B (Belastungen auf emotional, psychischer, finanzieller und physischer Ebene) sollen grundsätzliche Fakten aufgezeigt werden. Der Teil C (Belastungen im interprofessionellem Team) soll verschiedene Aspekte der möglichen Stressoren aufzeigen. Im Teil D wird auf die ethischen Herausforderungen eingegangen.

Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgt anhand eines Statistikprogrammes. Dabei werden konkrete Ausprägungen erfasst und codiert. Somit ist sichergestellt, dass die Daten nicht personenbezogen zurückverfolgt werden können.

Die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen werden, nachdem die Daten im Statistikprogramm erfasst wurden, von mir datenschutzgerecht vernichtet.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 10 - 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Ich sichere Ihnen **absolute Vertraulichkeit und Anonymität** der gewonnenen Daten zu und bedanke mich im Voraus für Ihre Mitarbeit und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

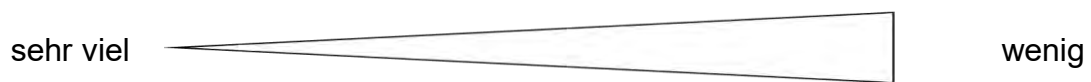
Andrea Pointner

Teil A

1. Ich bin

- praktischer Ärzt*in
 - Fachärzt*in für
-

2. Wieviel Erfahrung haben Sie im Setting Wachkoma?



3. Wie oft führen Sie Visiten bei Wachkomapatient*innen durch?

4. Verfügen Sie über eine spezialisierte Weiterbildung zum Thema Wachkoma?

- ja
- nein

5. Verfügen Sie über eine spezialisierte Weiterbildung zum Thema Palliative Care?

- ja
- nein

Teil B

1. Wie ist das Arbeitsklima auf der zu betreuenden Wachkoma- station/-Abteilung?

sehr schlecht  ausgezeichnet

2. Wie hoch ist das gesellschaftliche Ansehen ihrer Tätigkeit im Wachkomabereich?

sehr hoch

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 sehr gering

3. Hatten Sie schon einmal Zweifel an der Diagnosestellung „Wachkoma“?

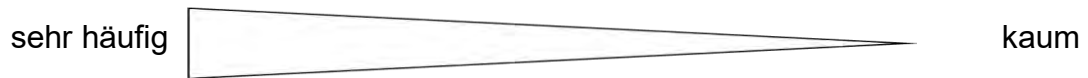
- ja
- nein

4. Wie stark ist auf der Wachkomastation die Belastung durch folgende Dinge?

| | | | | |
|--|------------|-------|--------|-------|
| Zeitdruck bei der Visite | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| Kommunikation mit der Pflege u. Therapie | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| Arbeitshaltung von Pflege und Therapie | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| Leid von Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| Kommunikation mit Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| Kommunikation mit Angehörigen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| fehlende Rückmeldung von Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | keine |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | keine |

Teil C

1. Wie häufig kommt es zu Meinungsverschiedenheiten bzw. Konfliktsituationen mit der Pflege und Therapie?



2. Wie häufig kommt es zu Meinungsverschiedenheiten bzw. Konfliktsituationen mit Angehörigen?



3. Wie häufig kommt es zu Meinungsverschiedenheiten bzw. Konfliktsituationen mit Kolleg*innen?



4. Bei der Zusammenarbeit mit der Pflege und Therapie belastet mich:

| | | | | |
|---|------------|-------|--------|-----------|
| mangelnde Sensibilität gegenüber Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| unterschiedliche Informationen über Patient*innen | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| mangelnde ethische Kompetenz | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| unnötige Verlängerung des Lebens | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| geringe Wertschätzung gegenüber Ärzteschaft | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| mangelhafte Aufklärung der Angehörigen | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| Entscheidungsfindung bezgl. Therapiemaßnahmen | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |
| _____ | sehr stark | mäßig | gering | gar nicht |

5. Wie stark belasten Sie Gespräche mit Angehörigen?



6. Kommt es zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen durch Angehörige?

- ja eher ja eher nein nein

7. Kommt es zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen durch Pflege und Therapie?

- ja eher ja eher nein nein

8. Wie hoch ist die fachliche Kompetenz von Pflege und Therapie auf der Wachkomastation?



Teil D

1. Palliative Care ist aus Ihrer Sicht mehrere Antworten möglich

| | |
|-------|---|
| 1.1. | <input type="radio"/> Sterbehilfe |
| 1.2. | <input type="radio"/> Sterbebegleitung |
| 1.3. | <input type="radio"/> Pflege bis zum Schluss |
| 1.4. | <input type="radio"/> bezieht sich nur auf die/den Patient*in |
| 1.5. | <input type="radio"/> ist bedürfnisorientiert |
| 1.6. | <input type="radio"/> bezieht seelische, körperliche, psychische und spirituelle Komponente ein |
| 1.7. | <input type="radio"/> verbessert die Lebensqualität |
| 1.8. | <input type="radio"/> beginnt bei der Diagnosestellung |
| 1.9. | <input type="radio"/> verzögert den Tod |
| 1.10. | <input type="radio"/> verlängert das Leiden |

2. Beihilfe zum Suizid wird nun auch in Österreich legalisiert. Wie bewerten Sie diese Gesetzesänderung?

sehr gut

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 keinesfalls

3. Eine dokumentierte DNR- Verfügung erleichtert meine Tätigkeit?

- ja eher ja eher nein nein

4. Haben Sie schon einmal einen Therapie-/Behandlungsabbruch bei einer/einem Wachkomapatient*in anordnen müssen?

- ja
- nein

a) Wie stark hat Sie diese Entscheidung belastet?



5. Was möchten Sie sonst noch zum Ausdruck bringen?

19. Erklärung zur Erstellung der Einzelarbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Gschwandt, 06. August 2022

Ort, Datum

Unterschrift