

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



EINSTELLUNG DES KRANKENHAUS- PERSONALS ZUR ORGANSPENDE

**DIE ERHEBUNG IST TEILLEISTUNG DES PROJEKTES
„FÖRDERUNG DER ORGANSPENDE“**

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



Einstellung des Krankenhauspersonals zur Organspende

Fragebogenerhebung in
niederösterreichischen Krankenanstalten

Barbara Schleicher
Thomas Kramar

Projektsekretariat
Menekse Yilmaz

Wien, im Juli 2009

Die Erhebung ist Teilleistung des Projektes
„Förderung der Organspende“

Kurzfassung

Hintergrund und Methodik

Im Jahr 2008 wurde eine Fragebogenerhebung in zwölf niederösterreichischen Krankenanstalten mit dem Ziel durchgeführt, die Einstellung des Personals zum Thema Organspende und die damit einhergehenden Belastungsfaktoren zu erheben. Für die Befragung ausgewählt wurde das Bundesland Niederösterreich, das mit 13,8 Spendern pro Million Einwohner im Jahr 2008 um mehr als 30 Prozent unter dem österreichischen Bundesdurchschnitt liegt.

Die Fragebogenerhebung umfasste zwölf Krankenanstalten mit insgesamt 22 Intensivstationen und gliederte sich

1. in Fragebögen an die ärztliche Leitung der Intensiveinheiten mit Fragestellungen zu den Strukturdaten von Krankenhaus und Intensivstationen und Sequenzen des Organspendeprozesses. Zur Auswertung kamen die Erhebungsdaten aller 22 niederösterreichischen Intensivstationen und
2. parallel dazu in standardisierte Fragebögen an etwa 770 Ärztinnen/Ärzte, Klinische Psychologinnen/Psychologen und Pflegepersonen der Intensivstationen. Inhaltlicher Schwerpunkt waren die Belastungsfaktoren hinsichtlich Spenderpflege und Angehörigengesprächen. Ausgewertet wurden 422 Fragebögen. Aufgrund des hohen Rücklaufs von 55 Prozent sind die Fragebogenergebnisse für die niederösterreichischen Intensivstationen repräsentativ.

Ergebnisse

Wie zu vermuten war, ist das Spenderaufkommen in größeren Krankenhäusern mit höherer Bettenkapazität sowie in Krankenhäusern mit neurochirurgischen Fachabteilungen größer als in kleineren Häusern. Im Unterschied zu anderen Regionen Österreichs verteilt sich die Betreuung von Organspendern in Niederösterreich aber auf mehrere Standorte – so haben im Jahr 2008 insgesamt acht Krankenhäuser diese Aufgabe durchgeführt.

Die Befragung zeigt, dass die Spenderidentifikation aufgrund der technischen Voraussetzungen und personellen Kapazitäten grundsätzlich in allen niederösterreichischen Intensivstationen gewährleistet ist. Zur Durchführung der Hirntoddiagnostik wird in der Regel auf das Mobile-Hirntod-Diagnostik-Team Wien zurückgegriffen, was die Bedeutung dieses Teams unterstreicht.

Das Angehörigengespräch nimmt eine zentrale Rolle im Organspendeprozess ein. Mehrheitlich weisen Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte auf die großen psychischen Belastungen bedingt durch die Kommunikation mit Angehörigen hin. Weiters beklagt werden Zeitdruck und fehlende Rückzugsmöglichkeiten in der Intensivstation.

Befragt nach Optimierungsvorschlägen, weisen die Mitarbeiter/innen darauf hin, dass es zu wenige Fortbildungsmaßnahmen zum Angehörigengespräch gibt bzw. keine ausreichende Teilnahme stattfindet. Dasselbe gilt für regelmäßige Fortbildungen zur Hirntodfeststellung.

Regelmäßige und zielgerichtete Fortbildungen tragen dazu bei, die Problemsensibilität des Intensivpersonals, seine fachlichen Kompetenzen sowie die Akzeptanz der Organspende im Krankenhaus insgesamt zu erhöhen.

Die Umfrage zeigt eine prinzipielle und breite Unterstützung der Organspende seitens des Intensivpersonals. Zudem gibt es keine Intensivstation, in der die Organspende kein Thema bzw. eine grundsätzliche Unterstützung nicht erkennbar ist. Andererseits fehlen Erkenntnisse darüber, inwieweit sich diese Unterstützung im Stationsalltag niederschlägt bzw. wirklich gelebt wird. Es besteht Optimierungspotenzial hinsichtlich der Verbreitung von schriftlichen Standards und der Häufigkeit von Mitarbeiterschulungen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Ziele.....	1
2 Hintergrund, Methodik und Vorgehensweise	2
2.1 Erhebungsinstrumente	2
2.2 Ablauf, Fragebogenerhebung und Rücklauf	3
3 Strukturelle Einflussfaktoren auf die Organspende	5
3.1 Strukturdaten der Krankenanstalten	5
3.1.1 Besondere Fachbereiche.....	7
3.2 Strukturdaten der Intensivstationen	7
3.2.1 Personalsituation	8
3.3 Intensivfälle und Organspenden	10
3.3.1 Patientinnen und Patienten mit Hirnschädigungen	10
3.3.2 Spenderidentifikation	11
3.4 Angehörigengespräche	12
3.4.1 Probleme bei Angehörigengesprächen	13
4 Belastungsfaktoren des Intensivpersonals	15
4.1 Stichprobenbeschreibungen	15
4.2 Erst- und Verlaufsgespräche mit Angehörigen	16
4.2.1 Überbringung der Todesnachricht.....	18
4.3 Organspendesituationen.....	21
4.3.1 Spenderpflege als Belastungsfaktor.....	21
4.3.2 Angehörigengespräche als Belastungsfaktor	23
4.3.3 Weiterbildungsbedarf.....	25
5 Fazit und Ausblick	26
5.1 Strukturelle Einflussfaktoren auf das Spenderaufkommen.....	26
5.2 Kommunikative und informative Einflussfaktoren	27
Anhang	29
Leitfaden „Kommunikation mit den Angehörigen“	
Fragebogen für die ärztliche Leitung der Intensivstation	
Fragebogen für das Intensivpersonal	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Rücklauf der Fragebögen zur Organspende in niederösterreichischen Intensivstationen	4
Tabelle 3.1: Strukturdaten der befragten Krankenhäuser mit Intensivstationen in Niederösterreich, Stand 2007	6
Tabelle 3.2: Intensivfälle in Intensivstationen nach Bettenzahlen, Stand 2007 (absolute Zahlen)	10
Tabelle 3.3: Intensivfälle in Intensivstationen nach Bettenzahlen, Stand 2007.....	11
Tabelle 4.1: Befragungsgruppen aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen und Geschlecht, Stand 2007 (n = 422)	15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1:	Intensivbetten und Beatmungsplätze aufgeschlüsselt nach den Bettenzahlen in den jeweiligen Krankenhäusern, Stand 2007 (Mittelwerte)	6
Abbildung 3.2:	Anteil der Krankenanstalten, die Fachabteilungen für Neurologie, Neurochirurgie und Stroke Unit aufweisen, aufgeschlüsselt nach Bettenzahlen in den jeweiligen Krankenanstalten, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	7
Abbildung 3.3:	Intensivmediziner/innen (VZÄ) in allen Intensivstationen, Stand 2007 (Mittelwerte).....	8
Abbildung 3.4:	Medizinisches und pflegerisches Personal (VZÄ) pro Intensivbett, Stand 2007 (Mittelwerte).....	9
Abbildung 3.5:	Führen von Angehörigengesprächen, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	13
Abbildung 4.1:	Zeitraum der beruflichen Tätigkeit in der Intensivstation, Stand 2007 (n = 422).....	16
Abbildung 4.2:	Führung des Erst- und Verlaufsgesprächs mit den Angehörigen, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	17
Abbildung 4.3:	Probleme im Zusammenhang mit den Angehörigengesprächen, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	18
Abbildung 4.4:	Gesprächsorte bei der Übermittlung der Todesnachricht, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	19
Abbildung 4.5:	Zeitraum bei der Übermittlung der Todesnachricht, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	19
Abbildung 4.6:	Räumlichkeiten, in denen die Verabschiedung von der/dem Verstorbenen stattfindet, Stand 2007 (Angaben in Prozent).....	20
Abbildung 4.7:	Besonders hohe psychische Belastungsfaktoren für das Intensivpersonal bei der Spenderpflege, Stand 2007 (Angaben in Prozent).....	22
Abbildung 4.8:	Spenderpflege als Belastungsfaktor in der Intensivstation, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	23
Abbildung 4.9:	Angehörigengespräche als Belastungsfaktoren in der Intensivstation, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	24
Abbildung 4.10:	Kernprobleme für das Intensivpersonal bei der Führung des Angehörigengesprächs, Stand 2007 (Angaben in Prozent)	25

1 Einleitung

Die Transplantationsmedizin als unverzichtbarer Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems stellt bei terminalem Organversagen von Leber, Herz und Lunge die einzige lebensrettende Therapie zur Verfügung. Außerdem verbessern Nieren- und kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantationen nicht nur die Lebensqualität, sondern führen zu signifikant höheren Überlebensraten im Vergleich zur Dialysetherapie.

Obwohl Österreich mit seinem Spenderaufkommen von 20,0 Spenderinnen/Spendern pro Million Einwohner im Jahr 2008 im europäischen Spitzenfeld rangiert, muss erwähnt werden, dass die Quote gegenüber den Vorjahren (21,8 im Jahr 2007 24,3 im Jahr 2006) deutlich gefallen ist. Überdies sind die Zahlen von Spendermeldungen in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich. Die bestehende Diskrepanz zwischen dem Bedarf an transplantierbaren Organen und der Anzahl durchgeführter Organspenden macht eine Suche nach effektiven Maßnahmen zur Erhöhung der Organspenderate erforderlich.

Die kausalen Einflussfaktoren auf das Spenderaufkommen im Krankenhaus sind nur teilweise bekannt, schließlich wurden diese noch nie repräsentativ und flächendeckend erhoben und analysiert. Dementsprechend wurde im Jahr 2008 eine Erhebung in Niederösterreich durchgeführt. Niederösterreich liegt mit 13,8 Spenderinnen/Spendern pro Million Einwohner unter dem österreichischen Durchschnitt, konnte aber die Spenderrate von 2007 (8,8 Spender pro Mio. EW) auf 2008 erhöhen. Die in der Erhebung erfassten Daten beziehen sich durchwegs auf das Jahr 2007.

Auf Initiative von ÖBIG-Transplant wurde eine Fragebogenerhebung in den Intensivstationen der niederösterreichischen Krankenanstalten durchgeführt, die sich an die Stationsleitung und parallel dazu an die Ärztinnen/Ärzte sowie das Pflegepersonal richtete.

1.1 Ziele

Ziel der Erhebung in den niederösterreichischen Intensivstationen war die Schaffung einer neuen verlässlichen und repräsentativen Datenbasis. Die Befragung zielt auch darauf ab, Gründe für die sehr niedrigen Spenderzahlen in Niederösterreich zu eruieren bzw. strukturelle und organisatorische Ursachen auszumachen. Überdies sollten auch die Belastungsfaktoren des involvierten Krankenhauspersonals und dessen Einstellung zur Organspende ermittelt werden. Schlussendlich sollten Ansatzpunkte für zielführende Maßnahmen aufgezeigt werden. Bei der Erstellung und Abstimmung der Fragebögen wirkte der zuständige Transplantationsreferent für Niederösterreich, Herr Prim. Dr. Albert Reiter, mit. Beide Fragebögen sind dem vorliegenden Bericht im Anhang beigelegt.

2 Hintergrund, Methodik und Vorgehensweise

Grundlage der Repräsentativerhebung in den niederösterreichischen Intensivstationen bildeten die von ÖBIG-Transplant entwickelten Fragebögen. Zum Zwecke der inhaltlichen und praktischen Fundierung des Erhebungsinstrumentes wurden im Vorfeld Gespräche mit dem regionalen Transplantationsreferenten, Prim. Dr. Albert Reiter, geführt. Wichtige inhaltliche und methodische Anregungen zum Fragebogen kamen auch von Teilnehmerinnen/Teilnehmern, die bereits das Kommunikationsseminar („Organspende – Das Gespräch mit den Angehörigen“) besucht hatten.

Die Erhebung erfolgte mit ausdrücklicher Zustimmung der Niederösterreichischen Landesklinikenholding.

2.1 Erhebungsinstrumente

Erstellt wurden zwei komplementäre Erhebungsbögen, für die ärztliche Leitung der Intensivstationen einerseits und für das Intensivpersonal andererseits, mit unterschiedlichen Inhalten und Zielrichtungen:

1. Strukturfragebogen für die ärztliche Leitung

Adressat des standardisierten Erhebungsbogens waren die Primarärztinnen/Primärärzte von Intensivstationen in den Krankenanstalten Niederösterreichs. Wesentliche Fragebogeninhalte waren:

- a) Persönliche Daten
- b) Strukturdaten des Krankenhauses
- c) Strukturdaten der Intensivstation (Fallzahlen, Spendermeldungen etc.)
- d) Identifikation möglicher Organspender
- e) Angehörigengespräche (Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf)

Die meisten Fragen bezogen sich auf die Voraussetzungen und Abläufe im Krankenhaus und auf der Intensivstation. Ein kleinerer Teil der Fragen betraf auch die Kommunikation mit Angehörigen.

2. Mitarbeiterbefragung

Schriftlich befragt wurden auch alle Ärztinnen/Ärzte, Klinische Psychologinnen/Psychologen und Pflegepersonen, die in den Intensivstationen in besonderem Maße mit der Organspende befasst sind. Im Mittelpunkt dieses Fragebogens standen folgende konkrete Inhalte:

- a) Persönliche Angaben
- b) Erst- und Verlaufsdiagnosen
- c) Tod in der Intensivstation

- d) Hirntod und Organspende
- e) Gesprächskompetenz
- f) Persönliche Einstellung zur Organspende
- g) Persönliche Bewältigungsstrategien
- h) Weiterbildungsbedarf

Mit dieser Vollerhebung wurden die Mitarbeiter/innen systematisch nach den stationären Prozessen, aber auch nach persönlichen Erfahrungen, Einstellungen und Wünschen im Zusammenhang mit den Organspenden und Angehörigengesprächen befragt.

2.2 Ablauf, Fragebogenerhebung und Rücklauf

Im ersten Schritt wurden aus der Grundgesamtheit der 18 niederösterreichischen Krankenanstalten nur jene erfasst, die eine Intensivstation aufweisen. Spitäler, die nur eine Überwachungseinheit haben, wurden nicht in die Erhebung einbezogen. In Abhängigkeit der Krankenhausgröße variierte auch die Anzahl der Intensivstationen pro Krankenhaus. In Summe kamen die Erhebungsdaten von insgesamt zwölf Krankenanstalten mit 22 Intensivstationen zur Auswertung.

Der ärztlichen Leitung wurden die entsprechenden Fragebögen persönlich durch den TX-Referenten, Prim. Dr. Reiter, übergeben, was die Bedeutung der Befragung unterstrich. Die Erfassung und Auswertung dieser **Fragebögen** erfolgte **stationsbezogenen** und nicht anonym.

Gleichzeitig wurden auch die Fragebögen für das Intensivpersonal in entsprechender Anzahl mit Rückkuverts – teilweise persönlich – ausgehändigt. Dieses Befragungsverfahren ermöglichte es den teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten sowie den Pflegepersonen, die Fragebögen unabhängig voneinander bzw. ohne Kontrolle durch die Stationsleitung zu beantworten und die ausgefüllten Fragebögen separat an ÖBIG-Transplant zu retournieren. Ziel der **anonymen Befragung** der Zielgruppe war die Optimierung der Rücklaufquote.

Strukturfragebogen

Die Erhebung startete Anfang Januar 2008, dementsprechend bezogen sich die Fragen schwerpunktmäßig auf das Jahr 2007. Zur Jahresmitte wurde nochmals eine Recherche in den Intensivstationen durchgeführt. Dazu wurden die ärztlichen Leiter/innen kontaktiert und zur Beantwortung des Fragenkataloges aufgefordert. Dank dieser systematischen Erinnerungs- und Nachrecherche stieg die Beteiligung. So flossen in die Auswertung die Erhebungsdaten aller 22 angesprochenen Intensivstationen ein, womit die Ausschöpfungs- oder Rücklaufquote bei 100 Prozent liegt. Diese bemerkenswerte Beteiligung lässt Rückschlüsse auf ein insgesamt hohes Interesse an der Thematik zu.

Die eingehenden Fragebögen wurden laufend erfasst und einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Dabei wurde insbesondere bei Krankenhäusern, die sich mit mehreren Intensivstationen

nen an der Erhebung beteiligt hatten, ein Abgleich der krankenhausbezogenen Fragen vorgenommen, um etwaige Widersprüche, fehlende Informationen etc. abzuklären. Bei krankenhausbezogenen Fragen wurde jedes Krankenhaus nur einfach berücksichtigt, selbst wenn es mit mehreren Intensivstationen teilgenommen hat.

Einige Fragebogenergebnisse konnten auch den krankenhausbezogenen Daten der Kostenstellenstatistik der Krankenanstalten (KOST, BMGFJ 2007) gegenübergestellt werden, was einer Plausibilitätsüberprüfung entspricht.

Mitarbeiterfragebogen

Die Erhebung startete Anfang Januar und endete Mitte Februar 2008. An der Umfrage unter den rund 770 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Intensivstationen beteiligten sich 422 Personen, das entspricht einer Rücklaufquote von 54,7 Prozent. Für eine „freiwillige“ Befragung eines solch sensiblen Themas ist damit ein ausgesprochen hoher Rücklauf erreicht worden.

Tabelle 2.1: Rücklauf der Fragebögen zur Organspende in niederösterreichischen Intensivstationen

KA Nr.	Ort	Anzahl der Intensivstationen	Rücklauf Strukturfragebögen	Anzahl der verteilten Mitarbeiterfragebögen	Rücklauf Mitarbeiterfragebögen
303	Amstetten	2	2	54	35
319	Hollabrunn	1	1	25	9
326	Krems	2	2	80	31
335	Mistelbach	2	2	102	58
338	Neunkirchen	1	1	46	25
356	Wiener Neustadt	4	4	60	29
377	Horn	2	2	45	32
378	Korneuburg	1	1	37	20
379	Tulln	1	1	26	8
380	Baden	1	1	32	22
380	Mödling	1	1	41	16
382	St. Pölten	2	2	160	63
383	Waidhofen/Thaya	1	1	35	36
383	Zwettl	1	1	28	
Anonyme Fragebögen					38
Gesamtsumme		22	22	771	422

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

3 Strukturelle Einflussfaktoren auf die Organspende

Als Basis und Hintergrund für die weitergehenden Analysen soll ein Überblick über das Spenderaufkommen in Österreich und speziell in Niederösterreich gegeben werden. Als Datengrundlage wurden der Transplant-Jahresbericht 2007 und die ÖSKAD (Österreichische Spenderkrankenanstalten-Datei) herangezogen.

- Im Untersuchungsjahr 2007 weist Österreich 181 explantierte Spenderinnen/Spender aus, womit die Spenderzahl bei 21,7 pro Million Einwohner liegt.
- Auffällig sind die deutlichen regionalen Unterschiede der Spenderzahlen.
- So liegt in Niederösterreich die Vergleichszahl (2007) bei 14 Spendern. Mit 8,8 Spenderinnen/Spendern pro Million Einwohnern ist die Spenderrate um fast 60 Prozent niedriger als der Bundesdurchschnitt (2007).

Die Spenderzahlen können auch pro Krankenhaus ausgewiesen werden. Verschiedene Einflussfaktoren bedingen ein hohes oder niedriges Spenderaufkommen. Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen den Einfluss von Bettenzahlen und dem Vorhandensein neurologischer und neurochirurgischer Fachabteilungen.

3.1 Strukturdaten der Krankenanstalten

Im Rahmen der Erhebung zur Organspendersituation in Niederösterreich wurden die Angaben aus zwölf Krankenhäusern mit insgesamt 22 Intensiveinheiten ausgewertet.

Abhängig von der Bettenzahl der jeweiligen Krankenanstalt variiert auch die Anzahl der Intensiveinheiten ganz erheblich. Während kleine Häuser unter 300 Betten meistens nur eine Intensivstation haben, weisen die beiden Großkrankenanstalten mit mehr als 800 Betten zwei bzw. vier Intensivstationen aus. Analog zur Anzahl an Intensivstationen steigt auch die Anzahl an Intensivbetten. Die durchschnittliche Anzahl an Intensivbetten in Niederösterreich liegt bei 11,8 Betten, wobei dieser Wert maßgeblich von den beiden Großkrankenanstalten bestimmt wird. Zehn Krankenanstalten verfügen über insgesamt weitaus weniger als zehn Intensivbetten, während die beiden Großkrankenanstalten durchschnittlich 28,5 Betten haben.

Tabelle 3.1: Strukturdaten der befragten Krankenhäuser mit Intensivstationen in Niederösterreich, Stand 2007

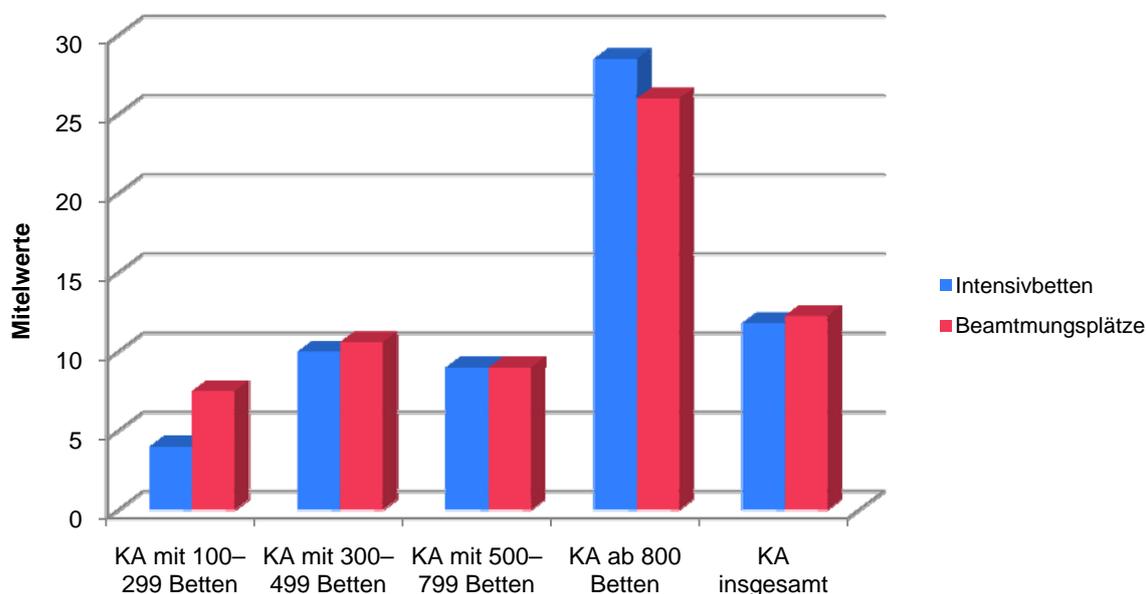
Anzahl der	Bettenzahlen				
	KH mit 100–299 Betten	KH mit 300–499 Betten	KH mit 500–799 Betten	KH ab 800 Betten	KH insgesamt
Krankenhäuser	2	5	3	2	12
Intensivstationen	3	8	5	6	22
Intensivbetten	8	50	27	56/58*	141/143*
Beatmungsplätze	14/16*	51/54*	27/28*	52	144/150*

* Die variierenden Ergebnisse sind auf unterschiedliche Angaben der jeweiligen Intensiveinheiten zurückzuführen.

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Mit Blick auf die Organspende ist auch die Anzahl der Beatmungsplätze je Krankenhaus von besonderer Bedeutung, da hirntote Patientinnen/Patienten nur unter künstlicher Beatmung einer Organspende zugeführt werden können. Die Beatmungsplätze sind somit ein fördernder Einflussfaktor für das Spenderaufkommen. Auch hier zeigt sich, dass die Anzahl der Beatmungsplätze mit steigender Krankenhausgröße proportional zunimmt.

Abbildung 3.1: Intensivbetten und Beatmungsplätze aufgeschlüsselt nach den Bettenzahlen in den jeweiligen Krankenhäusern, Stand 2007 (Mittelwerte)



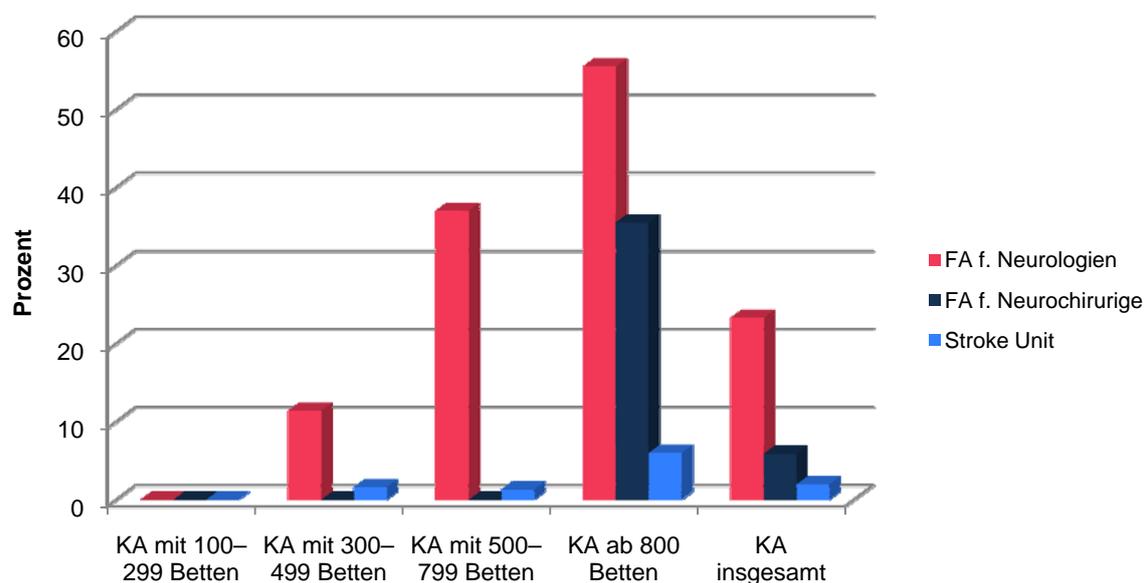
Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Insgesamt zeigt sich eine Konzentration von Intensivbetten und Beatmungsplätzen in den Krankenanstalten mit höherer Bettenzahl.

3.1.1 Besondere Fachbereiche

Neben den Intensiv- und Beatmungskapazitäten sind für die Spenderzahlen auch die Fachbereiche relevant, die aufgrund ihres Patientenkontexts ein höheres Spenderpotenzial aufweisen können. Dazu zählen die Fachabteilungen für Neurologie, Neurochirurgie, die Stroke Units und die Notfallaufnahme. Demnach haben sechs der befragten Krankenhäuser eine Fachabteilung für Neurologie und zwei Spitäler eine Fachabteilung für Neurochirurgie. Des Weiteren gaben sechs Krankenhäuser an, eine Stroke Unit zu haben. Erwartungsgemäß sind diese Fachabteilungen in größeren Krankenhäusern häufiger vorhanden.

Abbildung 3.2: Anteil der Krankenanstalten, die Fachabteilungen für Neurologie, Neurochirurgie und Stroke Unit aufweisen, aufgeschlüsselt nach Bettenzahlen in den jeweiligen Krankenanstalten, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Mit Blick auf das Spenderpotenzial werden die strukturellen Vorteile größerer Krankenhäuser mit entsprechenden Fachabteilungen gegenüber kleineren Einrichtungen deutlich.

3.2 Strukturdaten der Intensivstationen

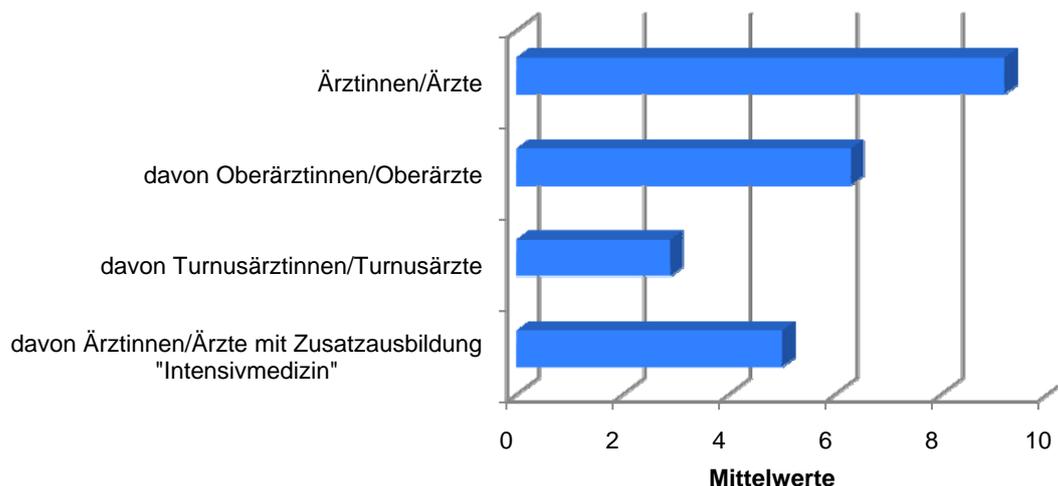
Die Identifikation und die Betreuung von Spenderinnen/Spendern erfolgt letztlich immer in der Intensivstation. Deshalb kamen auch die Strukturdaten, also die Betten-, Personal- und Fallzahlen der Intensivstationen zur Auswertung. Grundlage der nachfolgenden Analyse bildet die Erhebung der 22 Intensivstationen.

Einen ersten Überblick über die vorhandenen Kapazitäten geben die Bettenzahlen der Intensivstationen. Insgesamt verfügen die Stationen über 166 Intensivbetten und 153 Beatmungsplätze, was den Schluss zulässt, dass nicht jedes Intensivbett über entsprechende Beatmungskapazitäten verfügt. Im arithmetischen Mittel verfügen damit die Intensivstationen über 7,5 Intensivbetten und 6,9 Beatmungsplätze, wobei die durchschnittliche Bettenzahl mit steigender Krankenhausgröße zunimmt. An der Spitze steht eine Intensiveinheit mit 23 Intensivbetten.

3.2.1 Personalsituation

Grundsätzlich gibt es bei ärztlichen Diensten in der Intensivstation immer das Problem, dass eine Zuordnung zur Intensiveinheit nicht eindeutig ist, dass Ärztinnen/Ärzte häufig auch in anderen Stationen zum Einsatz kommen. Vorbehaltlich dieser Einschränkung arbeiteten, nach Auskunft der befragten Primärärztinnen/-ärzte, zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 9,2 Ärztinnen/Ärzte (Personen) respektive 9,2 ärztliche Vollzeitkräfte in einer Intensivstation. Entsprechend den Qualifikationen zeigte sich, dass durchschnittlich 6,3 Oberärztinnen/Oberärzte, 2,9 Turnusärztinnen/Turnusärzte als Vollzeitkräfte in den Stationen tätig waren. Mit zunehmender Bettenzahl nimmt auch die Zahl der Ärztinnen/Ärzte zu. Knapp die Hälfte der Ärztinnen/Ärzte in den Intensivstationen verfügte über eine abgeschlossene Ausbildung bzw. Zusatzausbildung in der Intensivmedizin, mehrheitlich sind Ärztinnen/Ärzte mit Facharztstatus dort tätig.

Abbildung 3.3: Intensivmediziner/innen (VZÄ) in allen Intensivstationen, Stand 2007 (Mittelwerte)



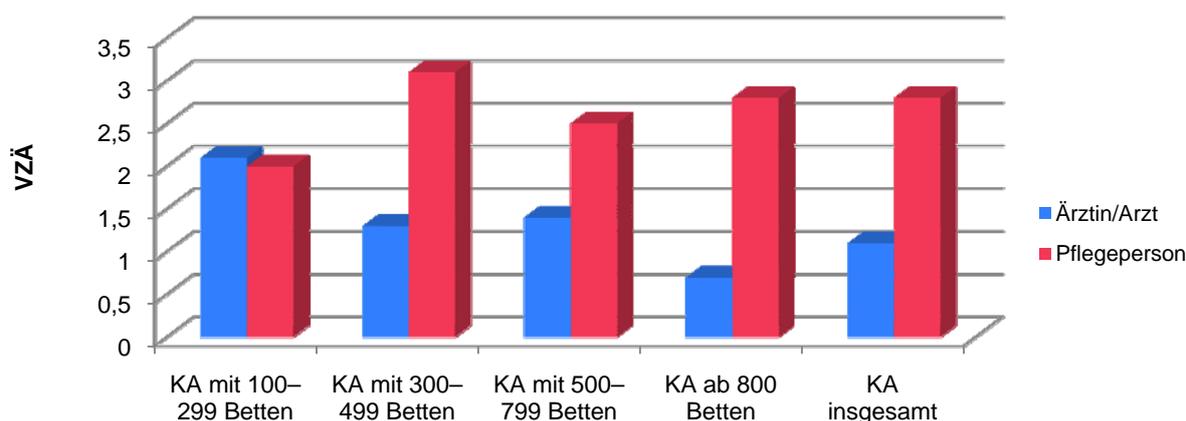
Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Bei der ärztlichen Arbeitszeitorganisation in der Intensivstation geht es konkret um die Frage, ob und wie die ständige Anwesenheit gegeben ist, die eine etwaige Spenderidentifikation erleichtern kann. Allerdings ist es unbestritten, dass auch in Intensiveinheiten ohne ständige ärztliche Anwesenheit mögliche Spender vorhanden sein können.

Wie das Befragungsergebnis zeigt, ist in 86 Prozent der befragten Intensivstationen eine ständige ärztliche Anwesenheit („Rund um die Uhr“) gegeben. In 14 Prozent der Intensivstationen ist nachts die ärztliche Präsenz dadurch gewährleistet, dass ein Intensivmediziner in der Krankenanstalt erreichbar ist.

Da die Intensivstationen in größeren Krankenhäusern durchschnittlich über mehr Betten verfügen, nehmen auch die Arztlizenzen mit steigender Krankenhausgröße zu. Das anscheinend ausgeglichene Verhältnis zwischen Arzt- und Bettenzahl muss aber relativiert werden. So beträgt der Durchschnittswert in Niederösterreich pro Intensivbett 1,1 ärztliche Vollzeitkraft. In Krankenhäusern ab 800 Betten fällt die Zahl der ärztlichen Vollzeitkräfte pro Bett mit durchschnittlich 0,7 geringer aus. Die Intensivstationen mit niedrigeren Bettenzahlen weisen zwar höhere Arztlizenzen pro Intensivbett aus, was sich vermutlich durch die Mitarbeit in anderen Abteilungen des KH wiederum relativiert.

Abbildung 3.4: Medizinisches und pflegerisches Personal (VZÄ) pro Intensivbett, Stand 2007 (Mittelwerte)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Analog zu den medizinischen Berufen wurden auch Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals eruiert. Im Mittel sind in den Intensivstationen 29,8 Pflegekräfte (Personen) bzw. 24,4 pflegerische Vollzeitäquivalente (VZÄ) beschäftigt. Durchschnittlich 18,6 Pflegekräfte pro Station weisen eine abgeschlossene Weiterbildung in der Intensivpflege auf. Die Zahl der Pflegekräfte ist in Intensivstationen erwartungsgemäß deutlich höher als im stationären Bereich, was den spezifischen Betreuungsbedarf widerspiegelt.

Mit steigender Krankenhausgröße nimmt zwar die absolute Anzahl an Pflegekräften insgesamt zu, diese Zahlen müssen allerdings mit Bezug auf die Anzahl der Intensivbetten relativiert werden. Tatsache ist, dass im statistischen Durchschnitt auf ein Intensivbett etwa 2,8 Pflegekräfte kommen (siehe Abbildung 3.4).

Erwartungsgemäß ist die Zahl der im Pflegedienst tätigen Vollzeitkräfte pro Bett deutlich höher als die Zahl der im ärztlichen Bereich Tätigen. Der Anteil an weitergebildetem Intensivpersonal liegt bei 62,5 Prozent. Dieser hohe Qualifikationsgrad ermöglicht die Spenderidentifikation und unterstützt damit die Organspende im Krankenhaus.

Prinzipiell sind die qualifikatorischen Voraussetzungen für eine Spenderidentifikation gegeben. Hinsichtlich Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Intensivpersonals und ebenso hinsichtlich struktureller Voraussetzungen lassen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen größeren und kleineren Krankenhäusern ausmachen.

3.3 Intensivfälle und Organspenden

Ein erster Überblick gibt Auskunft über die Anzahl der Intensivfälle und verstorbenen Patientinnen und Patienten in den 22 Intensivstationen. Demnach wurden im Jahr 2007 durchschnittlich 329 Fälle pro Intensivstation behandelt, wobei in kleineren Krankenhäusern die Fallzahlen deutlich geringer ausfielen.

Aufschlussreich ist die Bezugnahme von Fallzahlen auf die Bettenzahl, wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

Tabelle 3.2: Intensivfälle in Intensivstationen nach Bettenzahlen, Stand 2007 (absolute Zahlen)

	Bettanzahlen				
	KH mit 100–299 Betten	KH mit 300–499 Betten	KH mit 500–799 Betten	KH ab 800 Betten	KH insgesamt
Anzahl der Intensivstationen	3	8	5	6	22
Intensivfälle	494	2.393	1.345	3.011	7.243
Verstorbene Patientinnen/Patienten	52	322	184	379	937

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

3.3.1 Patientinnen und Patienten mit Hirnschädigungen

Ziel allen ärztlichen Handelns ist es, alles für die Lebensrettung und Lebenserhaltung von Menschen mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung zu tun. Oftmals sind die Verletzungen so schwer, dass die Patientin oder der Patient verstirbt. Dazu zählen auch Patientinnen/Patienten mit der Diagnose Hirntod, die als potenzielle Organspender identifiziert, den Transplant-Koordinatoren gemeldet und speziell versorgt werden müssen.

Deshalb wurden auch die Leiter/innen der Intensivstationen zu Angaben über Patientinnen/Patienten mit Hirnschädigungen aufgefordert. Allerdings können die Daten nur eine Ori-

entierung bezüglich möglicher Spender/innen geben. Ausgehend davon gab es 2007 im Durchschnitt pro Abteilung 27,4 Patientinnen und Patienten mit schwerer akuter primärer oder sekundärer Hirnschädigung, wobei sich diese Patientinnen/Patienten in einigen wenigen Stationen speziell in den großen Krankenanstalten fanden. Selbst wenn nur ein Teil dieser Patientinnen und Patienten im Krankenhaus infolge des Hirntodes verstirbt, hat dies unmittelbar Auswirkungen auf das mögliche Spenderpotenzial.

Zusätzlich wurde die Anzahl der Verstorbenen mit einer schweren akuten primären oder sekundären Hirnschädigung abgefragt. Die Antworten auf diese Frage können ebenfalls nicht im Sinne einer Analyse möglicher Organspender interpretiert werden, da nicht alle dieser Verstorbenen für eine Organspende in Frage kommen. Nach Auskunft der befragten Personen verstarben pro Intensivstation durchschnittlich 8,5 Personen mit schweren akuten primären oder sekundären Hirnschädigungen. Bei 1,2 verstorbenen Personen pro Intensivstation lag eine abgeschlossene Hirntodfeststellung durch zwei unabhängig voneinander untersuchende Ärztinnen/Ärzte vor. Gemäß dem Jahresbericht von ÖBIG-Transplant waren im Jahr 2007 in Niederösterreich 14 Organspender zu verzeichnen.

Tabelle 3.3: Intensivfälle in Intensivstationen nach Bettenzahlen, Stand 2007

	Bettenzahlen				
	KH mit 100–299 Betten	KH mit 300–499 Betten	KH mit 500–799 Betten	KH ab 800 Betten	KH insgesamt
Verteilung der Intensivstationen nach Bettenzahl	3	8	5	6	22
Patientinnen/Patienten mit schwerer primärer oder sekundärer Hirnschädigung	13	168	70	352	603
Verstorbene Intensivpatientinnen/Intensivpatienten mit akuter primärer oder sekundärer Hirnschädigung	0	55	10	123	188
Überprüfung der Möglichkeiten im Hinblick auf eine Organspende	0	13	10	18	41
Verstorbene Patientinnen/Patienten mit abgeschlossener Hirntodfeststellung	0	10	7	10	27

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

3.3.2 Spenderidentifikation

Bei einer intensivmedizinischen Behandlung eines beatmeten Patienten können erste Anzeichen eines möglichen Hirntodes frühzeitig von den Intensivärztinnen/Intensivärzten und dem Intensivpflegepersonal erkannt werden. Dann entscheidet die Intensivmedizinerin / der Intensivmediziner über den Einsatz von weiteren diagnostischen Verfahren.

Vielfach werden potenzielle Organspender aber gar nicht als solche erkannt und gehen somit schon vor der Prüfung der Spendereignung verloren. Aus diesem Grund wurden auch einige Fragen gestellt, die sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren zur Identifikation potenzieller Organspender benennen sollten. Nach Selbstauskunft der Befragten ist in 82 Prozent der Fälle das Erkennen bzw. die Identifikation möglicher Organspender grundsätzlich gewährleistet: Allerdings schränken neun Prozent ein, dass eine Spenderidentifikation in aller Regel nur im Tagdienst garantiert sei, weitere neun Prozent der Befragten geben an, dass diese Identifikation durch gezielte ärztliche Fortbildungsmaßnahmen verbessert werden könnte.

Da laut Befragten die Spenderidentifikation teilweise verbesserungsfähig sei, wurde das Personal der Intensivstationen aufgefordert zu benennen, worin und wodurch sie verbesserungsfähig sei. Diese Frage wurde jedoch nur von knapp 50 Prozent der Befragten beantwortet.

Die Mitarbeiter/innen der Intensivstationen, die auf diese Frage antworteten, nennen die enorme Arbeitsbelastung im Stationsalltag am häufigsten als mögliche Ursache für Probleme bei der Spenderidentifizierung (23 Prozent). Eine mögliche Verbesserung der Spenderidentifikation könnte nach Einschätzung von 18 Prozent der Befragten durch zielgerichtete Schulungsmaßnahmen erreicht werden, z. B. durch Fortbildungen zum Themenkomplex „Hirntod“.

Grundsätzlich geht aus den Ergebnissen der Studie hervor, dass seitens der Ärzteschaft und dem Pflegedienst Organspende einen großen Stellenwert hat.

3.4 Angehörigengespräche

In Österreich ist in der gesetzlichen Grundlage zur Entnahme von Organen Verstorbener zum Zweck der Transplantation in § 62 a), b) und c) KAKuG die Widerspruchsregelung verankert. Nach dieser Regelung gelten Patientinnen und Patienten, bei denen der Hirntod festgestellt wird, als potenzielle Spenderinnen/Spender, wenn sie sich zu Lebzeiten nicht ausdrücklich gegen eine Organspende ausgesprochen haben. Lehnen die Angehörigen eine Organentnahme ab, weil die Verstorbene bzw. der Verstorbene zu Lebzeiten mündlich oder schriftlich ihren/seinen Willen dagegen bekundet hat, religiöse sowie kulturelle Beweggründe gegen eine Explantation sprechen etc., dann wird diese Ablehnung respektiert.

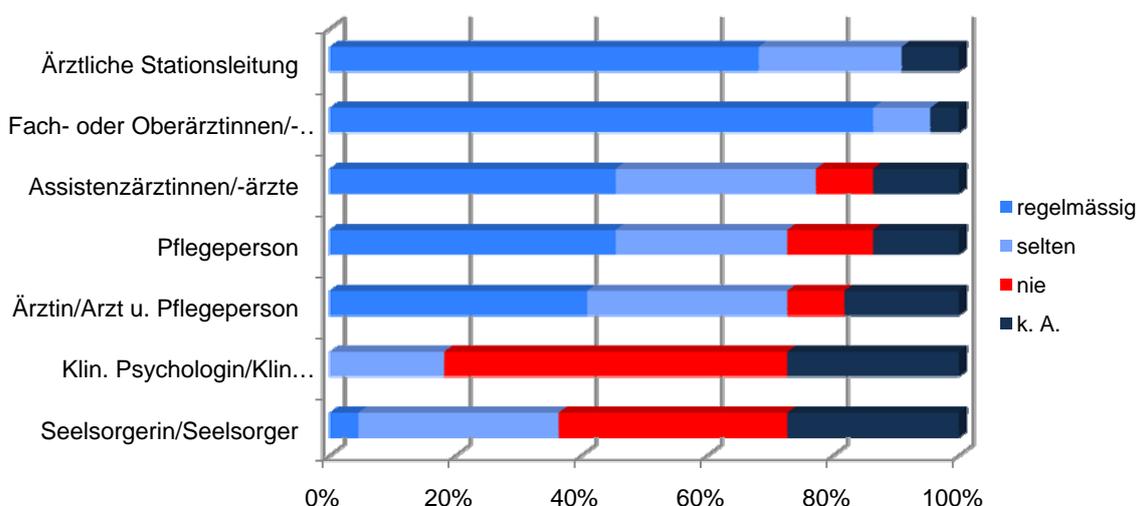
Angesichts der eindeutigen Rechtslage geht es im Angehörigengespräch primär um die Information über die geplante Explantation sowie allgemein um Grundlagen und Ablauf des Organspendeprozesses. Dem Angehörigengespräch kommt eine wesentliche Bedeutung im Organspendeprozess zu. Für den Verlauf eines optimierten Angehörigengesprächs bedarf es in erster Linie der fachlichen und psychologischen Qualifikation des teilnehmenden Personals sowie eines dem Anlass entsprechenden Gesprächsrahmens.

Wie sich aus den Antworten ablesen lässt, werden die Angehörigengespräche regelmäßig von der Leitung der Intensivstation (68 Prozent) sowie von den Fachärztinnen und -ärzten, Oberärztinnen und -ärzten (86 Prozent) geführt. In etwa 45 Prozent der Fälle übernimmt die

Assistenzärztin / der Assistenzarzt diese Aufgabe. Auch betreuende Pflegepersonen führen regelmäßig Angehörigengespräche, was darauf zurückzuführen ist, dass sie in häufigerem Kontakt mit den Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen stehen.

Nur in 41 Prozent der Angehörigengespräche sind sowohl Arzt/Ärztin als auch betreuende Pflegekraft am Gespräch beteiligt. Vergleichsweise selten werden Klinische Psychologinnen/Psychologen oder Seelsorger/innen hinzugezogen.

Abbildung 3.5: Führen von Angehörigengesprächen, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

In erster Linie werden die Angehörigengespräche von Fachärztinnen/Fachärzten geführt, während nicht-ärztliche Berufsgruppen selten hinzugezogen werden. Obwohl sie meist eine größere Nähe zu den Angehörigen haben.

3.4.1 Probleme bei Angehörigengesprächen

Konkret befragt nach den Problemfeldern in den Angehörigengesprächen wurden gleichermaßen fachliche, organisatorische und psychologische Aspekte genannt.

Als größtes Problem sehen die Befragten die psychische Belastung des Intensivpersonals (63,3 Prozent) sowie den hohen Zeitdruck (36,3 Prozent). Speziell die hohe psychische Belastung der Krankenhausmitarbeiter/innen durch Angehörigengespräche unterstreicht die Wichtigkeit unterstützender Maßnahmen. Hier aber erweist sich die Zahl derer, die an einem Kommunikationsseminar (27 Prozent) oder einer Supervision (45 Prozent) teilgenommen haben, als eher gering. 32 Prozent nennen die fehlende Fortbildungsmöglichkeiten für Krankenhausmitarbeiter/innen als Problem in der Angehörigenbetreuung.

Die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten für das Angehörigengespräch (z. B. ein ruhiges Besprechungszimmer) werden unerwarteter Weise mehrheitlich als nicht problematisch eingestuft (63,3 Prozent).

4 Belastungsfaktoren des Intensivpersonals

Bei der vorliegenden speziellen Erhebung unter den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Intensivstationen wurden der weitgefaste Themenkomplex „Organspende“ detailliert angesprochen und die daraus gewonnenen Daten ausgewertet.

4.1 Stichprobenbeschreibungen

Die Fragebogenerhebung wurde als Mitarbeiterbefragung unter Einbeziehung der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen durchgeführt. Überdies kreuzten einige Mitarbeiter/innen als beruflichen Status „Sonstiges“ an, was nicht weiter spezifiziert werden konnte.

Die Berufsgruppe der Pflegepersonen stellt mit 75 Prozent (n = 316) die größte Gruppe dar, gefolgt vom ärztlichen Personal mit 24 Prozent (n = 100). Rund ein Prozent der Befragten machte keine Angaben zu ihrer Berufsgruppenzugehörigkeit.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Berufsgruppe überrascht nicht, da die größte Gruppe die der Pflegenden ist und in dieser Gruppe nach wie vor die Frauen (74 Prozent) überwiegen. Während in der Berufsgruppe der Ärztinnen/Ärzte die Geschlechter beinahe gleich verteilt sind.

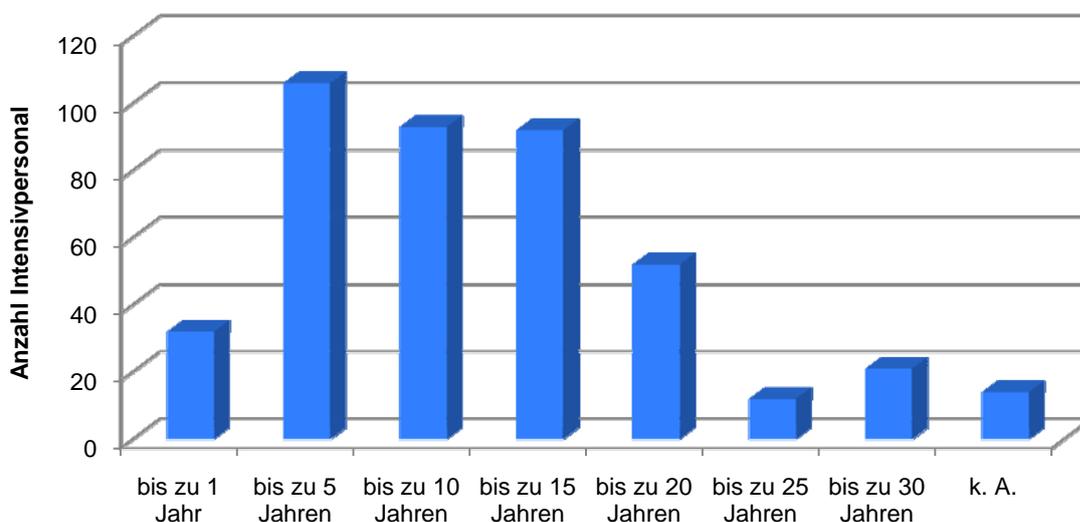
Tabelle 4.1: Befragungsgruppen aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen und Geschlecht, Stand 2007 (n = 422)

Berufsgruppen	Geschlecht				Gesamt	
	Weiblich		Männlich			
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ärztinnen/Ärzte	53	53	47	47	100	100
Pflegepersonen	233	73,7	83	26,3	316	100
Andere Berufsgruppen	3	50	3	50	6	100
Gesamt	289	68,5	133	31,5	422	100

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Angaben zum Alter wurden aufgrund der Anforderungen zur Anonymität nur in Altersspannen erfragt. Die Mehrheit der Befragten (36,3 Prozent) gab an, zwischen 30 und 39 Jahre alt zu sein, dicht gefolgt von der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. Deutliche Unterschiede ergeben sich, wenn die Berufsgruppen getrennt betrachtet werden. Hier liegt der Altersschwerpunkt bei den Ärztinnen und Ärzten in der Altersgruppe von 40–49 Jahren (57 Prozent). Hingegen sind bei den Pflegepersonen 64,3 Prozent jünger als 40 Jahre.

Abbildung 4.1: Zeitraum der beruflichen Tätigkeit in der Intensivstation, Stand 2007 (n = 422)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Befragt nach der Dauer der beruflichen Tätigkeit in der Intensivstation zeigt sich, dass 25,1 Prozent der Befragten bis zu fünf Jahre, dicht gefolgt von 22,1 Prozent mit bis zu zehn Jahren und 21,8 Prozent, die bis zu 15 Jahren in der Intensivstation tätig waren (siehe Abbildung 4.1).

4.2 Erst- und Verlaufsgespräche mit Angehörigen

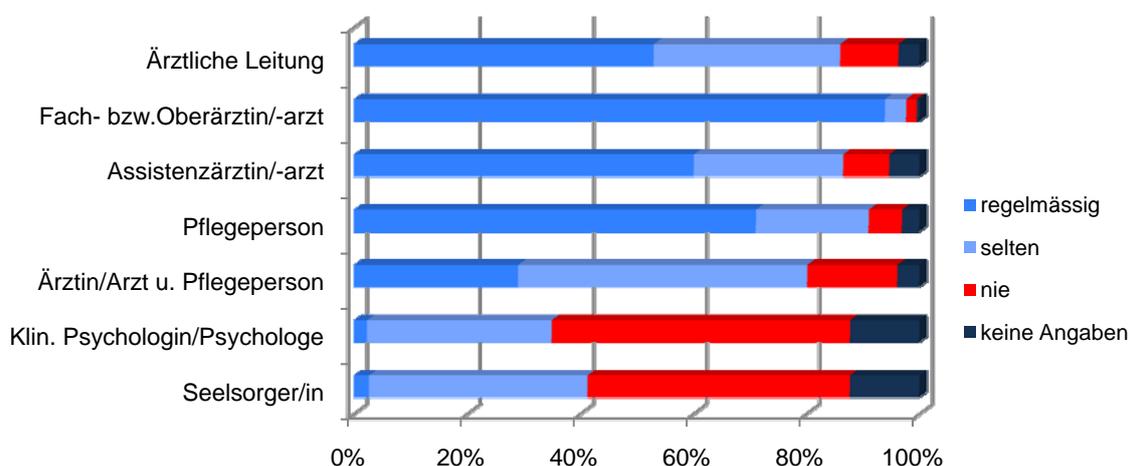
Die plötzliche lebensgefährliche Erkrankung eines Familienmitglieds stellt für Angehörige eine enorme psychische Belastung dar. Meistens sind sie, wenn sie das erste Mal in die Intensivstation kommen, verängstigt und um den Gesundheitszustand ihres plötzlich erkrankten Familienmitglieds besorgt. Die Patientin bzw. der Patient liegt im Intensivbett, umgeben von Schläuchen, Maschinen und Monitoren. Auf diese Akutsituation müssen Angehörige entsprechend vorbereitet werden. Dabei haben vorwiegend Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen die Aufgabe der Informationsvermittlung.

Das Erstgespräch zwischen Intensivpersonal und Angehörigen wird von medizinischer Aufklärung (42,6 Prozent), Erklärungen zur Pflege (31 Prozent), aber auch von psychologischem Beistand (26,4 Prozent) geprägt.

Ärztlicherseits wird das Erst- und Verlaufsgespräch regelmäßig von einer Fach- oder Oberärztin bzw. einer Fachärztin / einem Facharzt oder Oberärztin/Oberarzt der Intensivstation (32,8 Prozent) oder der ärztlichen Leitung (16,5 Prozent) geführt – also aus einer hierar-

chisch gehobenen Position. Deutlich weicht hier das Ergebnis von dem des Strukturfragebogens ab, wonach die Leiter/innen der Intensivstationen die eigene Mitwirkung an der Führung von Angehörigengesprächen deutlich stärker einstufen als es von den Stationsmitarbeiterinnen/Stationsmitarbeitern wahrgenommen wird. Knapp 17,5 Prozent der Gespräche werden von Assistenzärztinnen/Assistenzärzten geführt. In 22,8 Prozent der Fälle führen auch die betreuenden Pflegepersonen diese Erstgespräche. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass diese Berufsgruppe in häufigerem Kontakt mit den Patienten bzw. deren Angehörigen steht. Nur in etwa 8,3 Prozent der Fälle sind Ärztin/Arzt und Pflegeperson gemeinsam am Gespräch beteiligt. Dabei ist eine Teamlösung immer zu befürworten, um einerseits den Informationsfluss zu gewährleisten, und um andererseits emotional aufgewühlte Angehörige adäquat betreuen zu können.

Abbildung 4.2: Führung des Erst- und Verlaufsgesprächs mit den Angehörigen, Stand 2007 (Angaben in Prozent)

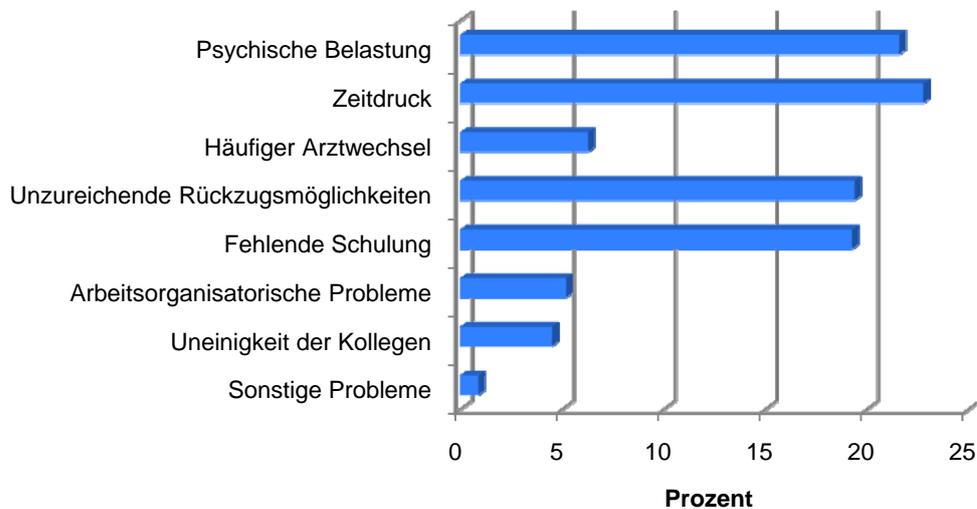


Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Für die Angehörigengespräche werden unterschiedliche „Gesprächsräume“ genutzt. Obwohl es in vielen Einrichtungen eigene Besprechungszimmer gibt, finden nur 18 Prozent der Erstgespräche dort statt. Weitaus häufiger werden Diagnosen und Gespräche über den Krankheitsverlauf direkt vor dem Krankenbett (42,3 Prozent), am Gang (28,2 Prozent) oder in anderen Räumlichkeiten (11,5 Prozent) geführt.

In Zusammenhang mit den Angehörigengesprächen beklagten viele Mitarbeiter/innen den Zeitdruck (22,8 Prozent), psychische Belastungen (21,6 Prozent) unzureichende Rückzugsmöglichkeiten (19,4 Prozent) und fehlendes Schulungsangebot (19,3 Prozent).

Abbildung 4.3: Probleme im Zusammenhang mit den Angehörigengesprächen, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

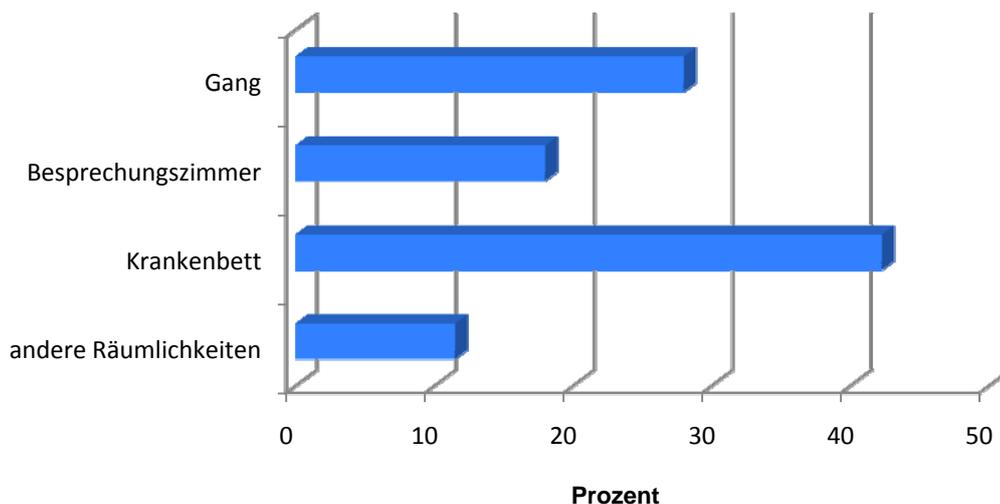
4.2.1 Überbringung der Todesnachricht

Die Übermittlung der Todesnachricht ist auch für Ärztinnen/Ärzte außerordentlich belastend. Im persönlichen Gespräch gilt es, die Information dem individuellen Auffassungsvermögen sowie dem Wissensstand der Angehörigen anzupassen und sich zugleich davon zu überzeugen, dass der Tod auch wahrgenommen wurde. Hier übernimmt die empathische Kommunikation die Funktion des Beistehens. Dass dabei Beziehungsaspekten häufig eine größere Bedeutung zukommt als den Inhaltsaspekten, belegen zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen. Expertinnen und Experten empfehlen das Hinzuziehen einer weiteren Person aus dem Intensivbereich, die eine Ärztin bzw. einen Arzt, aber auch die Angehörigen in dieser schwierigen Gesprächssituation unterstützen kann. In 93 Prozent der Gespräche erfolgt das Überbringen der Todesnachricht allein durch das medizinische Personal. Nur in 3,1 Prozent der Gespräche wird das Gespräch von Ärztin/Arzt und Pflegeperson gemeinsam geführt.

Bedenklich ist, dass in 1,4 Prozent der Fälle der Portier des Krankenhauses die Todesnachricht den Angehörigen übermittelte.

Des Weiteren gelten ein separater Raum, ausreichende Gesprächszeit sowie eine ungestörte Atmosphäre als Grundvoraussetzung, um Angehörigen diese belastende Botschaft zu vermitteln.

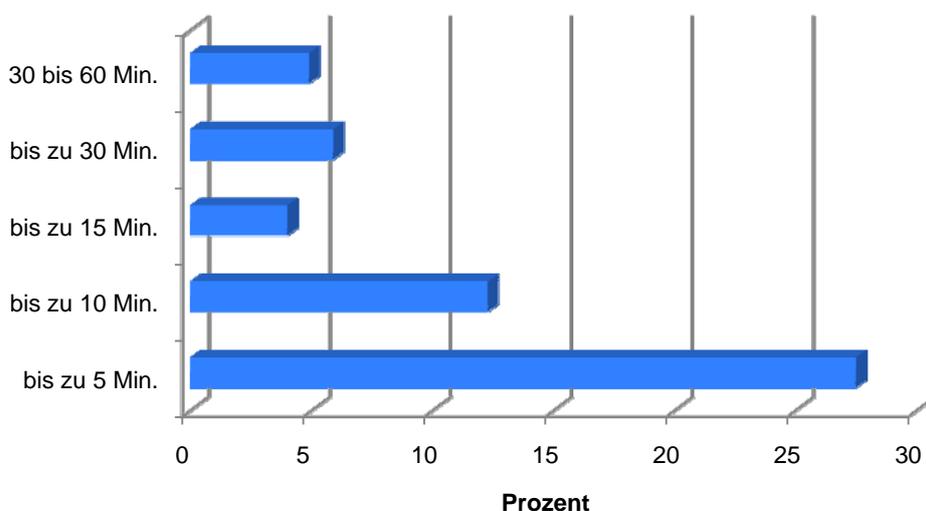
Abbildung 4.4: Gesprächsorte bei der Übermittlung der Todesnachricht, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Wie die Praxis zeigt, nehmen sich die Ärztinnen/Ärzte oftmals nicht genügend Zeit für das Gespräch. Nur in wenigen Fällen dauerte das Gespräch etwa 30 Minuten (5,9 Prozent) oder bis zu einer Stunde (4,9 Prozent). Laut Aussagen von 27,5 Prozent der Befragten beträgt die durchschnittliche Gesprächsdauer bis zu fünf Minuten, in 12,3 Prozent der Fälle bis zu zehn Minuten und bei vier Prozent bis zu 15 Minuten.

Abbildung 4.5: Zeitrahmen bei der Übermittlung der Todesnachricht, Stand 2007 (Angaben in Prozent)

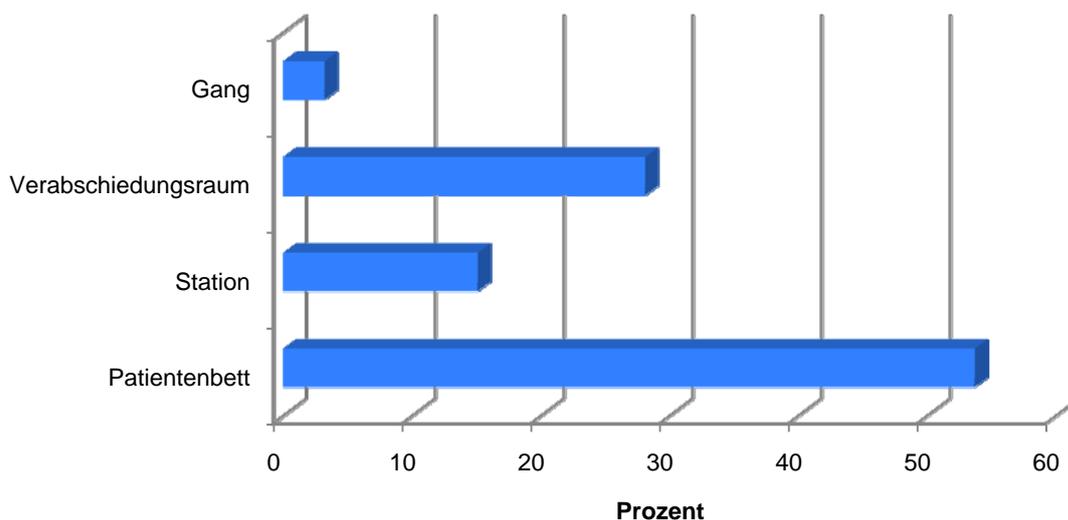


Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Inhaltlicher Schwerpunkt des Gesprächs ist die Erklärung des Hirntodes, bei dem eine irreversibel erloschene Gesamtfunktion des Gehirnes vorliegt. Anders als der Herztod ist der Hirntod in weiten Bevölkerungskreisen unbekannt. Deshalb ist es entscheidend, ob die Ärztin / der Arzt das Wissen über den Hirntod in umfassender, fundierter und einfühlsamer Weise vermitteln kann. Diese Frage wurde von 77,4 Prozent positiv beantwortet.

Viele Menschen wünschen eine Verabschiedung von der/dem Verstorbenen. Sie möchten sie/ihn nochmals in den Arm nehmen oder einfach einige Zeit bei ihr/ihm verweilen. Dieses Abschiednehmen hilft, mit dem Tod besser fertig zu werden. In der Praxis scheitert dies oftmals an den äußeren Rahmenbedingungen. Angesichts fehlender Räumlichkeiten finden die Verabschiedungen zu 53,7 Prozent direkt am Krankenbett statt, zu 3,2 Prozent auf dem Gang und nur zu 28,1 Prozent in einem Verabschiedungsraum.

Abbildung 4.6: Räumlichkeiten, in denen die Verabschiedung von der/dem Verstorbenen stattfindet, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Diese räumlichen Vorgaben lassen keine oder nur wenige Gestaltungsmöglichkeiten bei der Verabschiedung der/des Verstorbenen zu. In 32,5 Prozent wird versucht, den Wünschen der Angehörigen nachzukommen. Nur in Ausnahmefällen ist eine Verabschiedung mit Duftkerzen, Aromaölen, Kruzifix, Blumen usw. möglich. Eine Seelsorgerin oder ein Seelsorger wird in 1,1 Prozent der Fälle hinzugezogen.

Befragt nach Kenntnissen über Rituale und Vorschriften anderer Religionen wurde von knapp 80 Prozent der Befragten angegeben, diesbezüglich keinerlei Kenntnisse zu besitzen.

4.3 Organspendesituationen

Laut Transplantationsgesetz ist eine Organentnahme grundsätzlich möglich – es sei denn, dass die/der Verstorbene zu Lebzeiten – schriftlich oder mündlich – einer späteren Organentnahme widersprochen hat. Liegt kein Einspruch im Widerspruchregister oder in einer anderen Form vor, wird mit den Angehörigen gesprochen, um sie über die geplante Organentnahme zu informieren sowie ihnen die Grundlagen und den Ablauf des Organspendeprozesses zu erklären.

In Kreisen der Transplantationschirurgie herrscht Einigkeit darüber, dass bei vehementer Ablehnung einer geplanten Organspende durch die Angehörigen diese Entscheidung zu respektieren ist. Argumente gegen eine Organentnahme sind häufig im zu Lebzeiten geäußerten Willen der/des Verstorbenen begründet, kulturellen bzw. religiösen Ursprungs oder Gründen in den eigenen Wertvorstellungen der Angehörigen.

Laut Mitarbeiterbefragung wird in allen Intensivstationen Niederösterreichs mehrheitlich auch die Spenderpflege durchgeführt (82,2 Prozent). Dabei ist es Usus, dass die Angehörigen von den Ärztinnen/Ärzten über die geplante Explantation in Kenntnis gesetzt werden (88,3 Prozent).

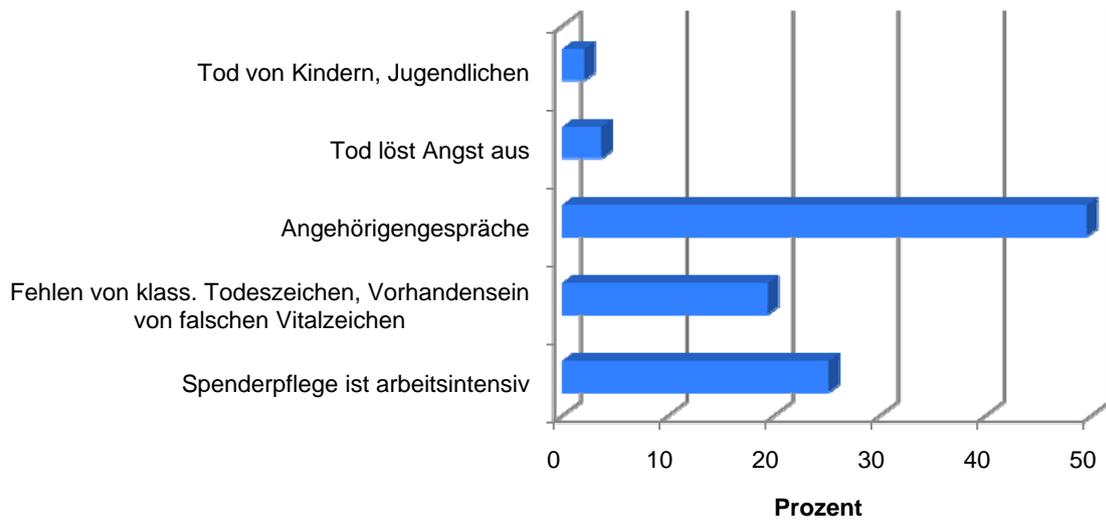
Persönliche Einstellung zur Organspende

Die positive Einstellung des Intensivpersonals zur Organspende ist mit 93 Prozent als sehr hoch zu bewerten. Annähernd 77 Prozent der Befragten würden im Todesfall eines nahen Angehörigen einer Organentnahme zustimmen, während 20,3 Prozent diese Entscheidung aus gegenwärtiger Sicht nicht treffen möchten. Die Frage, ob die Arbeit in der Intensivstation die Einstellung zur Organspende beeinflusse, wurde von 55,6 Prozent im Sinne einer positiven Beeinflussung beantwortet, etwa 42,2 Prozent fühlten sich durch die Intensivarbeit in ihrer Einstellung keineswegs beeinflusst.

4.3.1 Spenderpflege als Belastungsfaktor

Die mit der Spenderpflege betrauten Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen sind verschiedenen Stressfaktoren ausgesetzt. Die Angehörigengespräche werden mit 49,6 Prozent als größter Belastungsfaktor eingestuft. Wie aus der Abbildung 4.7 hervorgeht, bezeichnen 25,2 Prozent der Befragten die Spenderpflege als sehr arbeitsintensiv, weitere 19,4 Prozent empfinden das Fehlen klassischer Todeszeichen und das Vorhandensein von vermeintlichen Vitalzeichen als belastend.

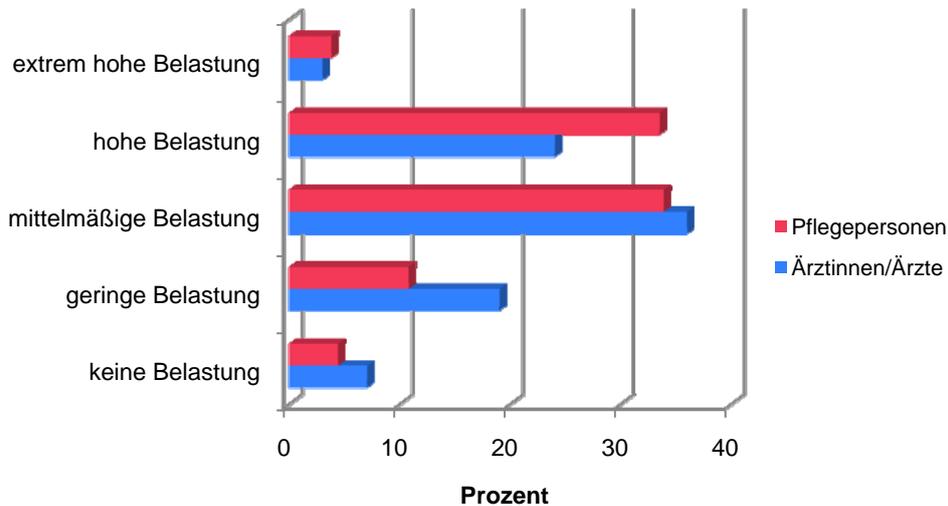
Abbildung 4.7: Besonders hohe psychische Belastungsfaktoren für das Intensivpersonal bei der Spenderpflege, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

In der Gegenüberstellung zeigt sich, dass 65 Prozent des Personals die Angehörigengespräche und 32,2 Prozent die Spenderpflege als hohe bzw. als extrem hohe Belastung einstufen (siehe Abbildung 4.8). Dabei erfahren diese beiden Belastungsfaktoren eine durchaus unterschiedliche Bewertung seitens der medizinischen und der pflegerischen Berufe. Insgesamt lassen die Antworten den Schluss zu, dass das Pflegepersonal beim Organspendeprozess einer höheren psychischen Belastung ausgesetzt ist als das ärztliche Personal. Erklärung dafür ist der längere Gesprächskontakt zu den Angehörigen sowie die unmittelbare Spenderpflege.

Abbildung 4.8: Spenderpflege als Belastungsfaktor in der Intensivstation, Stand 2007 (Angaben in Prozent)

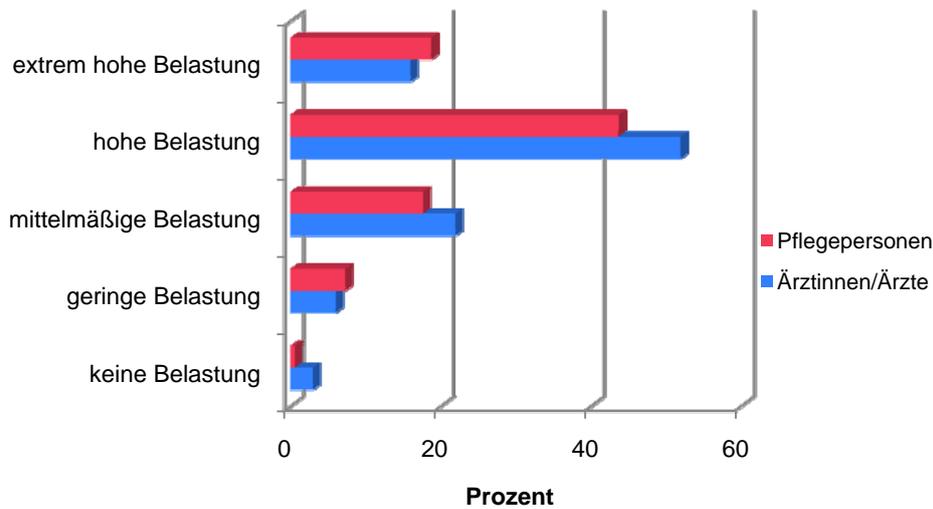


Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

4.3.2 Angehörigengespräche als Belastungsfaktor

In der Gesprächssituation fühlen sich 67,6 Prozent der befragten Mitarbeiter/innen hinsichtlich der Erklärung des Hirntodes sehr sicher. Bei der Information zur geplanten Organspende sinkt allerdings das Gefühl der Sicherheit auf 54,4 Prozent. Bei starken Emotionen der Angehörigen geben nur mehr 52,3 Prozent an, sich sicher zu fühlen. Im Umkehrschluss heißt das, dass sich ein Viertel aller Ärztinnen/Ärzte nicht ausreichend in der Lage sieht, den Angehörigen den Hirntod zu erklären und entsprechende Informationen zur Organspende zu geben. Die Trauerreaktionen der Angehörigen können 47,6 Prozent des Intensivpersonals nur mit größeren Problemen bewältigen.

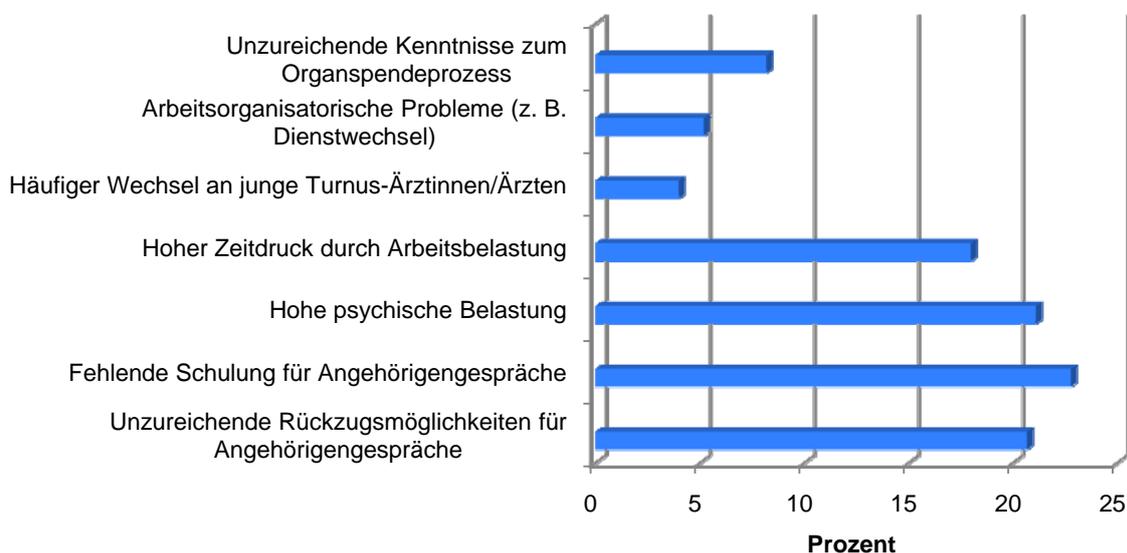
Abbildung 4.9: Angehörigengespräche als Belastungsfaktoren in der Intensivstation, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Des Weiteren sollten die Befragten in den Intensivstationen die konkreten Probleme benennen, die sich aus ihrer Sicht im Gespräch mit Angehörigen ergeben. Dabei wurden gleichermaßen fachliche, organisatorische und psychologische Aspekte des Angehörigengesprächs thematisiert. Als größtes Problem werden die fehlenden Schulungen der Krankenhausmitarbeiter/innen (22,8 Prozent) gesehen, gefolgt von den insgesamt hohen psychischen Belastungen (21,1 Prozent), die fehlenden (Rückzugs-) Möglichkeiten für Angehörigengespräche (20,7 Prozent) sowie der hohe Zeitdruck durch Arbeitsbelastungen (18 Prozent).

Abbildung 4.10: Kernprobleme für das Intensivpersonal bei der Führung des Angehörigengesprächs, Stand 2007 (Angaben in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung 2009

Befragt nach den persönlichen Bewältigungsmustern gibt knapp die Hälfte der Befragten an, Gespräche im Freundes- und Kollegenkreis und mit den Partnerinnen und Partnern zu führen, um die beruflichen Belastungen besser bewältigen zu können. Knapp 30 Prozent der Befragten schaffen einen Ausgleich mit Sport, Kultur und Hobby. Nur 7,5 Prozent fühlen sich bedingt durch ihre berufliche Routine nicht belastet.

4.3.3 Weiterbildungsbedarf

Der Wunsch nach Weiterbildung bei den befragten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern ist groß. Die Schulung für den Umgang mit den Angehörigen rangiert auf der Wunschliste mit 40 Prozent an erster Stelle, gefolgt von den Bereichen Hirntod, Hirntoddiagnostik (23,2 Prozent), Betreuung von Organspendern (21,6 Prozent) und interkultureller Kommunikation im Krankenhaus (13,1 Prozent). Dem Umstand entsprechend, dass rund 82 Prozent der befragten Mitarbeiter/innen noch kein Kommunikationsseminar besucht haben, fällt das Interesse daran entsprechend hoch aus.

5 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Erhebung verfolgt das Ziel, fördernde und hemmende Faktoren für die Organspende im Krankenhaus zu eruieren. Aufgrund seiner niedrigen Spenderquote wurde das Bundesland Niederösterreich ausgewählt und eine flächendeckende Erhebung durchgeführt. Die wesentlichen Ergebnisse werden nachfolgend nochmals zusammengefasst und bewertet.

5.1 Strukturelle Einflussfaktoren auf das Spenderaufkommen

Die Organspende ist in allen Intensivstationen ein Thema, wie die Befragungsergebnisse zeigen. Immerhin bekunden 94 Prozent der Mitarbeiter/innen eine breite und grundsätzliche Unterstützung der Organspende. Die Frage, inwieweit sich diese Unterstützung im Stationsalltag niederschlägt bzw. tatsächlich gelebt wird, kann im Rahmen dieser Erhebung nicht beantwortet werden.

Eines der wesentlichen Ergebnisse zeigt, dass sich die unterschiedlichen Spenderzahlen maßgeblich durch strukturelle Faktoren erklären lassen. Entscheidende Einflussgrößen sind die Anzahl an Intensivbetten mit Beatmungskapazitäten sowie das Vorhandensein von neurologischen und neurochirurgischen Fachabteilungen, die wiederum mit der Krankenhausgröße korrelieren. Unabhängig davon haben größere Krankenanstalten aufgrund ihres speziellen Patientenkreises ein höheres Spenderpotenzial.

Als zweites wesentliches Ergebnis lässt sich festhalten, dass sich die Spenderzahlen auf vergleichsweise wenige große Krankenhäuser konzentrieren. Nochmals zu unterstreichen ist die überragende Bedeutung der Krankenhausgröße und -struktur für das Spenderaufkommen. Zusätzlich gehen die höheren Fall- und Spenderzahlen mit entsprechend umfangreichen technischen und personellen Kapazitäten sowie mit mehr Erfahrungen im Spenderprozess einher, was das Ergebnis weiter untermauert. Häufig tendiert das Spendervolumen in kleineren Häusern gegen null. Für Intensivstationen, in denen meist über Jahre hinweg keine Organspende durchgeführt wurde, stellt eine mögliche Organspende mit Spenderidentifikation und Spenderpflege eine völlig neue Herausforderung dar.

Die Identifikation möglicher Organspender, die Hirntodfeststellung, die Spenderpflege und das Angehörigengespräch markieren wichtige Schritte im Organspendeprozess. Wie die Untersuchung zeigt, ist durch die infrastrukturellen und personellen Kapazitäten die Spenderidentifikation grundsätzlich möglich:

- Das Spenderaufkommen hängt nicht zuletzt von den Möglichkeiten der Krankenhäuser ab, die organerhaltende Intensivtherapie bis zur Explantation aufrechtzuerhalten. Diese räumlichen, technischen und personellen Voraussetzungen scheinen in den Intensivstationen gegeben zu sein. Inwieweit allerdings Kapazitätsprobleme aufgrund von Belegungs-

spitzen die Spenderzahlen beeinflussen, kann in diesem Zusammenhang nicht beantwortet werden.

- Anhand der Erhebungsdaten ist kaum einzuschätzen, inwieweit es dem Intensivpersonal in der komplexen und stressreichen Behandlungssituation möglich ist, die Identifizierung eines möglichen Spenders zu jedem Zeitpunkt vorzunehmen. Immerhin nennen die meisten Mitarbeiter/innen enorme Arbeitsbelastungen, Zeitdruck im Stationsalltag sowie über fehlende und unzureichende Schulungen zum Organspendeprozess, was die Spenderidentifizierung zusätzlich erschwert.

Insgesamt scheinen bestimmte Versorgungsstrukturen der Spenderidentifikation und dem Spenderaufkommen eher zuträglich zu sein. Dennoch stellt sich ausgehend von der bestehenden Versorgungsstruktur die entscheidende Frage, wie sich in Niederösterreich mehr Spender realisieren lassen. Angesichts des schwierigen und komplexen Problemfeldes bedarf es weitergehender Datenanalysen (z. B. durch vertiefende Fallanalysen), um entsprechend Ansatzpunkte für weiterführende Maßnahmen aufzuzeigen.

5.2 Kommunikative und informative Einflussfaktoren

Das Angehörigengespräch nimmt eine zentrale Rolle im Spendeprozess ein. Eckpunkt dieses wichtigen Gespräches sind bestimmte Rahmenbedingungen, um der Trauer- und Verlustsituation sowie dem Informationsbedürfnis gerecht zu werden. Dazu gehört die stufenweise Aufklärung der Angehörigen zu Krankheitsverlauf, Therapie, Prognose, Einleitung der Hirntoddiagnostik und einer mögliche Explantation.

Wie die Untersuchung bestätigt, werden Angehörigengespräche sehr belastend eingestuft. In der Praxis wird das Gespräch zumeist allein von erfahrenen Ärztinnen/Ärzten (Stationsleitung, Abteilungsleitung, Fachärztin/Facharzt) geführt, was den interprofessionellen Informationsfluss erschwert. Gerade Pflegepersonen sind häufig die erste Anlaufstelle von Angehörigen, die „fachmedizinische“ Erklärungen nicht verstanden haben und eine allgemeinverständliche Übersetzung wünschen. Überdies sind Pflegepersonen durch ihren berufsspezifischen Zugang immer näher am Patienten und den Angehörigen, was die Forderung nach einem kooperativen Vorgehen im Angehörigengespräch untermauert.

Die äußeren Rahmenbedingungen spielen im Angehörigengespräch eine entscheidende Rolle. Mehrheitlich finden die Gespräche vor dem Krankenbett und am Gang statt, es fehlt also an entsprechenden Rückzugsmöglichkeiten. Entsprechend kurz sind auch die Gesprächszeiten, die häufig unter zehn Minuten liegen. Ob Angehörige innerhalb weniger Minuten das Vorliegen des (Hirn-)Todes überhaupt realisieren können, geschweige denn die geplante Organspende verstehen, ist anzuzweifeln. Besser wäre es, den Emotionen und Fragen der Angehörigen entsprechend Zeit einzuräumen und damit die Asymmetrie der Gesprächsführung zu durchbrechen. Experten empfehlen als Richtwert für Angehörigengespräche etwa 30 Minuten.

Voraussetzung für das Angehörigengespräch sind gleichermaßen fachliche Qualifikation wie Empathiefähigkeit des Intensivpersonals. Offenbar gibt es in kritischen Situationen keine oder nur vereinzelt Klinische Psychologinnen/Psychologen, die zur Unterstützung hinzugezogen werden können. Überdies fehlt ein entsprechendes Supervisionsangebot für das Intensivpersonal.

Zweifelsohne bestehen hier noch Verbesserungspotenziale. Es spricht einiges dafür, dass bei äußerst seltenen Ereignissen wie die Organspende hohe Problemkompetenz nur erzeugt und aufrecht erhalten werden kann, wenn aktivierende, sensibilisierende und Fortbildungsmaßnahmen regelmäßig erfolgen.

Obwohl das Angehörigengespräch als eine der größten psychischen Belastungen seitens des Intensivpersonals eingestuft wird, überrascht es, dass das Fortbildungsangebot vergleichsweise wenig in Anspruch genommen wird. Seminarziel des von der GÖG/ÖBIG angebotenen Kurses ist, auf den Umgang mit Trauernden vorzubereiten und spezielle Kompetenzen dafür zu vermitteln. Damit fungiert das Seminar als Qualitätsmaßnahme, die mittelfristig zu einer Standardisierung in der Angehörigenbetreuung führt.

Bisher haben knapp 18 Prozent der befragten Mitarbeiter/innen diese Fortbildung besucht. Damit fällt der Prozentsatz der Intensivstationen ohne einschlägig geschulte Mitarbeiter/innen vergleichsweise hoch aus. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass in Krankenanstalten ohne oder mit nur sehr kleinem Potenzial an Spendern solche Schulungen als nicht notwendig oder sinnvoll erachtet werden. Die Beteiligung des Personals der Intensivstationen an Seminaren für Angehörigengespräche ist jedenfalls steigerungswürdig.

Abschließend ist zu sagen, dass es Optimierungspotenziale gibt. Diese liegen vor allem in der Spenderidentifikation und im Angehörigengespräch. Regelmäßige und zielgerichtete Fortbildungen können dazu beitragen, dass die Problemsensibilität des Personals, seine fachlichen Kompetenzen sowie die Akzeptanz der Organspende in den Krankenanstalten insgesamt erhöht werden.

ANHANG

Anhang 1

Leitfaden „Kommunikation mit den Angehörigen“

Anhang 2

Fragebogen für die ärztliche Leitung der Intensivstation

Fragebogen für das Intensivpersonal

Anhang 1

Leitfaden „Kommunikation mit den Angehörigen“



ÖBIG-Transplant

Gesundheit Österreich GmbH / Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
A-1010 Wien, Stubenring 6, Tel. 515 61-0, www.goeg.at bzw. www.oebig.org

Kommunikation mit den Angehörigen¹

Gesprächsvorbereitung

Das Übermitteln einer negativen Botschaft wird nur dann gelingen, wenn es mit Überzeugung erfolgt. Dazu gehört auch eine gute Gesprächsvorbereitung.

- Das Überbringen einer unangenehmen Botschaft (Diagnose, Prognose, Behandlungsverlauf, Tod) bedarf einer ausreichenden Vorbereitung.
- Hinzuziehen sind schriftliche Aufzeichnungen (Patientendokumentation mit Diagnosezeitpunkt, Aufzeichnungen über vorausgegangene Angehörigengespräche, etc.), so kann etwa das Zeigen einer Computertomographie das Verständnis des Hirntodes erleichtern.
- Eine gute Vorbereitung erleichtert verbal und nonverbal das Übermitteln einer negativen Botschaft und schafft den erforderlichen Informationsstand, um auf Rückfragen von Angehörigen adäquat antworten zu können.
- Die gute Gesprächsvorbereitung bedeutet letztlich auch eine Zeitersparnis, da Folgegespräche, Gesprächsabbrüche zwecks weiterer Informationsbeschaffung etc. insgesamt seltener notwendig sind.

Zeit- und Raumfaktor

Störungen und Komplikationen im Gesprächsverlauf, Zeitmangel und Nervosität, Gespräche zwischen Tür und Angel können bei Angehörigen Verletzungen und Kränkungen verursachen, die im Gedächtnis bleiben.

- Es bedarf geeigneter Rahmenbedingungen, um belastende Angehörigengespräche zu führen.
- Im Vorfeld muss für diese Gespräche ein entsprechender Zeitrahmen eingeplant werden, der den Gesprächspartnern zu Beginn mitzuteilen ist.
- Für Angehörigengespräche ist ein „ungestörter“ Raum in angemessener Größe auszusuchen.
- Die Einrichtung (Möblierung) sollte es ermöglichen, auf gleicher Ebene und in angenehmer Nähe zu den Angehörigen zu sitzen.
- Entsprechend der Wichtigkeit der Botschaft sind Telefon, Handy, Pager, die ablenkende und störende Signalen senden, auszuschalten. Zu erwartende dringende Anrufe sind den Gesprächspartnern vorab anzukündigen.

Teamarbeit

Das schwere Gespräch kann erleichtert werden, wenn es gemeinsam von Arzt und Pflegeperson (Team) geführt wird.

- Negative Botschaften sind vom behandelnden Arzt und der für die Patientin / den Patienten zuständigen Pflegeperson gemeinsam zu übermitteln.
- Die Integration von Krankenschwestern bzw. Krankenpflegern dient dem Informationsfluss, der Entlastung des Arztes und zugleich der emotionalen Begleitung der Angehörigen.
- Zur Unterstützung bzw. zur Nachbetreuung sind fallweise auch Klinische Psychologen, Seelsorger oder andere geeignete Personen hinzuziehen.

¹ Der vorliegende Leitfaden wurde anhand der Erkenntnisse aus den Kommunikationsseminaren „Organspende – Das Gespräch mit den Angehörigen“ entwickelt. Er ist als Erinnerungshilfe konzipiert und ersetzt **nicht** den Besuch eines Kommunikationsseminars. Nähere Informationen erhalten Sie bei Dr. Barbara Schleicher, E-Mail: schleicher@goeg.at, Tel. 01-515 61-179



ÖBIG-Transplant

Gesundheit Österreich GmbH / Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
A-1010 Wien, Stubenring 6, Tel. 515 61-0, www.goeg.at bzw. www.oebig.org

Überbringen der negativen Botschaft

Um die Belastung bei allen Beteiligten so gering wie möglich zu halten, ist es ratsam, die negative Botschaft an den Gesprächsbeginn zu setzen. Die Information ist kurz und prägnant zu übermitteln. Die Todesnachricht muss eindeutig überbracht werden.

- Auf die kurze Begrüßung folgt direkt das Überbringen der negativen Botschaft (Diagnose, Behandlungsverlauf, Tod).
- Die Todesnachricht muss eindeutig überbracht werden. Bevor über eine Organspende gesprochen werden kann, ist die Todesnachricht unzweifelhaft zu überbringen (keine Relativierungen „wir nehmen an“, „eventuell“, „gegebenenfalls“, „könnte“, sondern Fakten schaffen).
- Grundsätzlich sind lange Einleitungen, andere Gesprächsthemen, Fragen nach der Befindlichkeit etc. zu vermeiden.
- Dennoch ist mit einem Einleitungssatz auf das Gewicht der Nachricht hinzuweisen („Ich habe schlechte Nachrichten“ oder „Es fällt mir nicht leicht, Ihnen mitzuteilen, dass ...“).
- Die negative Botschaft ist in einer klaren und verständlichen Sprache zu überbringen.

Einfühlsame Kommunikation

Relativierungen und Abschwächungen der negativen Botschaft schaffen Unklarheiten und Missverständnisse, entfernen von dem ursprünglichen Gesprächsziel – nämlich etwas Unangenehmes mitzuteilen. Das schwere Gespräch braucht Zeit. Ärzte und Pflegepersonen können durch aufmerksames Zuhören, authentisches Mitgefühl, gemeinsames Schweigen und schlichtes Dasein helfen.

- Nach Überbringung der negativen Botschaft benötigen die Angehörigen zunächst Zeit, um die Nachricht zu begreifen. Meist kommt es zu diesem Zeitpunkt zu unterschiedlichsten emotionalen Reaktionen (Trauer, Angst, Wut, Schuld, Niedergeschlagenheit etc.), wobei all diese Reaktionen ihre Berechtigung haben.
- Diese Kommunikationsphase sollte nicht zu rasch beendet werden. Vielmehr sind Arzt und Pflegeperson aufgefordert, den Angehörigen ihr Verständnis für emotionale Reaktionen zum Ausdruck zu bringen. Die „richtigen Worte“ gibt es in der Regel nicht. Nonverbale Kommunikation ist mitunter hilfreich: warten können, ein Taschentuch reichen, die Hand streicheln, ein Glas Wasser reichen. In diesen Minuten liegt im Schweigen oft mehr Empathie als im Reden.
- Angehörige stellen oft Fragen. Diese Fragen sind dazu da, beantwortet zu werden.
- Gerade in dieser Gesprächsphase ist es wichtig, bei der eigenen Linie zu bleiben, die negative Botschaft nicht zu relativieren bzw. abzuschwächen.
- Haben die Angehörigen den Tod des Verwandten akzeptiert, kann über eine geplante Organentnahme gesprochen werden.

Gesprächsende

In diesen schweren Gesprächen ist die kognitive Aufnahmekapazität der betroffenen Angehörigen nahezu immer beeinträchtigt. Häufig tritt nach später vollzogener Verarbeitung der Gesprächsinhalte das Bedürfnis nach weiterer Klärung auf. Deshalb sind für etwaige Rückfragen auch Visitenkarten zu überreichen.

- Es gehört zur Aufgabe von Arzt und Pflegeperson, zum richtigen Zeitpunkt das Gespräch zu beenden, selbst wenn die Angehörigen auf eine Weiterführung drängen.
- Zu vermeiden sind Gespräche, die sich „endlos“ in die Länge ziehen. In Ausnahmefällen kann ein weiterer Gesprächstermin vereinbart werden.
- Der Arzt sollte für Rückfragen der Angehörigen seine Visitenkarte, Telefonnummer etc. überreichen.

Anhang 2

Fragebogen für die ärztliche Leitung der Intensivstation

Fragebogen für das Intensivpersonal

Fragenbogen

Psychische Belastungen des Intensivpersonals durch Hirntod und Organspende in niederösterreichischen Krankenanstalten

Name des Krankenhauses:

Stadt:

Adresse:

A. Persönliche Angaben

Name:

Vorname: «Vorname»

Titel:

Beruflicher Status:

Fachärztin/Facharzt für

Leiter/in der Intensivstation seit

B. Strukturdaten des Krankenhauses

1. Strukturdaten für die Intensivstation

Anzahl der Intensivstationen im Krankenhaus insgesamt

Anzahl der Intensivbetten im Krankenhaus insgesamt

Anzahl der Beatmungsplätze im Krankenhaus insgesamt

2. Gibt es in Ihrem Krankenhaus die folgenden Fachbereiche?

Fachabteilung für Neurologie Ja Nein

wenn Ja, Anzahl der Betten

Fachabteilung für Neurochirurgie Ja Nein

wenn Ja, Anzahl der Betten

Stroke-Unit Ja Nein

wenn Ja, Anzahl der Betten

Notfallaufnahme Ja Nein

C. Strukturdaten Ihrer Intensivstation

3. Welchem Fachbereich ist Ihre Intensivstation zugeordnet, in der Sie tätig sind? Und welche Qualifikation hat die ärztliche Leitung der Intensivstation?

Fachbereich	Leitung
Interdisziplinär	Facharzt/-ärztin für
Anästhesie	Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin	Facharzt/-ärztin für
Neurologie	Facharzt/-ärztin für
Chirurgie	Facharzt/-ärztin für
Neurochirurgie	Facharzt/-ärztin für
Pädiatrie	Facharzt/-ärztin für
Sonstige	Facharzt/-ärztin für

4. Bettenzahl und Beatmungsplätze auf Ihrer Intensivstation:

Anzahl der Intensivbetten

Anzahl der Beatmungsplätze

5. Aktuelle Arztzahlen Ihrer Intensivstation:

Anzahl der Ärztinnen/Ärzte in VZÄ¹ (inkl. Leiter der Intensivstation):

Anzahl der Ärztinnen/Ärzte in Personen (inkl. Leiter der Intensivstation):

davon: Oberärztinnen/-ärzte (in Personen):

Anzahl der Turnusärztinnen/-ärzte in Ausbildung zum Facharzt z. B. in Anästhesie-Intensivmedizin etc. (in Personen)

Anzahl der Ärztinnen/Ärzte mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung in der Intensivmedizin (in Personen)

6. Aktuelle Anzahl der Pflegekräfte in Ihrer Intensivstation:

Anzahl der Pflegekräfte in Ihrer Intensivstation in VZÄ¹ (ohne Schüler/innen):

Anzahl der Pflegekräfte in Personen (ohne Schüler/innen):

darunter: Anzahl der Pflegekräfte mit abgeschlossener Sonderausbildung Intensiv (SAB):

7. Ist in Ihrer Intensivstation eine ständige ärztliche Anwesenheit gegeben („rund um die Uhr“)?

- Ja → (weiter mit Frage 8)
- Nein → (weiter mit Frage 9)

8. Wie ist die ständige Anwesenheit in Ihrer Intensivstation in der Nacht gewährleistet?

- Schichtdienst / Vollarbeit
- Bereitschaftsdienst

¹ VZÄ = Vollzeitäquivalent

9. Fallzahlen Ihrer Intensivstation:

Jahr	Fallzahlen
2007	

10. Anzahl der Verstorbenen in Ihrer Intensivstation:

Jahr	Verstorbene	Keine Angaben möglich
2007		

11. Anzahl der Patientinnen / Patienten mit einer schweren akuten primären oder sekundären Hirnschädigung in Ihrer Intensivstation. (Falls Sie keine entsprechenden Patientinnen / Patienten hatten, tragen Sie bitte unbedingt die Zahl „0“ ein!)

Jahr	Patienten mit Hirnschädigung	Keine Angaben möglich
2007		

12. Anzahl der Verstorbenen mit einer schweren akuten primären oder sekundären Hirnschädigung. (Falls Sie keine entsprechenden Verstorbenen hatten, tragen Sie bitte unbedingt die Zahl „0“ ein!)

Jahr	Verstorbene mit Hirnschädigung	Keine Angaben möglich
2007		

13. Anzahl der Verstorbenen in Ihrer Intensivstation mit abgeschlossener Hirntodfeststellung durch zwei unabhängig voneinander untersuchende Ärztinnen / Ärzte. (Falls Sie keine Verstorbenen mit abgeschlossener Hirntodfeststellung hatten, tragen Sie bitte unbedingt die Zahl „0“ ein!)

Jahr	Verstorbene mit abgeschlossener Hirntodfeststellung	Keine Angaben möglich
2007		

14. Wie hoch war in Ihrer Intensivstation die Anzahl der entsprechenden Spendermeldungen? (Falls Sie keine Verstorbenen mit abgeschlossener Hirntodfeststellung hatten, tragen Sie bitte unbedingt die Zahl „0“ ein!)

Jahr	Anzahl der Spendermeldungen	Keine Angaben möglich
2007		

D. Identifikation möglicher Organspender

15. Wie beurteilen Sie für Ihre Intensivstation das Erkennen / die Identifikation möglicher Organspender? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- Ist grundsätzlich gewährleistet
- Ist in der Regel (z. B. Tagdienst) gewährleistet
- Könnte durch Schulungen einzelner Ärztinnen/Ärzte verbessert werden
- Sollte durch Schulungen deutlich verbessert werden

16. Sofern die Identifikation möglicher Organspender verbesserungsbedürftig ist: Welche wesentlichen Ursachen sehen Sie dafür?

	trifft sicherlich zu	trifft eher zu	teilweise	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angaben möglich
Ernorme Arbeitsbelastung im Stationsalltag	<input type="checkbox"/>					
Zu hohe Fluktuation beim Personal	<input type="checkbox"/>					
Mangelnde Problemsensibilität einzelner Ärztinnen / Ärzte	<input type="checkbox"/>					
Zu wenige Fortbildungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>					
Zu wenig zielgerichtete Schulungen	<input type="checkbox"/>					
Keine ausreichende Teilnahme an Schulungen	<input type="checkbox"/>					
Mangelnde Akzeptanz der Organspende bei einzelnen Ärztinnen/Ärzten (z. B. ethische Gründe)	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>					

E. Angehörigengespräche

17. Wer nimmt in Ihrem Krankenhaus an den Angehörigengesprächen teil bzw. ist dafür vorgesehen?

	regelmäßig	selten	nie	keine Angaben möglich
Ärztliche Leitung der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fach- oder Oberärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenzärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuende Pflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt und Pflegeperson (gemeinsam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinische/r Psychologin/Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Welche Probleme sind aus Ihrer Sicht bei Angehörigengesprächen gegeben?

	trifft sicherlich zu	trifft eher zu	teilweise	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angaben möglich
Hohe psychische Belastung des Intensivpersonals	<input type="checkbox"/>					
Hoher Zeitdruck durch Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>					
Häufiger Wechsel an jungen Ärztinnen/Ärzten	<input type="checkbox"/>					
Unzureichende Rückzugsmöglichkeiten für Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>					
Unzureichende Kenntnisse des Intensivpersonals zum Organspendeprozess	<input type="checkbox"/>					
Fehlende Schulung des Intensivpersonals für Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>					
Arbeitsorganisatorische Probleme (z. B. Dienstwechsel etc.)	<input type="checkbox"/>					
Sonstige Probleme, und zwar:	<input type="checkbox"/>					

19. Gibt es in der Intensivstation entsprechende Unterstützungsangebote zur Bewältigung problembelasteter Situationen?

- Angebot der Supervision (Einzel- oder Gruppensupervision)
- Kurse wie:
 - Schulung für Angehörigengespräche
 - Interkulturelle Kommunikation in Krankenhaus
 - Freizeitangebote (Sport etc)

Kommentar:

.....

.....

20. Haben Mitarbeiter/innen Ihrer Intensivstation an Schulungen für die Durchführung von Angehörigengesprächen teilgenommen, die von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG angeboten werden?

- Keine Angaben möglich
- Nein
- Ja
wenn ja, wie viele ?

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Fragenbogen

Psychische Belastungen des Intensivpersonals in Zusammenhang mit Angehörigengesprächen

Krankenhaus:

Abteilung:

A. Persönliche Angaben

1. Beruflicher Status

- Ärztin/Arzt Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegekraft
 Klinische/r Psychologin/Psychologe Seelsorger/in Sonstiges

2. Geschlecht

- Frau Mann

3. Altersgruppe

- 20–29 J. 30–39 J. 40–49 J. 50–59 J. 60 J. und älter

4. In der Intensivstation tätig seit Jahren.

B. Mitteilung der Erst- und Verlaufsdiagnosen

1. Wer nimmt in Ihrem Krankenhaus an den Gesprächen mit Angehörigen teil bzw. ist dafür vorgesehen?

	regelmäßig	selten	nie	keine Angaben möglich
Ärztliche Leitung der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fach- oder Oberärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenzärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuende Pflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztin/Arzt und Pflegeperson (gemeinsam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinische/r Psychologin/Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorger/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welchen Inhalt haben diese Informationen?

- Medizinische Aufklärung
 Erklärung zur Pflege
 Psychologische Inhalte wie Trost, Verarbeitung, Krisenbewältigung

Kommentar:

3. In welchen Räumlichkeiten finden diese Gespräche statt?

- Auf dem Gang
- In einem eigenen, störungsfreien Besprechungszimmer
- Vor dem Krankenbett
- In anderen Räumlichkeiten

4. Ist für Angehörigengespräche ausreichend Zeit eingeplant?

- Ja Nein

5. Sieht die Planung eine Mindestzeit dafür vor?

- Ja Nein Fallweise

Wenn Ja, wie viele Minuten? Minuten

6. Welche Probleme bestehen im Zusammenhang mit Angehörigengesprächen?

	trifft sicherlich zu	trifft eher zu	teilweise	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angaben möglich
Hohe psychische Belastung des Intensivpersonals	<input type="checkbox"/>					
Hoher Zeitdruck durch Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>					
Häufiger Wechsel an jungen Ärztinnen / Ärzten	<input type="checkbox"/>					
Unzureichende Rückzugsmöglichkeiten für Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>					
Fehlende Schulung des Intensivpersonals für Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>					
Arbeitsorganisatorische Problem (z. B. Dienstwechsel)	<input type="checkbox"/>					
Uneinigkeit zwischen den Kollegen / Kolleginnen	<input type="checkbox"/>					
Sonstige Probleme, und zwar:	<input type="checkbox"/>					

7. Findet in Ihrer Station eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonen in der Betreuung einer/eines Patientin/Patienten statt?

- Ja Nein Teilweise Weiß nicht

C. Tod in der Intensivstation

1. Wer überbringt normalerweise den Angehörigen die Todesnachricht?

	regelmäßig	selten	nie
Ärztliche Leitung der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fach- oder Oberärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenzärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuende Pflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztin / Arzt und Pflegeperson gemeinsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinische/r Psychologin/Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorger/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie viel Zeit nimmt die Todesmitteilung normalerweise in Anspruch?

- Etwa Minuten
- Weiß nicht
- Kommentar:

.....

3. Stellt die Mitteilung des Todes eine zusätzliche psychische Belastung dar, wenn es sich um eine spezielle Patientengruppe handelt?

- Kind oder Jugendlicher Nein Ja
- Junge Mutter / Vater Nein Ja
- Personen aus anderen Kulturkreisen Nein Ja

4. Werden spontane Bedürfnisse der trauernden Angehörigen in der Intensivstationen berücksichtigt?

- Ja Nein Weiß nicht

5. Wird den Angehörigen ermöglicht, sich von der/dem Verstorbenen zu verabschieden?

- Ja, in angemessener Art und Weise Nein

Dauer:

Räumlichkeiten:

Gestaltungsmöglichkeiten:

6. Sind in Ihrer Station besondere Rituale und Vorschriften der verschiedene Religionsgemeinschaften bekannt?

- Ja Nein Weiß nicht

7. Wenn ein/e Patient/Patientin am „Hirntod“ stirbt, wird diese medizinische Information den Angehörigen klar und verständlich überbracht?

- Ja Nein Weiß nicht

D. Hirntod und Organspende

1. Findet in der Station „Spenderpflege“ statt?

Ja Nein

2. Werden in Ihrer Station die Angehörigen über eine geplante Organentnahme informiert?

Ja Nein Manchmal Meistens Weiß nicht

3. Wer informiert normalerweise über die geplante Organspende? (Mehrfachnennungen möglich)

	regelmäßig	selten	nie	keine Angaben möglich
Ärztliche Leitung der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fach- oder Oberärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenzärztinnen/-ärzte der Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuende Pflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztin / Arzt und Pflegeperson gemeinsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinische/r Psychologin/Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorger/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Findet in Ihrer Station ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonen in Bezug auf die Organspende statt?

Ja Nein Fallweise Weiß nicht

5. Besteht ausreichende Information über die speziellen Aspekte der Spenderbetreuung und Organerhaltung?

Ja Nein Weiß nicht

6. Verfügen Sie über praktische Erfahrung in der Spenderpflege?

Ja Nein

Wenn ja, welche psychischen Belastungen erfahren Sie bei der Spenderpflege?

- Spenderpflege ist arbeitsintensiv
- Fehlen klassischer Todeszeichen und das Vorhandensein von vermeintlichen Vitalzeichen
- Angehörigengespräche
- Tod der/des Patientin/Patienten löst Ängste aus
- Sonstige Gründe:

.....

7. Wie hoch stufen Sie die eigene Stressbelastung durch die Spenderpflege ein? (Bitte um persönliche Einstufung: 0 = keine Belastung, 10 = extrem starke Belastung)

.....

8. Wie hoch stufen Sie die eigene Stressbelastung durch die Angehörigengespräche ein? (Bitte um persönliche Einstufung: 0 = keine Belastung, 10 = extrem starke Belastung)

.....

9. Fühlen Sie sich in der Gesprächssituation sicher,
- wenn Sie Angehörigen den Hirntod erklären?
 - Eher ja Eher nein Nicht betroffen
 - wenn die trauernden Angehörigen ihren Emotionen freien Lauf lassen?
 - Eher ja Eher nein Nicht betroffen
 - wenn Sie die Angehörigen über die Organspende informieren?
 - Eher ja Eher nein Nicht betroffen
10. Fällt Ihnen die Kontaktaufnahme zum TX-Koordinator bzw. TX-Referent
- eher leicht
 - eher schwer
 - nicht betroffen

E. Gesprächskompetenz

1. Gibt es in Ihrem Krankenhaus bzw. in der Intensivstation entsprechende Vorgaben, Standards etc. für das Angehörigengespräch?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

2. Welche Probleme sind aus Ihrer Sicht bei Angehörigengesprächen gegeben?

	trifft sicherlich zu	trifft eher zu	teilweise	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angaben möglich
Unzureichende Kenntnisse des Intensivpersonals zum Organspendeprozess	<input type="checkbox"/>					
Arbeitsorganisatorische Probleme (z. B. Dienstwechsel)	<input type="checkbox"/>					
Häufiger Wechsel an jungen Ärztinnen / Ärzten	<input type="checkbox"/>					
Hoher Zeitdruck durch Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>					
Hohe psychische Belastung des Intensivpersonals	<input type="checkbox"/>					
Fehlende Schulung des Intensivpersonals für Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>					
Unzureichende Rückzugsmöglichkeiten für Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/>					
Sonstige Probleme, und zwar:	<input type="checkbox"/>					

E. Persönliche Einstellung zur Organspende

1. Wie stehen Sie grundsätzlich der Organspende gegenüber?
 Positiv Negativ Weiß nicht
2. Beeinflusst die Arbeit in einer Intensivstation Ihre Einstellung zur Organspende?
 Ja, positiv
 Ja, negativ
 Nein
3. Würden Sie im Todesfall eines nahen Angehörigen einer Organspende zustimmen?
 Ja Nein Weiß nicht

F. Persönliche Bewältigungsstrategien

1. Wie bewältigen Sie die berufliche Belastungen – insbesondere häufige Todesfälle – in der Station?
 Durch Gespräche mit Freundinnen/Freunden, Kolleginnen/Kollegen, Partnerin/Partner
 Durch Sport, Kultur etc.
 Durch Verdrängung
 Durch Supervision
 Durch Meditation/Beten
 Keine Belastung infolge beruflicher Routine
 Andere:
.....

G. Fragen zum Weiterbildungsbedarf

1. In welchen Bereichen wünschen Sie Weiterbildungsmaßnahmen?
 Hirntod, Hirntoddiagnostik
 Kommunikation mit Angehörigen
 Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus
 Klinische Betreuung von Organspendern
 Sonstiges:
.....
2. Haben Sie bereits ein Kommunikationsseminar besucht, das sich mit der Thematik „Angehörigenbetreuung“ beschäftigt?
 Ja Nein
3. Sind Sie an einem Kommunikationsseminar „Organspende – Das Gespräch mit den Angehörigen“ interessiert?
 Ja Nein

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

