

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**



November 2008 bis November 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Therapiebegrenzung – Therapieabbruch auf der Intensivstation

vorgelegt von: Carina Rindler
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan
Intensivstation

begutachtet von: DGKS Schaller - Maitz
Organisationsabteilung
LKH - Villach

10. September, 2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Klagenfurt, 10. September 2009

Kurzzusammenfassung

Mit dieser Fachbereichsarbeit möchte ich zeigen, dass es auch in der Intensivbehandlung Grenzen gibt. Und wie wichtig es ist, dass der Patient, die Angehörigen und das Behandlungsteam der Intensivstation darüber Bescheid wissen.

Es ist nicht nur das Behandlungsteam, welche Entscheidungen zu treffen hat, sondern auch der Patient und wenn dieser nicht mehr in der Lage ist, seine Vertrauensperson. Dies ist meist für alle Betroffenen nicht einfach, denn wer trifft schon gerne solche wichtigen Entscheidungen.

Um zu zeigen, wie man mit diesem heiklen Thema etwas leichter umgehen kann, habe ich mich mit dieser Fachbereichsarbeit befasst.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----------|
| 1 Vorwort | Seite 4 |
| 2 Intensivtherapie und –pflege | Seite 5 |
| 2.1 Definition von Intensivbehandlung | Seite 5 |
| 2.2. Team einer Intensivstation | Seite 7 |
| 3. Therapiebegrenzung und Therapieabbruch | Seite 8 |
| 3.1 Definition von Therapiebegrenzung | Seite 8 |
| 3.2 Therapieabbruch | Seite 9 |
| 3.2.1 Palliativbehandlung | Seite 10 |
| 3.2.2 Terminale Sedierung | Seite 10 |
| 3.3 Pflege beim präfinalen Patienten | Seite 10 |
| 3.4 Voraussetzungen für das Ende einer Intensivtherapie | Seite 14 |
| 3.5 Patientenverfügung | Seite 15 |
| 3.5.1 Informationen zur Patientenverfügung | Seite 17 |
| 3.5.2 Faktoren, die die Verbindlichkeit der Patientenverfügung begrenzen | Seite 17 |
| 4. Ethik | Seite 19 |
| 4.1 Definition | Seite 19 |
| 4.2 Notwendigkeit der Ethik | Seite 20 |
| 4.2.1 Ärztliche und medizinische Ethik | Seite 20 |
| 4.2.2 Pflegeethik | Seite 21 |
| 4.3 Ethische Prinzipien | Seite 22 |
| 4.4 Ethikkommission | Seite 24 |
| 4.4.1 Grundprinzipien der Ethikkommission | Seite 24 |
| 5. Zusammenfassung | Seite 26 |
| 6. Literaturverzeichnis | Seite 29 |

1. VORWORT

Ich arbeite als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester seit fast fünf Jahren im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in St. Veit/Glan auf der Intensivstation und werde immer wieder mit dem Thema Therapiebegrenzung beziehungsweise Therapieabbruch bei verschiedensten Patientengruppen konfrontiert. Diese Entscheidung ist für keinen der Betroffenen leicht und einfach.

Es stellen sich immer wieder verschiedenste Fragen. Die wichtigste Frage dabei ist: „Ab wann kann eine Therapiebegrenzung beziehungsweise ein Therapieabbruch durchgeführt werden und wer hat dies zu entscheiden“?

In meiner Arbeit möchte ich mich mit der Ethik, sowie der Patientenverfügung und der gesetzlichen Lage ab wann eine Therapiebegrenzung beziehungsweise ein Therapieabbruch in Erwägung gezogen werden kann auseinandersetzen. Auf Grund des Fortschrittes der heutigen Medizin werden die Leute immer älter und auch noch so schwere Erkrankungen können geheilt werden, aber trotzdem ist das Leben des Menschen nicht für die Ewigkeit und irgendwann geht selbst mit der besten Medizin nichts mehr. Wenn man an diesen Punkt angekommen ist, ist es oft schwer, ihn auch als solchen zu erkennen und sehen.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Betreuerin während des Verfassens dieser Abschlussarbeit, Frau Christine Schaller – Maitz, die mich bei dieser Arbeit sehr unterstützt hat.

Ich möchte mich auch bei meiner Mama bedanken, die mir einige gute Tipps bei der Erstellung der Arbeit gab.

2. INTENSIVTHERAPIE UND -PFLEGE

2.1 Definition von Intensivbehandlung

Die Intensivmedizin ist die Versorgung schwer bis lebensbedrohlich erkrankter Patienten mit einem erhöhten Maß an medizinischen und pflegerischen Aufwand. Sie besteht aus der Intensivüberwachung, der Intensivtherapie und der Intensivpflege.

Die Intensivüberwachung umfasst die klinische und apparative Überwachung von Patienten, die weit über das übliche Maß hinausgeht.

Die Intensivtherapie bezeichnet, die mit erhöhtem Aufwand betriebene Intensivüberwachung und Behandlung von schwer erkrankten Patienten, mit Störungen der Herz – Kreislauf – Funktion, der Atmung, des Stoffwechsels, des zentralen Nervensystems, des Wasser – Elektrolyt – und Säure – Basen – Gleichgewichts, der Nierenfunktion oder der Temperaturregulation. Diese Störungen sind meist mit einer vitalen Bedrohung des Patienten verbunden oder können zu einer Bedrohung werden.

Die Intensivpflege ist die spezifische Pflege des Intensivpatienten, welche die allgemeine Krankenpflege weit übertrifft. (vgl. Larsen, 2004, Seite 680)

Die Intensivmedizin ist die am stärksten in die Vitalfunktion eingreifende kurative Therapie. Mit dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit. Hier wird bei teilweisem oder vollständigem Ausfall der Funktion eines oder mehrerer lebenswichtiger Organe durch Maßnahmen, welche diese Funktion ersetzen, der unmittelbar drohende Tod des Patienten abgewendet. Die Intensivtherapie ist die Summe von Maßnahmen, welche bei einem Patienten mit einer grundsätzlich heilbaren Erkrankung bis zur Besserung vorübergehend durch den Ersatz oder den Ausgleich wichtiger Organfunktionen den Tod in der Akutphase verhindern. Hier geht man davon aus, dass die der lebensbedrohlichen Situation zugrunde liegender Erkrankung sich entweder spontan oder durch eine kausale kurative Therapie während der Durchführung der intensivtherapeutischen Maßnahmen soweit bessert, dass durch diese Besserung keine lebensgefährlichen Organfunktionsbeeinträchtigungen mehr vorliegen und deshalb die intensivtherapeutischen Maßnahmen wieder eingestellt werden können.

Ziel der Intensivbehandlung ist es somit, dass der Patient überlebt und ein vollkommen normales Leben weiterführen kann. Dies gelingt sehr oft, doch kann bei Beginn der Behandlung niemand in die Zukunft schauen.

Die Folgezustände mit oft erheblichen somatischen und kognitiven Beeinträchtigungen sind abhängig von Grunderkrankung und Verlauf.

Man muss davon ausgehen, dass der Wille des Patienten das Überleben ist und so kann die bloße Möglichkeit des Zurückbleibens von Behinderung keinesfalls zum Verzicht der Intensivtherapie führen. Der Folgezustand und die mutmaßliche Einstellung des Patienten dazu ist beim weiteren Vorgehen stets im Auge zu behalten. Es stellt sich die Frage, ab welchem Punkt im Fortschritt der Erkrankung der Patient nicht überleben wird können, auch wenn alle Maßnahmen konsequent weitergeführt werden. Es ist ein Kennzeichen der Intensivtherapie, dass der Tod bei Überschreiten dieses Punktes eben auf Grund der intensivtherapeutischen Maßnahmen in vielen Fällen nicht sofort eintritt. Wenn man diesen Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung genau definieren könnte, wäre die Einstellung der intensivmedizinischen Maßnahmen nicht nur ethisch vertretbar, sondern sogar geboten, da sie sinnlos geworden sind. Genau definiert tritt dieser Punkt im Grunde nur beim vollständigen irreversiblen Ausfall der gesamten Funktion des Gehirns ein.

Die Überlebenschance liegt bei 20%, wenn für länger als 24 Stunden ein Versagen von drei oder mehreren Organsystemen eingetreten ist. Dies macht die Entscheidung über die Fortführung der Intensivbehandlung aber nicht einfacher, denn die Überlebenschance von 20% mag der Mühe einer weiteren Therapie wohl wert sein. Hier gewinnt die Betrachtung des wahrscheinlichen Folgezustandes an Bedeutung.

Das Ausmaß der cerebralen Störung ist ganz wichtig, denn je weiter diese fortgeschritten ist, um so weniger wird der Patient bei Bewusstsein sein und damit in der Lage sein an der Entscheidung über die Weiterführung der Behandlung mitwirken zu können. Aus diesem Grund müssen andere Personen unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des Patienten für ihn eintreten und danach handeln. Seinen Willen kann der Patient in Gesprächen geäußert haben oder im Idealfall in Form einer Patientenverfügung niedergeschrieben haben.

Die Entscheidung kann für den Angehörigen auch oft eine lebenslange Last darstellen. Dieser muss immer zum Wohl des Patienten entscheiden.

Grundsätzlich entscheidet der Patient selbst unter Berücksichtigung der Prognose, also des möglichen Behandlungserfolges hinsichtlich des Überlebens und der Lebensqualität, über die Fortführung oder Einstellung der Intensivbehandlung. (vgl. v. Engelhardt, 1997, Seite 90 - 92)

2.2. Team auf der Intensivstation

Das Team auf der Intensivstation setzt sich aus Ärzten, diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und –pflegern und Pflegehelfern zusammen. Dieses gewinnt durch ihre Interdisziplinarität an Leistungsfähigkeiten.

Eine strikte Trennung von Ärzten und diplomierten Personal ist wegen der vielfachen Wechselbeziehungen und des Aufeinander – angewiesen – Seins nicht möglich und auch nicht wünschenswert. Der Tätigkeits- und Verantwortungsbereich des diplomierten Pflegepersonals reicht weit in den ärztlichen Bereich hinein. Das heißt, sie haben in zunehmenden Maße Aufgaben übernommen, die dem ärztlichen Bereich zugeordnet sind. Daraus ergibt sich ein partnerschaftlicher Arbeitsstil.

Das diplomierte Personal wird anders gefordert als das auf einer normalen Bettenstation. Daher müssen sie eine spezielle Zusatzausbildung absolvieren.

(vgl. Larsen, 2004, Seite 682 - 683)

3. THERAPIEBEGRENZUNG UND THERAPIEABBRUCH

3.1 Definition von Therapiebegrenzung

Therapiebegrenzung ist der Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen. Vor allem der Verzicht auf Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose. Dies wird auch als passive Sterbehilfe bezeichnet.

(vgl. http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/e6097/inhalt6098/KEK_TherapiebegrenzungText_050405.pdf)

Unter passiver Sterbehilfe versteht man den Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose und unmittelbarer Nähe des Todes oder bereits eingesetztem Sterbeprozess. (vgl. http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/e6097/inhalt6098/KEK_TherapiebegrenzungText_050405.pdf)

Die passive Sterbehilfe umfasst schmerzlindernde und symptomatische Maßnahmen, die dem Sterbenden das Sterben erleichtern. Diese Art der Sterbehilfe gehört zu den ethischen und rechtlichen Pflichten des Arztes. Die passive Sterbehilfe ist auch dann gerechtfertigt, wenn durch diese Maßnahmen das Bewusstsein getrübt oder gar das Leben verkürzt wird. (vgl. Larsen, 2004, Seite 692)

In der Intensivmedizin bedeutet passive Sterbehilfe den Verzicht auf die Einleitung oder Fortführung der Intensivbehandlung. Voraussetzung dafür ist, dass die intensivtherapeutischen Maßnahmen das qualvolle Sterben des Patienten oder den Zustand der irreversiblen Bewusstlosigkeit nur verlängern würde. (vgl. Larsen, 2004, Seite 692)

Indirekte Sterbehilfe besteht bei der Gabe von schmerzlindernden Medikamenten unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung. Sie wird ausschließlich mit der Gabe von Opiaten oder Sedativa zur Symptomlinderung am Lebensende verwendet. Ausgehend von der Annahme, dass ausgeprägte Schmerzen eines sterbenden Patienten nur durch ein Opiat zu beherrschen wären. Dass dessen Überlebenszeit durch Atemdepression verkürzt wird, kann der Arzt sich dadurch rechtfertigen, dass das eigentliche Ziel die Symptomlinderung sei.

Der Arzt hat eine Abwägung von Lebensqualität gegen Überlebenszeit vorgenommen, die hier zu Gunsten der Lebensqualität ausgefallen ist. (vgl. Bosshard, de Stoutz, Bär, 2006, Seite 121)

In den Richtlinien der Bundesärztekammer für Sterbehilfe (1993) wird Sterbehilfe als „das Bemühen, dem Sterbenden so beizustehen, dass er in Würde sterben vermag“ definiert. Es heißt auch „ein Sterbender ist ein Kranker oder Verletzter, bei dem der Arzt auf Grund einer Reihe von klinischen Zeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit unumkehrbar oder die traumatische Schädigung infaust (tödlich) verläuft und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird“. (Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 92)

3.2 Therapieabbruch

Es wird gefordert, die persönliche Werthaltung von Patienten, ihre Wünsche und ihre Lebensqualität bei der Entscheidungsfindung am Lebensende stärker zu berücksichtigen. Die Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen bei Sterbenden und Menschen mit weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen ist rechtlich möglich. Medizinische Maßnahmen können nach Grundsätzen der Bundesärztekammer unterlassen oder eingestellt werden, wenn diese lediglich das Leiden verlängern und den Sterbeprozess verzögern würden. Dies hat nichts mit Tötung auf Verlangen zu tun, denn dies ist ja in Österreich verboten. (vgl. Schildmann et al., 2004, Seite 123)

Die Ausschaltung von Schmerz und Leid ist essentieller Bestandteil der Intensivstation. Bei einem bewusstlosen Patienten, der keine Eigenatmung hat, unterstützt das Beatmungsgerät die Ein- und Ausatmung und der Sauerstoffgehalt wird auf Raumluft reduziert. Kreislaufunterstützende Medikamente und Blutkonserven werden nicht mehr gegeben, wohl aber eine Infusion von physiologischer Kochsalzlösung, um den täglichen Flüssigkeitsbedarf abzudecken. Durch dieses pragmatisches vorgehen wird sichergestellt, dass kein Patient „erstickt“ oder „verdurstet“. Somit wird die Therapie auf das fundamentale und selbstverständliche reduziert. Auf die Weiterführung einer kurativen Therapie wird verzichtet. Die Ausschaltung von Schmerz und Leiden ist jedoch weiterhin sicher gestellt. Man kann sagen, dass es nach Einstellen der Intensivtherapie zur Palliativtherapie kommt. (vgl. v. Engelhardt, 1997, Seite 93)

3.2.1 Palliativbehandlung

Die Palliativmedizin befasst sich nicht mit der kurativen Behandlung des Patienten, sondern mit der Linderung der Beschwerden. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 566)

Palliativpflege ist die Betreuung von Schwerkranken, chronisch Kranken und sterbenden Patienten.

Die Aufgabe der Palliativbehandlung liegt vor allem bei einer konsequenten Schmerzbekämpfung und Gesprächsangeboten. So soll bei todkranken Patienten körperliches Leid gelindert werden und ihnen das Gefühl gegeben werden, dass man ihnen seelisch beisteht und für sie da ist. Die Pflegekraft ist für diese Patienten häufig die Person des Vertrauens. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 18)

3.2.2 Terminale Sedierung

Darunter versteht man eine gezielte bis zum Tode anhaltende Ausschaltung des Bewusstseins des Patienten mit sedativ wirkenden Substanzen, wie Benzodiazepine, Neuroleptika oder Barbiturate.

Es stellt sich die Frage nach einer Beschleunigung des Todeseintrittes als Folge der Sedativa, das ist dann indirekte Sterbehilfe. Diese ist erlaubt und rechtfertigt sich durch das eigentliche Ziel der Symptomlinderung. (vgl. Bosshard, de Stoutz, Bär, 2006, Seite 121)

3.3 Pflege beim präfinalen Patienten

Wenn man sich bei einem Patienten für die medizinische Therapiebegrenzung beziehungsweise den Therapieabbruch entschieden hat, bedeutet dies nicht die Beendigung der pflegerischen Betreuung. Nun stehen die menschenwürdige Unterbringung, die Zuwendung, die Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, das Stillen von Hunger und Durst und die Körperpflege, sowie die Beobachtung des Patienten hinsichtlich Mimik und Gestik im Vordergrund. Hier muss immer der Wille des Patienten berücksichtigt werden. Es stehen also nur mehr der Patient, seine Bedürfnisse, Wertvorstellungen und Wünsche im Vordergrund.

Auch Gespräche mit den Angehörigen sind sehr wichtig, denn für sie ist diese Situation oft auch nicht einfach. (vgl. Larsen, 2004, Seite 718)

Ich arbeite im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in St. Veit/Glan auf der Intensivstation und hier wird ab diesem Zeitpunkt jeder Patient individuell gepflegt. Der Patient erhält nur mehr die Pflege, die als notwendig und nicht als belastend oder anstrengend empfunden wird. Die Grundpflege wird bei Bedarf durchgeführt, das heißt, wenn der Patient es wünscht, wenn dieser es noch selbst entscheiden kann, oder wenn er im künstlichen Tiefschlaf ist, wenn die zuständige diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester dies für notwendig und als passenden Zeitpunkt empfindet. Es ist wichtig den Patienten in dieser Phase nicht noch mehr zu strapazieren, sondern ihm die notwendige Ruhe zu geben. Der Patient ist so viel wie nötig und so wenig wie möglich bei der Pflege zu belasten. Es kann nicht auf die Pflege komplett verzichtet werden, denn es kann oft mehrere Tage dauern, bis der Patient nach Beendigung der Therapie verstirbt. Es ist für manche Patienten ausreichend, wenn man eine Teilkörperwaschung durchführt, denn oft wird diese für Sterbende schon als sehr Anstrengend empfunden. Er verliert dadurch für ihn sehr wichtige Energie. (Anmerkung des Verfassers)

Wenn der Patient eine Ganzkörperwaschung erhält, wird eine beruhigende Waschung durchgeführt. Hier ist es wichtig, dass die Wassertemperatur 10°C über der Körpertemperatur des Patienten liegt und in Haarwuchsrichtung gewaschen wird.

(vgl. Larsen, 2004, Seite 722)

Danach wird der Patient je nach Wunsch und Bedarf eingecremt. Auf der Intensivstation im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in St. Veit/Glan wird die Aromapflege angeboten. Wenn der Patient selbst oder sein Angehöriger der Aromapflege zugestimmt hat, wenden wir das „Loslassöl“ an. Dies ist eine spezielle Ölmischung für sterbende Patienten, um ihnen den Übergang in die andere Welt zu erleichtern.

Zusammensetzung des „Loslassöles 1%ig“

- Mandelöl 50ml - Basisöl
- Narde 1 Tropfen
- Benzoe 5 Tropfen
- Rose 1 Tropfen
- Bergamotte 7 Tropfen

Durch die spezielle Ölmischung hilft es dem Patienten und den Angehörigen loszulassen und sich zu verabschieden. Das Rosenöl wirkt herzöffnend und angstlösend. Die Benzoe hat eine krampflösende, entspannende und angstlösende Wirkung. Die Bergamotte wiederum wirkt krampflösend, entspannend und harmonisierend.

Durch die Harmonisierung der begleitenden Person kehrt in dieser Situation Ruhe ein. Ein gemeinsamer Weg zu sterben beziehungsweise weiterzuleben wird gegeben.

(Anmerkung des Verfassers)

Mundpflege und Augenpflege werden ebenfalls bei Bedarf durchgeführt. Hier werden vom Patienten gewünschte Produkte verwendet.

Die Lagerung des Patienten wird je nach Bedarf durchgeführt. Wenn der Patient nicht mehr ansprechbar ist, ist es wichtig auf seine Mimik und Gestik zu achten, um zu sehen, ob ihm diese Position gut tut oder er es nicht mag. Bei uns ist es üblich, dass wir Seitenlagerung und Rückenlagerung mit Mikrolagerungen abwechseln.

Wenn es die Angehörigen möchten, werden sie so gut es geht in die Pflege miteinbezogen. Oft ist dies für sie der einzige Weg um „Loslassen“ zu können. Dadurch kommen sie sich nicht ganz hilflos vor.

Auch werden die Wünsche für die letzte Zeit, das heißt für die Sterbephase, berücksichtigt. So muss bereits im Vorfeld abgeklärt werden, welches Ritual in der Sterbephase gewünscht wird. Sei es von kirchlicher Seite oder anderer Kulturen.

Das Pflegepersonal muss in dieser Phase sehr diskret und rücksichtsvoll dem Patienten gegenüber sein, denn es ist für den Menschen nicht immer leicht zuzugeben, dass die letzte Phase des Lebens eingetreten ist und man am Scheideweg angekommen ist. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass man sich gerade in dieser Phase dem Patienten selbst widmet. Oft bedeutet es dem Patienten sehr viel, dass man ihm einfach nur zuhört oder einfach nur still da sitzt und seine Hand hält, wenn keiner seiner Angehörigen bei ihm ist. Man kann ihm seine Lieblingsmusik vorspielen, seinen Lieblingsduft hinstellen oder ihm stellen aus seinem Lieblingsbuch sowie Gedichte vorlesen um ihm so auch in der letzten Phase seines Lebens Geborgenheit zu vermitteln.

Bei uns auf der Station wird kein Unterschied gemacht, ob der Patient ansprechbar ist, oder ob er sich im künstlichen Tiefschlaf befindet.

Die Beobachtungen und durchgeführten pflegerischen Maßnahmen werden genau dokumentiert. Damit die nachfolgende betreuende Pflegekraft ein genaues Bild des Patienten hat, und Wünsche und Bedürfnisse nicht jeden Tag neu ermittelt werden müssen. (Anmerkung des Verfassers)

Wie schon erwähnt ist jetzt nicht nur mehr der Patient selbst Patient, sondern auch die Angehörigen bekommen einen neuen Stellenwert. Für sie ist diese Situation nicht einfach und oft können sie auch nicht loslassen. Denn der Tod sowie das Sterben ist nach wie vor ein Tabuthema über das man nicht spricht. Das Thema Tod löst Angst aus und ist einfach unangenehm. Deswegen benötigen die Angehörigen nun vermehrt Zuwendung und Gespräche, um ihnen die Angst ein wenig zu nehmen und sie auf den bevorstehenden Tod so gut wie möglich vorzubereiten. (vgl. Larsen, 2004, Seite 719)

Auf der Intensivstation der Barmherzigen Brüder in St. Veit/Glan wird den Angehörigen die Möglichkeit gegeben Tag und Nacht bei dem Patienten zu bleiben. Wenn die Angehörigen dies in Anspruch nehmen, werden die pflegerischen Tätigkeiten nicht nur nach dem Patienten geplant, sondern auch so, dass es für die Angehörigen so gut wie möglich passt. (Anmerkung des Verfassers)

Im Bezug auf das Essen und das Trinken wird der Wunsch des Patienten nun noch mehr berücksichtigt. Selbst wenn er bis dato sich an Diäten halten musste, weil er an Diabetes Mellitus oder Zölliakie erkrankt ist. In dieser Phase des Lebens hat diese Diät keine Bedeutung mehr. Wenn der Patient gerne noch ein Glas Bier oder Wein hätte, wird ihm auch dieser Wunsch erfüllt. Denn dies trägt ebenfalls zu einer Verbesserung der Lebensqualität in den letzten Stunden oder Tagen bei.

Wenn der Patient sich im künstlichen Tiefschlaf befindet, wird der tägliche Flüssigkeitsbedarf mit Infusionen abgedeckt. Dadurch wird ein „verdursten“ beziehungsweise „austrocknen“ des Patienten verhindert.

Die tägliche Inspektion der Wunde verliert an Bedeutung. Vielmehr verwendet man Verbände, die nicht täglich gewechselt werden müssen. Außer es besteht die Notwendigkeit, zum Beispiel wenn Wunden stark sezernieren.

Die Pneumonieprophylaxe ist bei Patienten auf der Intensivstation sehr wichtig. Jedoch verliert sie in der präfinalen Phase an Bedeutung. Vielmehr wird darauf geachtet, dass dem Patienten die Atmung durch verschiedene Lagerungen, Hilfsmittel oder Medikamente erleichtert wird.

Wenn der Patient sich im künstlichen Tiefschlaf befindet wird seine Ein- und Ausatmung durch ein Beatmungsgerät unterstützt oder vollkommen übernommen. In diesem Fall wird der Sauerstoffgehalt der Beatmungsmaschine dem Sauerstoffgehalt der Luft angepasst. Dieser beträgt 0,21%.

Die Durchführung von Prophylaxen würde für den Patienten nur zusätzlichen Stress und Belastung bedeuten, daher wird darauf verzichtet. Dem Patienten soll die notwendige Ruhe und Entspannung gegeben werden. (Anmerkung des Verfassers)

Bei den gesamten pflegerischen Maßnahmen wird der Schlaf – Wach – Rhythmus des Patienten berücksichtigt. Denn der Schlaf dient dem Patienten zur Entspannung. Er fördert das Wohlbefinden, die Zufriedenheit und das Selbstvertrauen. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 170)

Wenn der Patient beim Einschlafen Probleme hat, dann kann dies durch spezielle Medikamente oder gesunde Schlafhygiene, wie zum Beispiel ein zusätzliches Kissen, das Zimmer nochmals lüften oder abdunkeln des Raumes geholfen werden. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 174)

Die Überwachung der Vitalparameter, wie Puls, Blutdruck und Atmung, verliert an Bedeutung. Denn wenn es zu Abweichungen von der Norm kommt werden keine therapeutischen Maßnahmen mehr ergriffen. Auch ist die tägliche Kontrolle von Laborparametern hinfällig, da diese ebenfalls keine Relevanz mehr für das weitere Vorhaben haben.

Vielmehr stehen, wie schon erwähnt, die Beobachtung des Patienten und der Patient selbst im Vordergrund. (Anmerkung des Verfassers)

3.4. Voraussetzungen für das Ende einer Intensivtherapie

Eine Therapiebegrenzung kann nur dann durchgeführt werden, wenn eine oder mehrere der folgenden Bedingungen erfüllt werden:

- Die intensivmedizinische Therapie wird durch einen Erwachsenen, einwilligungsfähigen Patienten abgelehnt. Jeder Erwachsene, einsichtige Mensch hat das Recht, alle medizinischen Maßnahmen abzulehnen.
- Die weitere intensivmedizinische Therapie wird mittels einer Patientenverfügung abgelehnt. Diese enthält Aussagen über das Ergreifen oder Unterlassen von Therapien. Sie ist als vollwertiger Ausdruck des Patientenwillens zu befolgen.

- Die intensivmedizinische Therapie wird durch einen Stellvertreter abgelehnt. Dieser besitzt das Recht eine medizinische Therapie für den Patienten, den er vertritt, abzulehnen. Seine Entscheidungen haben sich dabei an dem bekannten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren.
- Die weitere intensivmedizinische Therapie wird durch den verantwortlichen Arzt aufgrund fehlender medizinischer Indikationen abgelehnt. Wenn bei einem sterbenden Patienten oder einem Patienten mit infauster Prognose der Tod bereits bevorsteht und eine Fortführung oder Beginn der intensivmedizinischen Therapie es nur hinauszögern würde und das Leiden verlängern würde, dann soll auf eine intensivmedizinische Therapie verzichtet, beziehungsweise bereits eingeleitete Maßnahmen eingestellt werden.
(vgl. http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/e6097/inhalt6098/KEK_TherapiebegrenzungText_050405.pdf)

3.5. Patientenverfügung

Sie ist eine in schriftlicher Form abgefasste und unterschriebene Erklärung einer Person über die von ihr gewünschten und nicht gewünschten medizinischen Behandlungen für den Fall, dass sie bei zukünftigen Erkrankungen oder Verletzungen nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte.

(vgl. http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/e6097/inhalt6098/KEK_TherapiebegrenzungText_050405.pdf)

Es gibt dafür Formulare, wobei es wichtig ist, dass die Person Platz hat um individuelle Vorstellungen, Einstellungen, Wünsche und Werte anzugeben. Die Patientenverfügung muss von der ausgestellten Person unterschrieben werden. Es ist sinnvoll, wenn ein Zeuge es mit seiner Unterschrift bestätigt. Die Patientenverfügung kann jederzeit mündlich widerrufen werden. Zusätzlich sollte der Patient einen Bevollmächtigten aus seinem persönlichen Umfeld nennen. Dieser sollte die Überzeugung und Einstellung des Patienten kennen, um bei der Auslegung der Patientenverfügung mitwirken zu können. Weiters ist dies noch wichtig, falls Bereiche in der Patientenverfügung nicht schriftlich festgelegt wurden. Hier kann diese Person bei der Entscheidungsfindung mitwirken. Diese sollten möglichst dem Willen des Patienten entsprechen.

Eine Kombination von Patientenverfügung und Bevollmächtigung hat sich besser bewährt, als Patientenverfügungen ohne ergänzende Vorsorgevollmacht.

Der Patient sollte die Patientenverfügung immer bei sich haben, um sie dann bei Notwendigkeit immer hinzuziehen zu können.

Die Formulierung in Patientenverfügungen sollte so genau wie möglich sein, denn Formulierungen wie „mit meiner Menschenwürde unvereinbar“ oder „unerträglich“ sind keine guten Behandlungsentscheidungshilfen.

Eine Patientenverfügung ist für den behandelnden Arzt eine wichtige Vorgabe bei Entscheidungskonflikten und sollte nicht unberücksichtigt bleiben. Bei einem Notfallpatient sollten die Angehörigen nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung gefragt werden. Ebenso sollte der Patient vor riskanten Eingriffen nach einer Patientenverfügung gefragt werden.

Eine regelmäßige Erneuerung der Patientenverfügung ist wünschenswert, jedoch ist eine zeitlich sehr weit zurückliegende erfasste Patientenverfügung gleichwertig.

Bei unklarer Auslegungslage muss vorrangig der vom Patienten ernannte Bevollmächtigte in die Auslegung miteinbezogen werden. Dem Ehepartner oder Lebenspartner kommt dabei durch das in der Regel langjährige Zusammenleben mit dem Patienten ein gewisser Interpretationsvorrang bei der Ermittlung des Patientenwillens zu. (vgl. Birnbacher et al., 2007, Seite 143 – 144)

Im Bezug auf die Patientenbestimmung und Patientenrechte werden die Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zunehmend bedeutsamer. Sie sind hilfreiche und wertvolle Instrumente zur Selbstbestimmung bei verschiedenen Krankheitsverläufen und im Sterben. Patientenverfügungen sind Willensbekundungen, die den Arzt über die in bestimmten Situationen gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen informieren. Aus juristischer und medizinischer Sicht sind Ärzte und Pflegende die primären Adressanten für die Patientenverfügungen. Das Ziel ist für die potentiellen Entscheidungsträger den Patientenwillen zu ermitteln und auf diese Weise die medizinische Selbstbestimmung zu sichern. Die Beschäftigung mit der Erfassung einer Patientenverfügung und der Benennung eines Bevollmächtigten/einer Vertrauensperson wird als Prozess der Klärung und der Kommunikation verstanden mit dem Ergebnis der schriftlichen Fixierung individueller Wertvorstellungen und Präferenzen.

(vgl. van Oorschot, et al, 2004, Seite 112)

Patientenverfügungen sind nach wie vor noch wenig bekannt und sollten seitens der Ärzte aktiv als Werkzeug zum Einstieg in das Gespräch über die Wünsche und Vorstellungen im Bezug auf das Lebensende genutzt werden.

Mit Abschluss der Patientenverfügung erhält der Patient einen höheren Anteil an Selbstbestimmung bei medizinischen Entscheidungen. (vgl. Schildmann, et al, 2004, Seite 121)

3.5.1 Informationen zur Patientenverfügung

- Patientenverfügungen gelten nicht zeitlich begrenzt, das heißt ihre Verbindlichkeit ist nicht an regelmäßige Erneuerung gebunden.
- Die Patientenverfügung ist verbindlich, auch wenn keine medizinische oder juristische Grundaufklärung vorausgegangen ist.
- In der Patientenverfügung genügt die einfache Schriftform.
- Patientenverfügungen unterliegen keiner inhaltlichen Vorgabe (vgl. Sahm, 2004, Seite 143)

3.5.2 Faktoren, die die Verbindlichkeit der Patientenverfügung begrenzen

In der Patientenverfügung gilt das Gebot der Nichtschädigung – Der Arzt darf dem Patienten keine Wünsche erfüllen, die dem Patienten voraussichtlich erheblich mehr Schaden als Nutzen bringen würden. Dies betrifft allerdings nicht das Unterlassen oder Abbrechen von Behandlungsmaßnahmen.

Die Patientenverfügung berechtigt den Arzt nicht zu rechtswidrigen Handlungen, trotz Verlangen des Patienten, wie etwa eine Tötung auf Verlangen.

Die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung findet dort ihre Grenzen, wo „Umstände erkennbar sind, dass der Patient seine Patientenverfügung nicht mehr gelten lassen würde“. Der Arzt muss die Umstände prüfen, ob

- der Patient seine Patientenverfügung mündlich widerrufen oder revidiert hat oder
- die Patientenverfügung ohne ärztliche Aufklärung verfasst wurde und somit auf sachlicher Fehleinschätzung und Missverständnissen des Patienten beruht. Wenn er gut aufgeklärt worden wäre, hätte er keine Bedenken gehabt in die Behandlung einzuwilligen.

- Weiters muss der Arzt prüfen ob die Behandlungsmöglichkeiten sich seit der Abfassung der Patientenverfügung so erheblich verbessert haben, dass der Patient angesichts dieser Möglichkeit sich einen Abbruch der Behandlung nicht mehr wünschen würde. (vgl. Birnbacher et al., 2007, Seite 145)

4. ETHIK

„Was du nicht willst das man dir tu,
das füg´ auch keinem anderen zu“!

4.1 Definition

Ethik kommt aus den griechischen („ethos“) und bedeutet Sitte, Gewohnheit.
(vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 86)

Ethik bedeutet Lebensweise und der durch die Lebensweise geprägte Lebensraum. Lebensgewohnheit ist ein anderes Wort für Lebensweise. Ethos ist dementsprechend der Inbegriff der Lebensgewohnheit und des dadurch geprägten Wohnraumes.

Ethik ist auch die Lehre der guten Gewohnheiten und Gepflogenheiten. (vgl. Ziegler, 2000, Seite 23)

Ethik ist weiters die Lehre des verantwortbaren Handelns. Unter Handeln versteht man, dass beabsichtigte Bewirken einer Veränderung. Verantwortung ist die Pflicht, für sein Tun und Lassen, sein Handeln oder Nichthandeln, Rechenschaft abzulegen und zwar vor dem eigenen Gewissen, den Mitmenschen und vor Gott.

Ethik ist ebenso die Lehre des gelingenden und glückenden Lebens. Ethik will zum glückenden Leben und zum Lebenserfolg anleiten. Es stellt sich immer wieder die Frage, wie wir uns verhalten müssen, damit durch unser Verhalten sowohl unser eigenes, als auch der Mitmenschen Leben gelingt und glückt, selbst wenn nicht jeder Tag ein Glückstag ist, und nicht jede einzelne Handlung von Erfolg gekrönt wird. So ist Ethik als Lehre des Glücks auch die Lehre des Erfolgs. Erfolg ist die beabsichtigte Folge des Handelns. Erfolgreich ist man, wenn man erreicht hat, wonach man gestrebt und weswegen man sich bemüht und gehandelt hat.

Der Erfolg besteht aus drei Elementen:

- äußerer Erfolg = erreichtes Ziel, gelungenes Werk
- innerer Erfolg = Erfolgserlebnis, innere Genugtuung über den äußeren Erfolg
- beifälliger Erfolg = Anerkennung durch andere, die das Erfolgserlebnis verstärkt
(vgl. Ziegler, 2000, Seite 24 - 25)

4.2 Notwendigkeit der Ethik

In der Medizin ist die Notwendigkeit unumstritten. Über die Bedeutung und Richtung kann aber unterschiedlich geurteilt werden. Es ergeben sich wesentliche Unterschiede, denn jede medizinische Disziplin bringt ihre spezifischen Akzente mit sich, jede Krankheit stellt charakteristische Anforderungen, Welt- und Menschenbilder des Arztes, des Patienten und der Umwelt haben ihre besonderen Auswirkungen, aus Kulturen und sozialpolitischen Verhältnissen ergeben sich ebenfalls wesentliche Unterschiede.

In der Medizin kann die Ethik nicht nur auf den Arzt beschränkt werden. Sie muss auch den Patienten und die Gesellschaft miteinbeziehen. (vgl. v. Engelhardt, 1997, Seite 1 - 3)

4.2.1 Ärztliche und medizinische Ethik

Die ärztliche Ethik hat in verschiedenen Pflichten, wie Aufklärungs- und Schweigepflicht, Beistands- und Therapiepflicht, Pflicht zur Achtung und Bewahrung der körperlichen und seelischen Integrität, seinen Ausdruck gefunden. Die Ethik des Arztes entfaltet sich in Diagnose, Prognose, im Krankheitsbegriff und Krankheitsverständnis, in medizinischer Forschung, in Aus- und Weiterbildungen, in der Honorierung, in Konsultation und Werbung, im Verhältnis zur Standesorganisation. Die verschiedenen Werte und Pflichten haben sich in ärztlichen Eiden und medizinischen Deklarationen niedergeschlagen.

Neben dem individuellen Leid für den Patienten und dem allgemeinen Schaden für die Gesellschaft, die sich aus Fehlentscheidungen ergeben können, muss der Arzt auch an juristische Folgen für sich selber denken.

Die ethischen Vorstellungen und sittliche Praxis eines Arztes prägen die Persönlichkeit des Arztes, seine Einstellung zu den Grenzen und technischen Möglichkeiten der Medizin, sein Krankheits- und Therapieverständnis, seine Haltung zum kranken Menschen und zur Gesellschaft.

Die Gegenwart neigt dazu eher von Rechten als von Pflichten des Kranken zu sprechen. Dem Kranken wird die Pflicht zugeschrieben dem Arzt gegenüber offen zu sein, seine Therapievorschlüsse einzuhalten, sich rücksichtsvoll anderen Kranken und den Gesunden gegenüber zu verhalten, überhaupt seine Krankheit überwinden zu wollen und die grundsätzliche Schwäche und Begrenztheit des menschlichen Lebens zu akzeptieren.

Die medizinische Ethik steht im Zusammenhang mit der Entwicklung der Medizin, mit der Erweiterung des medizinischen Wissens und der Verbesserung der technischen Möglichkeiten, mit der Einführung neuer diagnostischer – therapeutischer Methoden.

Der Fortschritt der Medizin hat zwar alte Probleme überwunden, jedoch auch neue ethische Probleme mit sich gebracht.

Die medizinische Ethik wird von soziokulturellen oder materiell – idialler Voraussetzungen geprägt. Wirtschaft und Politik beeinflussen die ethischen Argumentationen und vor allem die Umsetzung ethischer Prinzipien in der Praxis. (vgl. v. Engelhardt, 1997, Seite 1 - 5)

4.2.2 Pflegeethik

Die Pflegeethik ist eine allumfassende, systematisierte Lehre über ethische Werte und praktische Normen allein für die Pflege.

Sie orientiert sich am Konzept der Salutogenese. Das Konzept der Salutogenese beschreibt Kräfte, die dem Individuum helfen Gesundheit zu entwickeln und oder zu erhalten. Das soziale Umfeld des Patienten bleibt stets im Blickfeld der Pflegenden. Eine Vernachlässigung der körperlichen, seelischen oder sozialen Komponente beschädigt ethische Normen.

Es ist auch wichtig dem Patienten empathisch gegenüber zu treten. Dies bedeutet sich in den Patienten emotional hineinversetzten aber nicht mitleiden. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 17 - 18)

Die Prinzipien der Autonomie, der Nicht – Schädlichkeit, der Wohltätigkeit und der Gerechtigkeit spielen hier eine zentrale Rolle.

Die Autonomie beinhaltet, dass der Patient mit seinen individuellen Bedürfnissen, Wertvorstellungen, Wünschen, Entscheidungen und Prioritäten behandelt und respektiert wird. Dem Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden eigene Entscheidungen zu treffen.

In der Nicht – Schädlichkeit ist verankert, dass dem Pateinten kein Schaden zugeführt werden darf, Schaden verhindert werden muss und bereits bestehender Schaden zu beseitigen ist. Hier geht es nicht nur um körperliche Verletzungen, sonder viel mehr um die psychologischen Schäden, wie Sorgen, Ängste oder Eindringen in die Privatsphäre.

Im Prinzip der Wohltätigkeit geht es darum „Gutes zu tun“. Der Patient muss vorher aber darüber gut aufgeklärt werden, denn sonst kann es sehr leicht zu einer Bevormundung des Patienten kommen. Somit steht über diesem Prinzip immer das Prinzip der Autonomie.

Bei der Gerechtigkeit geht es darum, dass alle Patienten, egal welche Erkrankung, welche Herkunft, welchen Alters und welchen Geschlechtes, gleich zu behandeln sind.

(vgl. Millar, Burnhard, 2002, Seite 360 - 365)

4.3 Ethische Prinzipien

Fünf ethische Prinzipien bestimmen unser intensivmedizinisches Handeln nicht erst im weiteren Verlauf, sondern bereits bei der Aufnahme. Sie markieren das Spannungsfeld in dem sich jeder intensivmedizinisch tätige Arzt zu bewegen hat.

- Die Fragen nach den Chancen zur Rettung des Patienten („potential for solvageability“): Darunter versteht man die Möglichkeit zur Überbrückung beziehungsweise Besserung eines lebensbedrohlichen Zustandes, die auch von kurzer Dauer sein kann und die Langzeitprognose unbeeinflusst lässt und die Möglichkeit der vollkommenen Heilung mit oder ohne Defizite. Die prognostische Einschätzung vom Behandlungsteam wird durch den aktuellen Wissenstand und der persönlichen Erfahrung geprägt. So ist das lebenslange Bemühen um hohen medizinischen Standard und Fortbildung ethische Verpflichtung.
- Der Auftrag zu erhalten („preserving life“): Der ärztliche Auftrag, Leben zu retten und zu bewahren, ist ohne Frage mit dem Prinzip der „solvageability“ verknüpft. Er gilt uneingeschränkt nur bei jenen Patienten, die auch zu „retten“ sind. Er verliert dagegen beim Schwerstkranken an Gültigkeit, wenn es sich herausstellt, dass der Patient nach medizinischen Kenntnissen unrettbar ist. So werden alle intensivmedizinischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Lebensalters, der Vorerkrankungen wie begründete Hoffnung auf Besserung besteht.

Bei definitivem Umschlag in einen medizinisch hoffnungslosen Verlauf müssen am Individuum orientierte Überlegungen zur Modifikation der Behandlung bis hin zum Behandlungsabbau oder sogar Behandlungsabbruch einsetzen. Dazu gehören medizinischer Sachverstand und persönliche Erfahrung. Es ist auch ratsam diese Entscheidungen immer im gesamten Team zu treffen.

- Die Verpflichtung weder Schaden noch Leid zu zuführen („nonmaleficence“): Da man gewöhnlich bei medizinischen Eingriffen derartige Beeinträchtigungen nicht ausschließen kann, geht es zunächst einmal um die gewissenhafte Abwägung zwischen Risiko und Nutzen einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme. Wenn begründete Aussicht auf Rettung des Patienten besteht, so wird er invasiver, aggressiver Verfahren unterzogen, auch wenn diese von ihm als sehr belastend empfunden werden. Gibt es jedoch für den Patienten keine Rettung oder Heilung so stehen Zuwendung, Pflege und Schmerzlinderung im Vordergrund.

- Die Selbstbestimmung des Individuums („autonomy of the individual“): Ein bewusstseinsklarer kompetenter Patient muss seine Einwilligung nach ausführlicher ärztlicher Aufklärung für die Durchführung von diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen geben. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist bei klarer Bewusstseinslage auch dann geltend, wenn es in der Intensivbehandlung um Therapiebegrenzung oder Therapieabbruch geht. Konflikte stehen erst dann an, wenn derartige Entscheidungen beim bewusstseinsgestörten kritisch Kranken anstehen. Da ist eine besonders sorgfältige individuelle Prüfung, der medizinischen und ethischen Aspekte erforderlich.

- Das Miteinbeziehen ökonomisch – juristischer Überlegungen („distributive justice“): Dieser gewinnt durch weitere Kostensteigerung im Gesundheitswesen und knapper werdender Ressourcen in der ethischen Diskussion an Bedeutung.
(vgl. v. Engelhardt, 1997, Seite 136 - 138)

4.4. Ethikkommission

Ethikkommissionen bestehen aus fünf bis elf interdisziplinären Mitgliedern. Diese setzen sich aus klinisch tätigen Ärzten, Juristen, Philosophen, Theologen, Pflegenden, Rechtswissenschaftlern, Biologen und Laien zusammen. Sie arbeiten bei Ärztekammern, an medizinischen Fakultäten und anderen Einrichtungen der medizinischen Forschung oder als private oder freie Ethikkommission, um die ethischen und rechtlichen Implikationen von medizinischen Versuchen am Menschen sowie von medizinischen Vorhaben in sensiblen Bereichen, wie der Transplantation, der Intensivbehandlung oder der Forschung zu diskutieren und Empfehlungen an den einzelnen Arzt auszusprechen, sowie allgemeine Leitsätze zur Unterstützung der ärztlichen Entscheidungsfindung zu erarbeiten. Alle Kommissionsmitglieder müssen unabhängig von den Interessen der Antragssteller Nutzen und Risiken abwägen und dabei vorrangig die Interessen der betroffenen Personen vertreten. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, Seite 98)

Die Aufgabe der Ethikkommission besteht in der „Beratung“.

Die Sprache ist „Deutsch“, das heißt die Anträge müssen in deutscher Sprache erstellt werden, wobei die Formulierung so sein soll, dass auch ein gebildeter Laie die Grundlage des vorzunehmenden Experiments und die Versuchsziele versteht. Die Sitzung ist nicht offiziell, der Antragssteller kann jedoch jederzeit hinzugezogen werden.

(vgl. v. Engelhardt, 1997, Seite 53)

4.4.1 Grundprinzipien der Ethikkommission

- Die Kommission ist ungebunden und nicht weisungsgebunden.
- Sie wird nur auf Antrag tätig.
- Der Antragssteller hat das Recht persönlich gehört zu werden (rechtliches Gehör).
- Der Antrag soll in einer angemessenen Zeit behandelt werden.
- Die Sitzung und Beratung ist nicht öffentlich, Vertraulichkeit ist gewährleistet und sie unterliegt der Schweigepflicht.
- Für eine Entscheidungsfindung ist die Hälfte der Mitglieder notwendig. Die einfache Mehrheit entscheidet zwar, aber ein Konsens sollte angestrebt werden.
- Die Kommission kann ein Votum für oder gegen den Antrag abgeben, sie kann Bedenken äußern und Änderungsanregungen geben.

- Ein Rechtsmittel gegen die Entscheidung der Ethikkommission gibt es nicht. Die Kommission kann nur angewiesen werden den Antrag neu zu beschließen.
- Eine rechtliche Bindungswirkung tritt nicht ein. (vgl. v. Engelhardt, 1997, Seite 53 - 54)

5. ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Fachbereichsarbeit geht es um ein sehr problematisches Thema auf der Intensivstation, nämlich um die Therapiebegrenzung beziehungsweise dem Therapieabbruch. Wer möchte schon solch schwere Entscheidung auf sich nehmen, oder gar für einen ihm nahestehenden Menschen treffen?

Die Intensivbehandlung ist die Versorgung schwer bis lebensbedrohlich erkrankter Patienten mit einem erhöhten Maß an medizinischem und pflegerischem Aufwand. Sie wird von Ärzten und diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester und -pflegern mit einer speziellen Zusatzausbildung durchgeführt. Sie setzt sich aus der Intensivüberwachung, der Intensivtherapie und der Intensivpflege zusammen, wobei der ärztliche und pflegerische Tätigkeitsbereich ineinander überfließt.

Die Intensivmedizin greift am stärksten in die Vitalfunktionen ein und ihr Ziel ist es, dass der Patient überlebt und ein vollkommen normales Leben weiterführen kann. Dies gelingt sehr oft, doch kann zu Beginn der Behandlung niemand sagen, ob dies auch so sein wird. Es können auch Folgezustände mit erheblichen somatischen und kognitiven Beeinträchtigungen auftreten. Es muss allerdings immer davon ausgegangen werden, dass der Wille des Patienten zu überleben ist und so kann die bloße Möglichkeit des Zurückbleibens von Behinderungen keinesfalls zum Verzicht oder Einstellung der Intensivbehandlung führen.

Wenn der Patient wach, ansprechbar und orientiert ist, dann kann er diese Entscheidung selbst treffen, doch leider ist das auf der Intensivstation nur selten der Fall, denn meist befinden sie sich im künstlichen Tiefschlaf. Auch sind die Menschen über die Verfassung einer Patientenverfügung oftmals zu wenig aufgeklärt oder wollen sich, wenn sie sich gesund und fit fühlen nicht mit dem Ende des eigenen Lebens beschäftigen, denn dies ist nach wie vor ein Tabuthema für viele Menschen.

Wenn ein Patient, dann schwerst bis lebensbedrohlich erkrankt ist und auf der Intensivstation behandelt werden muss, befindet er sich meist im künstlichen Koma und kann selbst keine Entscheidungen mehr treffen. Nun wird diese Aufgabe dem nächsten Angehörigen zugesprochen. Dieser muss im Sinne des Patienten handeln. Im Idealfall hat der Patient jedoch eine Patientenverfügung erstellt oder mit seinen Angehörigen über seinen letzten Willen bezüglich seiner Intensivbehandlung gesprochen.

Die Patientenverfügung ist eine gute Wahl um den eigenen Willen und die Wünsche schriftlich zum Ausdruck zu bringen. Dies kann mündlich oder schriftlich festgelegt werden. Am besten ist, wenn man kein vorgefertigtes Schriftstück nimmt, sondern mit eigenen Worten und nicht zu oberflächlich angibt was man gerne hätte und was man nicht wünscht. So kann sie für das ganze Behandlungsteam bei einem nicht mehr selbst entscheidungsfähigen Patienten eine große Entscheidungshilfe sein.

Sollte dies nicht der Fall gewesen sein, weil es sich um ein akut eingetretenes Ereignis handelt oder sich der Patient zuvor damit noch nicht auseinandersetzen wollte, fällt es den Angehörigen noch schwerer solch wichtige Entscheidung zu treffen. Dann müssen Arzt und Angehörige gemeinsam entscheiden. Hier muss immer zum Wohl des Patienten gehandelt werden. Im Zweifelsfall kann man dann auch noch die Ethikkommission hinzu ziehen. Diese hat eine beratende Funktion. Das heißt ihr Beschluss muss nicht in die Tat umgesetzt werden.

Unter Therapiebegrenzung beziehungsweise Therapieabbruch versteht man den Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, sowie der Verzicht auf Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen durch intensivmedizinische Verfahren bei progredienter Erkrankungen mit infauster Prognose.

Dazu ist zu sagen, dass es kein genaues Schema gibt, wann eine Therapie eingegrenzt wird und wann sie komplett abgebrochen werden kann. Dies ist immer eine individuelle Entscheidung, die von verschiedenen Faktoren abhängt.

Sie kann vom einwilligungsfähigen Patienten selbst getroffen werden. Jeder Mensch hat das Recht alle medizinischen Maßnahmen abzulehnen. Wenn sich der Patient jedoch im künstlichen Tiefschlaf befindet und selbst keine Entscheidungen treffen kann, wird diese auf den nächsten Angehörigen übertragen. Dieser muss sich dabei immer am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren. Im besten Falle hat der Patient schon im Voraus eine Patientenverfügung verfasst. Die weitere intensivmedizinische Therapie kann auch durch den verantwortlichen Arzt abgebrochen werden, wenn dieser in der Weiterführung der Therapie nur eine Leidensverlängerung sieht und durch die Therapie der Tod nur hinausgezögert werden würde.

Die Entscheidung über die Begrenzung beziehungsweise dem Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung soll im gesamten Team besprochen und entschieden werden.

Die passive Sterbehilfe umfasst schmerzlindernde und symptomatische Maßnahmen, die dem Sterbenden das Sterben erleichtern. Sie ist ethisch vertretbar und gehört zu den Pflichten des Arztes, auch wenn dadurch das Bewusstsein des Patienten getrübt wird oder gar das Leben verkürzt wird.

Wenn es zur Beendigung der Therapie gekommen ist, verändert sich die gesamte Behandlung des Patienten. Aus der intensivmedizinischen Behandlung wird nun eine palliative Behandlung, bei der die Symptomkontrolle im Vordergrund steht. Dazu zählen die Linderung der Beschwerden sowie eine gute Schmerzbehandlung. Weiteres sind Gespräche sehr wichtig, die dem Patienten das Gefühl geben, dass man ihm seelisch beisteht und er nicht allein gelassen wird. Vielleicht wünscht sich der Patient spezielle Düfte, will seine Lieblingsmusik noch hören, ein Gedicht vorgelesen bekommen oder wünscht spezielle Riten um so leichter in die andere Welt gehen zu können. Dies wird so gut es geht umgesetzt denn dies erhöht in den letzten Stunden bis Tagen erheblich seine Lebensqualität, die gerade in dieser Phase einen noch höheren Stellenwert bekommt.

Auch wenn die medizinische Behandlung reduziert beziehungsweise beendet wird bedeutet dies nicht die Beendigung der pflegerischen Maßnahmen. Die grundpflegerische Maßnahmen, wie zum Beispiel die Körperpflege, stehen hier nicht mehr im Vordergrund, sondern viel mehr Gespräche mit dem Patienten oder ihm einfach das Gefühl geben, dass man ihm gerade in dieser letzten Phase seines Lebens besonders beisteht und ihn nicht alleine lässt. Auch die Angehörige bekommen einen anderen Stellenwert, denn oft können oder wollen sie sich bis dato nicht mit dem Tod auseinandersetzen und benötigen nun auch vermehrt Zuspruch und Aufmerksamkeit. Wenn die Angehörigen es wünschen, dann werden sie in den gesamten pflegerischen Ablauf involviert, um so leichter Abschied nehmen zu können und sich nicht ganz hilflos vorzukommen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

ZIEGLER, Albert (2000): Verantwortung für das Wort, Kommunikation und Ethik, Frauenfeld; Stuttgart; Wien, Huber Verlag

v. ENGELHARDT, Dietrich (1997): Ethik im Alltag der Medizin, Spektrum der Disziplin zwischen Forschung und Therapie, 2. erweiterte Ausgabe, Basel; Boston; Berlin, Birkhäuser Verlag

MENCHE, Nicole, BAZLEN, Ulrike, KOMMERELL, Tilmann (2001): Pflege heute, 2. vollständig überarbeitete Auflage, München, Jena, Urban & Fischer Verlag

LARSEN, Reinhard (2004), Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege, 6. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, Springer Verlag

BIRNBACHER, Dieter, et al. (2007), Wie sollen Ärzte mit Patientenverfügungen umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinärer Sicht – In: Ethik in der Medizin, Band 19, Heft 2, 06/2007

BOSSHARD, Georg, de STOUTZ Noémi, BÄR, Walter (2006), Eine gesetzliche Regulierung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende? – In: Ethik in der Medizin, Band 18, Heft 2, 06/2006

van OORSCHOT, Birgitt, et al. (2004), Patientenverfügungen aus Patientenicht – In: Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 2, 05/2004

SCHILDMANN, Jan, et al. (2004), Sterbehilfe - In: Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 2, 05/2004

SAHM, Stephan (2004), Selbstbestimmung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht - In: Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 2, 05/2004

MILLAR, B; BURNARD, P. (2002): Intensivpflege – High - touch und High – tech, 1. Auflage, Bern, Hans Huber Verlag

http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/e6097/inhalt6098/KEK_TherapiebegrenzungText_050405.pdf, 9.05.2009, 16:29