

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER
INTENSIVPFLEGE**

22. April 2014 bis 30. Oktober 2014

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Der terminale Intensivpatient

Der letzte Weg

vorgelegt von: Bernadette Suntinger
BKH Lienz
Abteilung für Innere Intensivmedizin

begutachtet von: Christina Fischer Kienberger BA, MA
Institut für Medizinisch Chemische
Labordiagnostik Villach und
Qualitätssicherung

September/2014

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.

Bernadette Suntinger

Lienz, September 2014

Kurzzusammenfassung

In dieser Abschlussarbeit wird das Thema „Der terminale Intensivpatient“ bearbeitet. Vorab wird das Bezirkskrankenhaus Lienz vorgestellt und im Anschluss findet eine kurze Begriffserklärung von „Intensivmedizin“ und „Intensivtherapie“ statt. Es folgt des Weiteren eine Erläuterung des Konsensuspapiers, das sich als hilfreich bezüglich Therapiebegrenzung oder Therapieausweitung in der extrem prekären Entscheidungsphase erweist. Danach werden die Symptome der Terminalphase näher beschrieben und welche Rolle die Pflege in der Patientenbeobachtung spielt. Anschließend wird die Bedeutsamkeit wertschätzender Kommunikation zwischen Arzt, Pflege, Patient und Angehörigen hervorgehoben und wie wertvoll das empathische Gespräch in der terminalen Phase eines Patienten ist. Außerdem wird auf rechtliche Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe sowie auf die Einstellung der Öffentlichkeit in Bezug zur Sterbehilfe eingegangen.

Im nachstehenden Kapitel werden ethische Aspekte in der Entscheidungsphase der Therapiebegrenzung und in weiterer Folge die Wertigkeit der Palliativ Care und Palliativmedizin auf Intensivstationen behandelt.

Die gesamte Arbeit wurde anhand intensiver fachlicher Literatur- und Internetrecherchen erstellt und soll als allgemeine Information sämtlicher Berufsgruppen im Krankenhaus sowie im extramuralen Bereich dienen. Zudem zielt diese Abschlussarbeit darauf ab, gegenseitiges Verständnis und wertschätzende Kommunikation zu fördern.

Inhaltsverzeichnis

0	VORWORT	7
1	EINLEITUNG	8
2	VORSTELLUNG DES HAUSES.....	9
3	INTENSIVMEDIZIN.....	11
3.1	Definition Intensivmedizin	11
3.2	Intensivtherapie.....	11
3.3	Grenzen der Intensivtherapie.....	11
4	KONSENSUSPAPIER	12
4.1	Problematik.....	13
4.2	Leitsätze zum Konsensuspapier.....	14
5	TERMINALPHASE	16
5.1	Definition Terminalphase	17
5.2	Symptome der Terminalphase	17
6	ROLLE DER PFLEGE.....	18
6.1	Wertorientiertes Handeln in der Pflege	18
6.2	Erkennen des Sterbens	19
7	KOMMUNIKATION.....	19
7.1	Grundlagen einer guten Gesprächsführung mit Patienten und deren Angehörigen	20
7.2	Gespräch mit dem Patienten.....	21
7.3	Das empathische Gespräch	22
7.4	Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen	23
7.5	Kommunikationsmuster von Pflegekräften	24
8	RECHTLICHE ASPEKTE	25

8.1	Aktive Sterbehilfe	25
8.2	Passive Sterbehilfe	25
8.3	Patientenverfügung ist der Schritt zur Selbstbestimmung	26
9	ETHIK.....	27
9.1	Ethik Begriffsbestimmung.....	27
9.2	Die Einsamkeit des Sterbens	29
10	PALLIATIVPFLEGE AUF DER INTENSIVSTATION.....	30
10.1	Ethischer Diskurs in der Palliativ Care und Intensivmedizin	30
10.2	Schritte ethischer Urteilsbildung.....	30
10.3	Palliativ Care im Akutspital.....	31
10.4	Palliativpatient auf der Intensivstation.....	32
11	SYMPTOMBEHANDLUNG IN DER TERMINALEN PHASE	33
11.1	Schmerz.....	33
11.2	Übelkeit und Erbrechen.....	34
11.3	Agitation	34
11.4	Obstipation	35
12	ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG	37
13	LITERATURVERZEICHNIS.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 4 Abschnitte der Terminalphase.....	16
---	-----------

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun.....	20
--	-----------

0 VORWORT

Seit nunmehr 4 Jahren arbeite ich als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im Bezirkskrankenhaus Lienz auf der Internen Intensivstation mit integrierter Stroke Unit und betreue vorwiegend lebensbedrohlich erkrankte Menschen. Der Arbeitsalltag in diesem Bereich bedeutet zweifelsohne eine außerordentliche psychische und physische Anforderung für das gesamte Ärzte- und Pflegeteam. Die Betreuung der Angehörigen ist eine weitere anspruchsvolle Aufgabe, die es zu erfüllen gilt. Damit der Aufenthalt auf der Intensivstation für alle Beteiligten den Umständen entsprechend so angenehm wie möglich gestaltet werden kann, bedarf es einer bewussten, wertschätzenden Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Patienten¹ sowie auch den Angehörigen.

Aufgrund der Vielfältigkeit der im Pflegebereich auftretenden Situationen ist eine Pflegeperson besonders auf der Intensivstation gefordert, ein gut verständliches und sachlich korrektes Gespräch interdisziplinär als auch mit den Angehörigen und dem Patienten selbst führen zu können.

Da mir diese Attribute im Krankenhausalltag ausgesprochen wichtig erscheinen, habe ich mich für das Thema „Der terminale Intensivpatient“ entschieden. Mit dieser Arbeit möchte ich aufzeigen, wie bedeutend eine intensive Betreuung speziell von Patienten in der letzten Lebensphase ist.

Vorab möchte ich noch festhalten, dass meine Ausarbeitung nicht darauf abzielt, diverse Berufsgruppen „an den Pranger“ zu stellen. Vielmehr steht die Förderung von gegenseitigem Verständnis, Respekt und guter Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Fokus.

An dieser Stelle möchte ich besonderen Dank gegenüber Frau Christina Fischer-Kienberger BA, MA für die Betreuung dieser Abschlussarbeit in Verbindung mit zahlreichen wichtigen wie hilfreichen Informationen aussprechen.

Des Weiteren möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mir während der Klausurerstellung sehr viel Geduld entgegengebracht hat.

¹ Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, werde ich auf die geschlechterspezifische Trennung verzichten. Die männliche Form wird stellvertretend für beide Geschlechter verwendet.

1 EINLEITUNG

Häufig sind Standard-Stresssituationen wie z.B. Reanimationen oder akute internistische Interventionen weit weniger belastend als jene Fälle, bei denen die Pflegeperson erkennt, dass die Sterbephase des Patienten beginnt. Noch bevor Ärzte überhaupt eine Therapiebegrenzung in Erwägung ziehen, wird dieses Stadium bereits vom Pflegepersonal meist intuitiv erkannt. Der Grund dafür liegt darin, dass das Pflegepersonal rund um die Uhr am Patienten arbeitet, für den Patienten da ist und somit die Entwicklung der terminalen Phase beobachten kann (vgl. Junginger, et.al. 2008, S. 194).

In der Sterbephase selbst werden für den Patienten oftmals schmerzhaft Untersuchungen und Interventionen angeordnet, die möglicherweise keine nennenswerte Relevanz für das Wohlbefinden des Patienten mehr haben. Zudem kristallisiert sich durch diverse Gespräche, die seitens der Pflegeperson mit dem Patienten geführt werden, nicht selten heraus, dass der Kranke selbst keine lebensverlängernden Maßnahmen in Betracht zieht. Der Betroffene wünscht sich oftmals vielmehr einen friedlichen, schmerzfreien Tod im Kreise der eigenen Familie (Anmerkung der Verfasserin).

Wenn Pflegepersonen aufgrund der vorliegenden Symptome und der persönlichen Einstellung des Patienten gegenüber Ärzten eine Therapiebegrenzung ansprechen, geraten sie in den meisten Fällen auf heftigen Widerstand. In diesem Zusammenhang sind die ethischen, medizinischen wie auch die ebenso wichtigen rechtlichen Aspekte nicht außer Acht zu lassen (vgl. Junginger, et.al. 2008, S. 194).

In der Abschlussarbeit möchte sich die Verfasserin intensiver den Symptomen der terminalen Phase widmen, die mit der Grunderkrankung in der Regel nichts zu tun haben. Das Augenmerk sollte sich auf die Früherkennung richten, um Folgemaßnahmen so zeitgerecht wie möglich anzuordnen, damit der Patient bestmöglich versorgt ist. Dies sollte das Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus sein. Dem Patienten kann sodann frei von diversen Kathetern, Intubationsversuchen, cardio-pulmonalen Reanimationen sowie schmerzhaften Untersuchungen eine humane Sterbestunde ermöglicht werden. Wie wichtig Kommunikation, Palliativ Care und Palliativmedizin in dieser Phase sind, wird in der Arbeit und in den Ausführungen verdeutlicht.

In weiterer Folge werden diverse Entscheidungskriterien erörtert, welche für Ärzte bezüglich der Frage, ob ihrerseits eine Therapiebegrenzung angeordnet oder unterlassen wird, eine wesentliche Rolle spielen und es wird darauf eingegangen, wie der Part der

Pflege in dieser Situation aussieht, die leider oftmals von diesem Prozess ausgegrenzt bleibt.

Da das Pflegepersonal häufig nur am Rande über medizinische Entscheidungen erfährt, reagiert dieses unweigerlich mit beträchtlichem Unverständnis bezüglich der ärztlichen Vorgehensweise. Darauf baut sich eine zwischen Ärzte- und Pflegeteam angespannte Atmosphäre auf, die in informativen und konstruktiven Gesprächen sowie durch gezielte Zusammenarbeit vermieden werden könnte.

Im Verlauf der Abschlussarbeit möchte die Verfasserin zur Förderung gegenseitigen Verständnisses beide Seiten genauer betrachten und die Bedeutsamkeit wertschätzender Kommunikation gerade in solch prekären Situationen aufzeigen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

„Welche Rolle spielt die diplomierte Pflege in der Entscheidungsphase der Therapiebegrenzung oder Therapieausweitung und welche Aspekte sollten miteinbezogen werden, um eine individuell bestmögliche Versorgung eines terminalen Intensivpatienten zu gewährleisten?“

Es ist noch zu erwähnen, dass sich diese Arbeit vorwiegend auf Patienten bezieht. Wünschenswert wäre die volle Miteinbeziehung der Angehörigen, jedoch würde dies das Ausmaß dieser Abschlussarbeit überschreiten.

2 VORSTELLUNG DES HAUSES

Das Allgemein öffentliche Bezirkskrankenhaus in Lienz wurde 1931 in der Emanuel von Hibler Straße eröffnet. Mit 872 Mitarbeitern (vgl. www.kh-lienz.at) stellt die Institution den zweitgrößten Arbeitgeber in Osttirol dar. Das Haus verfügt über eine Kapazität von 372 Betten (Stand 27.11.2013) (vgl. www.spitalskompass.at).

Aus der Herzüberwachungsstation, die bereits in den 1960er Jahren entstand, vergrößerte sich in den 1980er Jahren das Leistungsspektrum zur internen Intensivstation. Seinerzeit wurden maschinelle Beatmung, Herzschrittmacher, Nierenersatzverfahren, Coronarangiographie und vieles mehr dem Stand der Entwicklung angepasst.

Im Jahre 2000 konnte unter engagierter Mithilfe der Mitarbeiter der medizinischen Intensivstation ein Herzkatheterbetrieb aufgenommen werden, der im Herbst 2013 in neue, moderne Räumlichkeiten umgezogen ist. 2004 wurde die Stroke Unit mit 2 Betten auf der Station implementiert (vgl. www.kh-lienz.at).

Die medizinische Intensivstation verfügt über 8 Intensivbetten. Diese bestehen aus 6 Beatmungsplätzen und 2 Stroke Unit Betten.

Folgende Hauptdiagnosen werden auf der Intensivstation des Bezirkskrankenhauses behandelt:

- akutes Coronarsyndrom,
- Schlaganfall,
- Pneumonie,
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease,
- akutes Nierenversagen sowie
- Pankreatitis.

Aufgrund ihrer Multimorbidität befinden sich Patienten oftmals in einem lebensbedrohlichen Zustand.

3 INTENSIVMEDIZIN

Die deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin beschreibt Intensivmedizin als die Behandlung und Überwachung von Patienten mit Einzel- oder mehreren Erkrankungen bzw. mit Organversagen (vgl. Van Aken 2005, S. 11).

3.1 Definition Intensivmedizin

„Intensivmedizin ist die Versorgung schwerst bis lebensbedrohlich erkrankter Patienten in speziellen Einrichtungen, den Intensivstationen, mit einem über das sonstige Maß weit hinausgehenden medizinischen und pflegerischen Aufwand. Sie setzt sich zusammen aus Intensivüberwachung, Intensivtherapie und Intensivpflege.“ (Larsen 2012, S. 503).

3.2 Intensivtherapie

Intensivtherapie umfasst die mit erhöhtem Aufwand betriebene Überwachung und Behandlung von Patienten mit meist schweren Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems, Stoffwechsels, Nervensystems etc., wobei diese Erkrankungen häufig das Leben des Betroffenen akut gefährden oder gar lebensbedrohlich werden (vgl. Larsen 2012, S. 503).

3.3 Grenzen der Intensivtherapie

Obwohl die Erfolge der Intensivmedizin als unumstritten gelten, werden Vorwürfe dahingehend laut, die Intensivmedizin sei eine seelenlose Maschinenwelt, die ihren Grenzbereich um beinahe „alles Machbare“ erweitere. Dadurch wird dem Patienten manchmal das Recht auf einen würdigen Tod vorenthalten (vgl. Larsen 2012, S. 507).

Seit Jahren wächst das Spannungsfeld zwischen Machbarem und Wünschenswertem, wobei das Machbare durch permanente technologische Neuerungen nahezu grenzenlos erscheint. Werden diverse Methoden der Intensivmedizin zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt, spielt dies definitiv eine wesentliche Rolle in Bezug auf Morbidität und Mortalität. Übereifrig angewandte Medizin kann vielfach, jedoch leider oft lediglich eine leidensverlängernde Wirkung am Patienten bedeuten (vgl. <http://www.medicalforum.ch>).

Erkenntnisse zeigen, dass es in komplexen medizinischen Situationen kaum Wahrheiten, sondern lediglich Wahrscheinlichkeiten gibt. Sämtliche Therapieentscheidungen müssen

belegt und argumentiert werden. Allein aus diesem Grund ist es meist sehr schwierig, therapeutische Entscheidungen zu treffen, da eine große Anzahl von Behandlungsgruppen diesen Fragen aus dem Weg geht. Dadurch mutiert der Intensivmediziner mehr und mehr zum Triagearzt. Als Fazit stellen sich Spitzenmediziner immer häufiger die Frage, ob das unbedingte Überleben des lebensbedrohlich erkrankten Patienten tatsächlich in jedem Fall oberste Priorität hat (vgl. <http://www.medicalforum.ch>).

4 KONSENSUSPAPIER

Die Intensivmedizin hat in den letzten Jahren einen spürbaren Wandel durchlaufen. Der Fortschritt bezüglich neuer und modernisierter therapeutischer Möglichkeiten führt auch zu einer Veränderung grundsätzlicher Positionen der Intensivmedizin gegenüber dem Sterben eines Patienten. Unkritischer Aktionismus, der infolge genauerer und beinahe unbegrenzter medizinischer Möglichkeiten die Vorstellung erweckte, beinahe alles möglich zu machen, wurde weder auf seine Sinnhaftigkeit hinterfragt, noch auf seine Rechtfertigung geprüft. Heute gehören Diskussionen über Therapiebegrenzung sowie deren Beendigung zur täglichen Aufgabe eines Intensivmediziners. In dieser Entscheidungsphase beschäftigt sich der Arzt nicht nur mit einer ethischen Fragestellung. Auch obliegt ihm die Entscheidung der zum Einsatz kommenden, oft nicht unbegrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen (vgl. <http://www.medicom.cc/medicom-de>).

Um betroffenen Mediziner diese äußerst diffizile Entscheidungsphase zu erleichtern, wurde ein sogenanntes Konsensuspapier erstellt. Darin beschäftigen sich Mediziner mit der Würde des Patienten und deren Angehörigen, sobald sich herausstellt, dass intensivmedizinische Maßnahmen ihre Wertigkeit verloren haben. Obschon das Alter nicht als Ausschlusskriterium betreffend einer Aufnahme auf die Intensivstation in Österreich fungiert, ergibt sich durch die Multimorbidität betagter Menschen in Verbindung mit einer akut auftretenden Erkrankung oftmals eine zusätzliche Problematik hinsichtlich der tolerablen Ausweitung der intensivmedizinischen Behandlungsstrategie (vgl. Valentin 2013, S. 292).

Gemäß entsprechender Daten sind für die Mortalitätsprognose zu 14% die Diagnose, zu 73% die bestehende Physiologie bzw. der Gesundheitsstatus und lediglich zu 7% das

Alter verantwortlich. Somit sind der funktionelle Status und die Lebensperspektive nach Überstehen einer lebensbedrohlichen Erkrankung im Vordergrund. Eine Studie, bei der Patienten über 65 Jahren in einem Zeitraum von 12 Monaten nach der Entlassung eines Intensivstationsaufenthaltes beobachtet wurden, zeigt, dass diese eine Mortalitätsrate von 49% aufweisen. Ungeachtet dessen wird die Frage nach der Lebensperspektive vernachlässigt. Eine US-amerikanische Studie zeigt, dass von 500.000 schwer dementen Patienten immerhin 9,1% in den letzten 90 Tagen ihres Leben einen Intensivstationsaufenthalt hatten. Angemerkt sei, dass eine schwere Demenz als terminale Erkrankung einzustufen ist und somit ein Ausschlusskriterium hinsichtlich einer Aufnahme auf die Intensivstation darstellt (vgl. Valentin 2013, S. 293).

4.1 Problematik

Die Problematik in diesem Zusammenhang stellen die lokalen Strukturen des Notfallsystems dar. So werden viele Patienten mit schweren Grunderkrankungen im terminalen Stadium noch intubiert und direkt auf die Intensivstation eingeliefert. 2 deutsche Studien im Bereich des Rettungswesens zeigen, dass unfassbare 46% der Patienten, die sich in einem terminalen Tumorstadium befanden, einer Reanimation unterzogen wurden. Keiner dieser Patienten überlebte länger als 48 Stunden. Aber nicht nur im extramuralen Bereich zeigt sich ein unkritischer Aktionismus bezüglich der Aufnahme auf die Intensivstation. Die unterschiedlichen Herzalarmsysteme der Krankenhäuser fungieren nach ihrer Auslösung meist als automatisierter Aufnahmegrund auf eine Intensivstation. Diese Maßnahme basiert auf der Befürchtung, das Sterben außerhalb der Intensivstation könnte möglicherweise als Versäumnis ausgelegt werden, nicht alles Menschenmögliche getan zu haben. Somit obliegt letztendlich dem Intensivmediziner in alleiniger Verantwortung die Entscheidung über eine Therapieausweitung bzw. Therapiebegrenzung (vgl. Valentin 2013, S. 294 ff).

Die gegenwärtige Frage, ob Schweregrad-Scores wie APACHE oder SAPS, bei denen der physiologische Zustand des Patienten im Verlauf dokumentiert wird, hilfreich sind, um eine aussagekräftige, individuelle Prognose zu erstellen und darüber hinaus Aufschluss über das weitere Vorgehen in der Therapie zu geben, wird vehement verneint. Des Weiteren wird deutlich, dass das Alter eines Patienten kein Ausschlusskriterium für eine Intensivtherapie darstellt. Selbst bei jüngeren Patienten sollte nicht allein das pure Überleben einer Erkrankung als bestimmendes Ziel gesehen werden. Vielmehr wäre es fallweise von Relevanz, das Augenmerk auf die Lebensperspektive der Betroffenen nach einem Intensivstationsaufenthalt zu richten (vgl. Valentin 2013, S. 296).

4.2 Leitsätze zum Konsensuspapier

Vertreter zahlreicher Gemeinschaften aus Medizin und Religion bezogen Stellung zu der Frage, unter welchen Bedingungen diverse medizinische Maßnahmen noch gerechtfertigt erscheinen und unter welchen Kriterien diese beendet werden sollten. Daraus resultiert eine klar definierte Übereinstimmung, dass Intensivmedizin nicht zur Leidens- bzw. Sterbeverlängerung missbraucht werden sollte.

Aus diesem Anlass wurden grundlegende Leitsätze wie folgt entworfen:

1. *„Die Fortführung einer argumentationslosen Therapie ist ethisch nicht vertretbar und kann zudem den Tatbestand einer Körperverletzung darstellen, sofern dadurch irreversible Abläufe lediglich hinausgezögert werden“* (<http://intensivmedizin.at>).

Ein Beispiel dafür wäre das Abschalten der Beatmungsmaschine, sofern durch die weitere Inbetriebhaltung lediglich eine Verlängerung des Sterbeprozesses erreicht werden würde. Kann eine Wiederherstellung lebenswichtiger autonomer Lebensfunktionen nicht eindeutig bejaht werden, so stellt eine Deaktivierung des technischen Gerätes keine lebensverkürzende Maßnahme dar, sondern vielmehr eine gerechtfertigte Handlung, um das Leiden nicht unnötig zu verlängern (vgl. <http://intensivmedizin.at>).

2. *„Sämtliche Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch“* (<http://intensivmedizin.at>).

Wenn selbst nach bestem medizinischen Wissen keine Aussicht auf eine Zustandsverbesserung zu erwarten ist, wie beispielsweise bei einem progredienten Multiorganversagen unter maximaler intensivmedizinischer Therapie, einem terminalen Versagen eines vitalen Organs ohne Möglichkeit auf eine Transplantation oder einer lebensbedrohlichen Erkrankung mit Totalverlust autonomer Lebensfunktionen.

In vielen Fällen werden sterbende Patienten auf die Intensivstation abgeschoben, obwohl diese Abteilung dafür eigentlich nicht zuständig ist (vgl. <http://intensivmedizin.at>).

3. *„Die geplante Aufnahme an eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer potentiell positiven Prognose für das Weiterleben gebunden“* (<http://intensivmedizin.at>).

Führt der Aufenthalt jedoch zum Sterbeprozess, sollte dem Patienten und dessen Angehörigen eine angenehme und würdige Atmosphäre geboten werden, die auf Wunsch auch eine professionelle Sterbebegleitung beinhaltet (vgl. <http://intensivmedizin.at>).

4. *„Sobald sich abzeichnet, dass einem lebensbedrohten Patienten intensivmedizinisch nicht mehr geholfen werden kann, erhält die Umsetzung, dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, oberste Priorität“* (<http://intensivmedizin.at>).

Der Beginn des Sterbeprozesses ist nicht immer genau definierbar. In den meisten Fällen lässt sich dieser erst bei Verlust des Bewusstseins und bei Ausfall lebenswichtiger Funktionen erkennen. Somit unterliegt dem Intensivmediziner die Verpflichtung, permanent die Ziele intensivmedizinischer Maßnahmen zu überprüfen (vgl. <http://intensivmedizin.at>).

5. *„Die Frage nach den Zielen intensivmedizinischer Maßnahmen sowie deren Erreichbarkeit ist im Behandlungsprozess stets aufs Neue zu prüfen“* (<http://intensivmedizin.at>).

In den Entscheidungsprozess sollten bestenfalls alle beteiligten Personen sprich Ärzte, Pflegepersonen sowie Angehörige miteinbezogen werden. Dennoch steht außer Frage, dass die letzte verantwortliche Therapieentscheidung beim zuständigen Intensivmediziner liegt. Für Ärzte steht sozusagen an der Tagesordnung, solch drastische Entscheidungen treffen zu müssen, die in jedem einzelnen Fall eine individuelle Herausforderung darstellen und erhebliche Überwindung kosten (vgl. <http://intensivmedizin.at>).

Da das Treffen von Entschlüssen zwischen Therapieausweitung oder Palliativ Care mitunter zu den schwierigsten Aufgaben des Mediziners zählen, sollte seitens der Pflege bei Unstimmigkeit ein offenes Gespräch mit dem behandelnden Arzt gesucht werden. Hierbei klären sich oft Meinungsverschiedenheiten und die Entscheidung des Arztes wird nachvollziehbarer (Anmerkung der Verfasserin).

Im Anhang befinden sich Beispiele für eventuelles Vorgehen beim Behandlungsplan.

5 TERMINALPHASE

Laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin werden die letzten Lebensabschnitte in 4 Phasen unterteilt:

Phasen	Aktivität	Prognose
1. Rehabilitationsphase	Weitgehend normales gesellschaftliches Leben trotz fortgeschrittener Krankheit	Viele Monate, manchmal Jahre <i>Die letzten Jahre</i>
2. Präterminalphase	Eingeschränkte Möglichkeiten des aktiven Lebens	Mehrere Wochen bis Monate <i>Die letzten Wochen</i>
3. Terminalphase	Bettlägerigkeit, oft Rückzug nach innen oder Ruhelosigkeit	Wenige Tage bis 1 Woche <i>Die letzten Tage</i>
4. Final-/Sterbephase	Zustand „in extremis“, Mensch liegt im Sterben, Bewusstsein nicht auf Außenwelt gerichtet	Einige Stunden bis 1 Tag <i>Die letzten Stunden</i>
TOD		
5. Trauerphase der Angehörigen		

Tabelle 1: 4 Abschnitte der Terminalphase

(vgl. <http://www.medizininfo.de>)

5.1 Definition Terminalphase

„Wenn eine progrediente Erkrankung deutlich die Aktivität des Betroffenen beeinträchtigt. Mit einem raschen Wechsel der Symptome ist zu rechnen, eine engmaschige Betreuung und vermehrte Unterstützung der jetzt noch stärker geforderten Angehörigen ist nötig.“
(<http://www.medizininfo.de>)

5.2 Symptome der Terminalphase

In der Terminalphase stehen häufig Symptome im Vordergrund, welche die Lebensqualität des Patienten drastisch beeinträchtigen. Dennoch führt eine Linderung dieser Krankheitszeichen meist zu neuer Problematik. So zieht z.B. eine effiziente Schmerztherapie eine übermäßige Somnolenz des Patienten nach sich. Diese ist jedoch nicht von Vorteil, da ein gewisses Ausmaß an wacher Aufmerksamkeit für den Patienten wichtig ist, um sich von seinen Angehörigen bewusst zu verabschieden (vgl. <http://www.medizininfo.de>).

Weitere Symptome und deren Auswirkungen sind:

- Leberfunktionseinschränkungen, die zu Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Ödemen, Aszites oder Blutgerinnungsstörungen führen.
- Nierenschwäche, die Übelkeit, Juckreiz und ebenso Ödeme hervorruft, ständiger Harndrang verbunden mit Harnverhalt oder Harninkontinenz.
- Funktionseinschränkungen des Knochenmarks.
- Diverse Magen-Darmbeschwerden, ständiger Stuhldrang mit Stuhlverhalt (wobei ein Darmverschluss nie auszuschließen ist) oder Stuhlinkontinenz
- Atemnot mit typisch terminalem Rasseln.
- Herzkreislaufstörungen.
- Verringerung der Muskelreflexe.
- Veränderung des Gesichtsausdruckes: „Facies hippocratica“, Akren spürbar kälter, fahl, graue Gesichtsfarbe in Verbindung mit kalten Schweißperlen auf der Stirn, Gesicht erscheint spitz durch vorgeschobenes Kinn
- Störungen der Hirnfunktionen, die zu Beeinträchtigungen der vegetativen Aufgaben führen.

Etwa 20% der Patienten in der terminalen Phase leiden an Schluckstörungen. Dies führt unweigerlich zu einer Änderung der Medikamentendarreichungsform. Auch lassen Hunger und Durstgefühl nach. Patienten dürfen in dieser Phase zur Nahrungsaufnahme nicht gedrängt oder gar gezwungen werden (vgl. <http://www.medizininfo.de>).

6 ROLLE DER PFLEGE

Intensivpflegepersonen müssen sich, abgesehen von ihrer fachlichen Kompetenz sowie dem Einbringen qualitativer Dienstleistungen, vor allem mit moralischen Werten und ethischen pflegerischen Aspekten auseinandersetzen. Obwohl die heutige Medizin scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten bietet, ist das Sterben eines Patienten beinahe täglicher Begleiter auf Intensivstationen. Da der Tod einen schmerzlichen Verlust für die Hinterbliebenen darstellt, erhält das Leben demnach eine wesentlich höhere Wertigkeit. Um professionelle Unterstützung leisten zu können, benötigt das Pflegepersonal umfassende ethische Kenntnisse. Zudem wird vom gesamten therapeutischen Team ein gewisses Maß an Akzeptanz moralischer Barrieren gefordert (vgl. Junginger, et.al. 2008, S. 194ff).

6.1 Wertorientiertes Handeln in der Pflege

Wertorientiertes Handeln bedeutet vereinfacht die Anlehnung an gute Werte. Allerdings ist zu bedenken, dass die Bezeichnung „gut“ oder „schlecht“ reine Auslegungssache ist und für jeden Menschen eine individuelle Bedeutung darstellt. Demnach wird eine wertorientierte Handlung nicht zwangsläufig von jeder Person auch als eine solche angesehen (vgl. Junginger, et.al. 2008, S. 193 ff).

„Ärzte und Pflegenden müssen lernen, dass ihre moralische Urteilskompetenz zuerst einmal nicht davon abhängt, was vom Einzelnen für gut und richtig gehalten wird, sondern ob das, was als gut und richtig behauptet und begründet wird, das Beste für den Patienten ist“ (Junginger, et.al. 2008, S. 196).

6.2 Erkennen des Sterbens

Sterben ist in der Regel kein statischer Zustand, sondern ein sich ständig verändernder Prozess, der von erfahrenen Intensivpflegepersonen für gewöhnlich bereits in einer frühen Phase erkannt wird. Mit der Anregung gegenüber behandelnden Ärzten, eine Therapieänderung zu veranlassen erfahren Pflegepersonen einen hierarchischen Widerstand mit vorprogrammierten Konflikten. Diesem Missstand sieht sich die Pflege teilweise hilflos ausgesetzt, zumal sie dadurch auch gegenüber den Angehörigen zwangsläufig oft eine zwiespältige Haltung einnimmt. Familienmitglieder von Patienten wiederum stehen den Differenzen zwischen Ärzten und Pflegepersonal machtlos und ohnmächtig gegenüber. Eine wichtige Aufgabe im pflegerischen Alltag besteht darin, die Angehörigen in den gesamten Sterbeprozess miteinzubeziehen, ein ausführliches Aufklärungsgespräch mit dem zuständigen Arzt zu veranlassen sowie eine vertrauensvolle Basis zwischen Angehörigen, Betroffenen und Pflegepersonen aufzubauen, um sterbenden Patienten eine individuell bestmögliche Betreuung angedeihen zu lassen. Dieser Umstand erfordert ohne Zweifel ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz seitens der diplomierten Pflege (vgl. Junginger, et.al. 2008, S. 194 ff).

7 KOMMUNIKATION

Die Grundlagen menschlicher Kommunikation sind ein sehr wichtiger Bestandteil in der Pflege. Pflegepersonen, die ein fundiertes Grundwissen über Kommunikation aufweisen, sind in der Lage, Konfliktgespräche professionell zu gestalten (Anmerkung der Verfasserin).

Eine der größten Herausforderungen im intensivmedizinischen Alltag stellen die Überbringung schlechter Nachrichten und das Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen dar. Dabei entstehen Missverständnisse in der Verständigung, die oftmals zu schwierigen Situationen führen. Diskussionen darüber, ob ein Patient die uneingeschränkte Wahrheit über den Gesundheitszustand erfahren soll, sind seit den letzten zehn Jahren rückläufig. Zwischenzeitlich gerät die Frage „Wie wird ein Patienten aufgeklärt?“ in den Vordergrund. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass im Großen und Ganzen noch erhebliche Defizite bezüglich Aus- und Weiterbildung hinsichtlich des Führens adäquater Aufklärungsgespräche bestehen (vgl. Senn 2007, S. 380).

7.1 Grundlagen einer guten Gesprächsführung mit Patienten und deren Angehörigen

Das Gespräch mit Sterbenden und deren Angehörigen löst ein allgemeines Unwohlsein bei allen betreuenden Personen aus. Es wird nachgedacht: „Was soll ich sagen?“, „Soll ich etwas sagen?“, „Wie soll ich etwas sagen?“, „Wann soll ich etwas sagen?“. Dabei wünscht sich der Patient kaum Antworten, sondern vielmehr, dass der Gesprächspartner das von ihm Gesagte aushalten kann und zuhört und dass der Patient mit seinen Ängsten, Sorgen und Gedanken nicht alleingelassen wird (vgl. Kränzle 2007, S. 117).

Bei bevorstehenden Unterredungen ist darauf zu achten, dass entsprechende Voraussetzungen gewährleistet sind, um Gespräche über dieses heikle Thema kompetent und einfühlsam führen zu können. Dafür ist die eigene Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer unabdingbar. Wenn der Gesprächspartner sich mit der Vorstellung des eigenen Ablebens noch nicht beschäftigt hat kann die Unterredung mit einem Sterbenden im schlimmsten Fall zu einer unglaublichen Farce werden. Darüber hinaus spielen Wohlwollen, Respekt und Bereitschaft zum Zuhören gegenüber dem Sterbenden eine tragende Rolle. Daher benötigen die betreuenden Personen ein klares Bewusstsein, dass der heilende Satz, das erlösende Wort zu sagen, keine Verpflichtung darstellt und vor allem manchmal nicht möglich ist (vgl. Kränzle 2007, S. 117).

Bei Gesprächen mit Sterbenden und deren Angehörigen kann das Wissen über das Vier-Ohren-Modell von Friedemann Schulz von Thun unterstützend angewandt werden.



Abbildung 1: Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun
(<http://www.schulz-von-thun.de>)

Friedemann Schulz von Thun ist der Begründer des Vier-Ohren-Modells und veranschaulicht mit diesem Konzept, warum das Gesagte beim Empfänger manchmal

nicht so ankommt, wie es vom Sender gemeint bzw. gesagt wurde. Er verdeutlicht, dass aus Gesprächen eine Vielzahl von Missverständnissen resultiert, da Kommunikationsprobleme meist dann entstehen, wenn Sender und Empfänger sozusagen nicht auf der gleichen Frequenz miteinander reden. Schulz von Thun leitet in seinem Modell an, jede Botschaft unter vier Gesichtspunkten zu deuten:

- Die Sachebene
- Der Appell
- Die Selbstoffenbarung
- Die Beziehung zwischen Empfänger und Sender

Somit stellt dieses Modell eine Hilfe in der Kommunikation mit Sterbenden und deren Angehörigen dar. Aktives Zuhören, Aufmerksamkeit zeigen, Botschaften bestätigen und weitere Informationen erbitten sind Attribute, die dem schwerkranken und/oder sterbenden Patienten zeigen, dass er verstanden und akzeptiert wird, wodurch er sich automatisch wohler fühlt. Ein weiterer Aspekt für gute Kommunikation ist, dass sich der Betroffene nicht rechtfertigen muss.

Zu so genannten Killerphrasen zählen Ratschläge, Zurechtweisungen, Belehrungen, Verharmlosungen oder Beurteilungen, durch die ein Gespräch bereits beendet ist, bevor es überhaupt begonnen hat (vgl. Kränzle 2007, S. 119).

7.2 Gespräch mit dem Patienten

Die Frage, ob ein Patient über seine Krankheit wahrheitsgemäß aufgeklärt werden möchte, erübrigt sich aufgrund einer Vielzahl vorliegender Studien, die ein derartiges Interesse bereits eindeutig belegen. Die Problematik liegt vielmehr in der Art und Weise, wie dem Betroffenen der bevorstehende bzw. nahende Tod erklärt wird. Anstelle einer routinemäßigen, unsensiblen Wahrheitsvermittlung wünscht sich der Patient ein offenes, ehrliches und empathisches Gespräch. In einer diffizilen Aussprache sind medizinische Notlügen und prognostische Beschönigungen verständlicherweise verpönt, da diese unweigerlich zu einem Vertrauensbruch im Patienten-Angehörigen-Arzt-Pflegeperson-Verhältnis führen (vgl. Senn 2007, S. 381).

Obwohl zu diesem brisanten Thema juristische Richtlinien vorgegeben sind, in denen Begriffe wie „angemessene Patientenaufklärung“ definiert werden, liegt die Entscheidung über das Wo, Wie oder Wann letztendlich beim behandelnden Arzt. Aus diesem Grund kann eine Vereinheitlichung solcher Gespräche von vornherein ausgeschlossen werden. Es liegt daher nahe, dass ein Aufklärungsgespräch mit einem 85-jährigen, betagten,

schwerhörigen Patienten anders verlaufen wird, als eine Aussprache mit einer 35-jährigen Tumorpatientin (vgl. Senn 2007, S. 381).

Das Gespräch mit Patienten stellt für Pflegefachkräfte oft eine besondere Belastung dar. Vor allem dann, wenn sie ahnen, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten nicht bessern wird und der Betroffene erfahrungsgemäß in naher Zukunft sterben wird, worüber er vom zuständigen Arzt allerdings noch nicht aufgeklärt wurde. Seitens des Patienten an die Verfasserin gerichtete Fragen wie z. B.: „Wann wird es denn besser, Schwester?“, „Werde ich jetzt sterben, Schwester?“, „Sagen Sie ehrlich, Schwester, wie es um mich steht?“ und vielen ähnlich gelagerten Fragen über den weiteren Verlauf des Lebens, stehen Pflegefachkräfte oftmals machtlos gegenüber. Ebenso oft sind sie ratlos gegenüber den Fragen der Angehörigen, die oftmals verzweifelt und weinend am Bett des Betroffenen stehen. Diese können wie folgt lauten: „Schwester, sagen Sie ehrlich, ob mein Vater/meine Mutter/mein Kind das überleben wird?“ In derartigen Fällen wünschen sich viele Pflegefachkräfte manchmal, sie hätten einen anderen Beruf gewählt, um mit solchen unangenehmen Situationen der Machtlosigkeit, Sprachlosigkeit, Betroffenheit und des Mitleids nicht konfrontiert werden zu müssen. Des Weiteren wünschen sich Pflegefachkräfte mehr Möglichkeiten zur Fortbildung mit dem Schwerpunkt Kommunikation sowie den Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen (Anmerkung der Verfasserin).

7.3 Das empathische Gespräch

Die Grundlage für ein empathisches Gespräch sind ein respektvolles Verstehen und Zuhören. Ein empathisches Gespräch kann nur gelingen, wenn alle Urteile, Vorurteile und bestehende Meinungen abgelegt werden. Einfühlsames Zuhören mit dem ganzen Wesen, mit Herz und Ohr, ohne zu bewerten, ohne zu verurteilen, ohne Ratschläge zu geben. Ein gutes Gefühl entsteht, wenn jemand wirklich gut zuhört und nicht den Versuch macht, die Verantwortung für das Gegenüber zu übernehmen. Aufmerksames Zuhören schenkt Vertrauen. Der Wunsch "verstanden zu werden" liegt im Vordergrund. Hingegen führt es meist zu Ärger, Frust und Enttäuschung, fühlt sich der Patient nicht verstanden. Die Gefahr, dass es dann im Gespräch schnell zu einer Haltung der Verteidigung, des Angriffs oder der Rechtfertigung kommen kann, ist groß. Ebenso ist die Gefahr des Vertrauensverlustes hoch. Wenn das Vertrauen fehlt, ist es egal, ob einem der Gesprächspartner eine gute oder schlechte Nachricht überbringen möchte, denn die Worte werden den Gesprächspartner nicht erreichen. Jeder kennt Situationen, in denen

Reaktionen darüber entscheiden, ob eine Eskalation droht oder ob es zu Vertrauen und einem Gefühl des „Verstanden-Werdens“ führt. Deshalb ist es wichtig, eine Sprache zu sprechen, die langfristig eine gute Beziehungsebene schafft (vgl. Brüggemeier 2011, S. 85ff.)

Ein Modell, das im Gesundheitswesen neben den Aspekten von Schulz von Thun, wirkungsvoll eingesetzt werden kann, ist die gewaltfreie Kommunikation nach M. Rosenberg. Sie hilft den Pflegefachkräften und den Patienten gleichermaßen (Anmerkung der Verfasserin).

7.4 Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen

Ebenfalls spielt die gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen eine wichtige und tragende Rolle. Diese gliedert sich in vier Schritte: Beobachtung, Gefühle, Bedürfnisse und Bitten. In der heutigen Gesellschaft wird kaum von Gefühlen und Bedürfnissen gesprochen. Vielmehr wird die Aufmerksamkeit auf den äußeren Fokus gelegt. Mit Hilfe der gewaltfreien Kommunikation kann gelernt werden, den Fokus auf die innere Aufmerksamkeit zu legen, um somit eine ehrliche Aussage, Heilung und Weiterentwicklung zu ermöglichen – sowohl im Gespräch, als auch in der inneren Haltung (vgl. Sears 2012, S. 16).

Schritt 1: Beobachtungen

Seine Beobachtungen nicht mit Gefühlen und Urteilen zu vermengen und sie zum Ausdruck zu bringen, ist der erste Schritt einer klaren Kommunikation. Ein Beispiel: „Du bist zu faul, den Müll rauszubringen“, ist eindeutig eine Beobachtung, welche mit einem Urteil kombiniert ist. Hingegen ist folgende Aussage: „Ich sehe, du hast den Müll nicht rausgebracht“ eine reine Beobachtung (vgl. Sears 2012, S. 16f).

Schritt 2: Gefühle

Gefühle klar auszudrücken, ohne damit andere zu beschuldigen oder zu analysieren, ist für viele Menschen sehr schwierig. Weitaus öfter werden Worte verwendet, die Gefühle mit Urteilen vermengen, wie zum Beispiel: benutzt, missbraucht, manipuliert, vernachlässigt, abgelehnt, betrogen. Solche Wörter lösen meist eine Abwehrreaktion aus. Hingegen schaffen Gefühlsworte wie verletzt, traurig, ängstlich, froh, begeistert, verwirrt und überrascht Verbundenheit (vgl. Sears 2012, S. 17).

Schritt 3: Bedürfnisse

Ein Leitsatz der gewaltfreien Kommunikation ist, dass hinter jedem Verhalten ein Bedürfnis steht. Wird das dahinter stehende Bedürfnis erkannt, kann Vertrauen aufgebaut werden und im Gespräch und Verhalten zu mehr Selbsterkenntnis verhelfen. Viele sind dafür bestraft worden, eigene Bedürfnisse auszudrücken. Dies sei egoistisch und rücksichtslos. Jedoch können die Bedürfnisse eines anderen Menschen oder Patienten nur dann verstanden und erkannt werden, wenn die eigenen Bedürfnisse bewusst sind. Wenn dies gelingt, entsteht die Erkenntnis, dass sich die grundlegenden Bedürfnisse im Gegenüber spiegeln und Barrieren abschaffen, Konflikte lösen und gemeinsam durch wertschätzende Kommunikation eine Vertrauensbasis aufgebaut werden kann (vgl. Sears 2012, S. 17f).

Schritt 4: Bitten

Sind Bedürfnisse klar erkannt, gibt es zwei Arten von Bitten: die Verbindungsbitte und die gezielte Bitte um eine Lösung. Die verbindliche Bitte könnte so klingen: "Wie geht es dir, wenn du das, was ich gerade gesagt habe, hörst?". Die gezielte Bitte würde so lauten: "Wärst du bereit, mir beim Lagern des Patienten zu helfen?". Bitten werden in positiver, aktionsorientierter Sprache gestellt (vgl. Sears 2012, S. 18).

7.5 Kommunikationsmuster von Pflegekräften

Patienten sind die Leidtragenden, wenn Pflegekräfte nicht harmonisch zusammenarbeiten und ihre Pflegemaßnahmen nicht adäquat aufeinander abstimmen. Es kann zu ungesunden Reaktionen führen, wenn die Kommunikationsdynamik in einem Pflorgeteam entgleist. Wie schon erwähnt, können sich Unstimmigkeiten negativ auf den Patienten auswirken, wenn dieser von gestresstem Pflegepersonal häufig schroff und ungeduldig betreut wird. In der Regel wollen Pflegekräfte helfen, jedoch können sie mit der angewandten und teilweise so erlernten Kommunikationsart die Bedürfnisse und Gefühle der Patienten nicht erkennen. Schnell wird das Kommunikationsmuster des "Ratschlag-Gebens" angewandt. Dieses "Ratschlag-Geben" kann dann aber zu prekären Situationen führen, wenn der Patient diesen Ratschlag befolgt und nicht der gewünschte Effekt eintritt oder wenn er keine Ratschläge, sondern Verständnis möchte. Dann können Äußerungen folgen wie diese: "Ja, die Schwester hat das gesagt". Ratschläge zu erteilen nimmt dem Patienten die Möglichkeit, eigene Antworten zu finden, verhindert, dass er für sich selbst die Verantwortung übernehmen kann und bestärkt das Gefühl der Hilflosigkeit. Würde in vielen Situationen geklärt werden, welche Bedürfnisse, Gefühle und Probleme den Patienten beschäftigen, würden sehr viele Konfliktsituationen erst gar nicht entstehen und es könnte

sich ein harmonisches Verhältnis zwischen allen Beteiligten entwickeln (vgl. Sears 2012, S. 62).

8 RECHTLICHE ASPEKTE

„Leben ist alles – und Sterben nur ein Betriebsunfall“ (Russegger, T. 2003, S. 46).

Solche und ähnliche Überschriften diverser Artikel stehen in Zeitschriften. Der Tod als solcher ist medizinisch nicht vorgesehen und gilt daher als Störfaktor, der unwiderrufliches Scheitern hervorruft. Gemäß §49 des Arztegesetzes ist ein Arzt verpflichtet, nach bestem Wissen und Gewissen zu beraten und zu behandeln. Somit bildet der ärztliche Behandlungsvertrag die Grundlage der Patienten-Arzt-Beziehung. Weiterhin verpflichtet sich der Arzt, dem Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Jedoch gilt eine medizinische Versorgung ohne Einwilligung des urteils- und einsichtsfähigen Patienten laut Strafgesetzbuch als eigenmächtige Heilbehandlung, die strafrechtliche Konsequenzen nach sich zieht. Davon ausgenommen sind Situationen, in denen „Gefahr in Verzug“ ist (vgl. Russegger 2003, S. 46).

8.1 Aktive Sterbehilfe

Laut Gesetzbuch ist aktive Sterbehilfe in Österreich verboten und wird bei Zuwiderhandlung mit einer Freiheitsstrafe von zehn bis 20 Jahren oder gar lebenslänglich bestraft. Ebenfalls strafbar ist das Töten auf Verlangen (vgl. Russegger 2003, S. 46).

Laut einer repräsentativen Studie der Medizinischen Universität Graz, die im Februar 2010 eine Umfrage mit 1000 Österreichern durchführte, sind 62% der Befragten für aktive Sterbehilfe (vgl. www.meduni-graz.at).

8.2 Passive Sterbehilfe

Nicht untersagt ist dem Arzt hingegen die indirekte Euthanasie. Hierbei steht nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis im Vordergrund, sondern die Schmerzlinderung. Ein eventueller frühzeitiger Todeseintritt als Nebenwirkung wird durch die Verabreichung hochdosierter Schmerzmittel in Kauf genommen und ist somit nicht strafbar. Die Behandlungspflicht des Arztes erlischt ebenso bei fehlender Zustimmung eines urteils-

und einsichtsfähigen Patienten durch das Selbstbestimmungsrecht. Dies gilt auch bei Behandlungsverweigerung durch gesetzliche Vertreter oder Sachwalterschaft. Ist der Patientenwille jedoch nicht eindeutig, tritt wiederum der Lebensschutz in Kraft (vgl. Russegger 2003, S. 46ff).

Laut der zuvor genannten Grazer Studie sind sogar 78% der an der Studie beteiligten Österreicher für passive Sterbehilfe (vgl. www.meduni-graz.at).

8.3 Patientenverfügung ist der Schritt zur Selbstbestimmung

Die Patientenverfügung gewinnt seit einigen Jahren immer mehr an Bedeutung. Für den Fall einer schweren Krankheit, durch die der Betroffene außer Stande ist sich selbst und somit seinen Willen zu äußern, besteht die Möglichkeit, diesen schriftlich festzuhalten. In dieser Niederschrift werden detaillierte Angaben über diverse lebensverlängernde Maßnahmen wie z. B. Beatmung, Nierenersatztherapie, Schmerztherapie oder eventuelle weitere Versorgung in einem Hospiz usw. festgelegt (vgl. Ackermann-Grüger, et. al. 2006, S. 33).

Die Entscheidung für eine solche Patientenverfügung wird in den meisten Fällen spontan getroffen. Die Angst vor Abhängigkeit und sinnlosen lebensverlängernden Maßnahmen verleitet zu diesem Schritt. Tritt der Ernstfall ein, ist der Überlebenswille oftmals stärker als die vorherige Vernunftentscheidung, denn bekanntlich stirbt die Hoffnung – selbst in aussichtslosen Situationen – zuletzt. Somit wird die verantwortungsvolle Entscheidung über Therapiebegrenzung wieder an Dritte abgeschoben. Dabei handelt es sich meist um Angehörige, die in dieser äußerst schwierigen Phase überfordert sind. Bis 2005 gab es keine rechtliche Grundlage für ein Patientenverfügungsgesetz (vgl. Ackermann-Grüger, et. al. 2006, S. 34).

Erst seit 2006 wurde die Patientenverfügung gesetzlich geregelt. Dieses Gesetz regelt die Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung. Damit werden eine verbindliche und eine beachtliche Verfügung voneinander unterschieden. Wobei eine verbindliche Patientenverfügung einer ausführlichen Aufklärung, einer Errichtung und einer 5-jährigen Erneuerung bedarf. Werden diese Vorschriften eingehalten, ist der Arzt dazu verpflichtet den Patientenwillen auszuführen. Hingegen ist eine beachtliche Patientenverfügung für einen Arzt nicht verbindlich. Im Krankenhaus und vor allem bei Notfällen ist der Mediziner nicht dazu verpflichtet, eine Patientenverfügung zu suchen, wenn Gefahr in Verzug ist, wodurch die Entscheidung über einen etwaigen Therapierückzug beim zuständigen Mediziner liegt (vgl. bmg.gv.at).

9 ETHIK

Das Kernziel der Medizin ist darauf ausgerichtet, physisch und psychisch in Not geratenen Menschen zu helfen. Aus diesem Grund kann sich die Medizin nicht auf das bloße Erkennen einer Gesundheitsstörung beschränken. Im Gegensatz zu den Naturwissenschaften, in denen es primär um reine Feststellungen geht, soll sie hingegen Abhilfe schaffen. Diese praktische Zwecksetzung ist es, die die Basis der Medizin ausmacht. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse bilden zwar die Grundlage für viele segensreiche Entwicklungen in der Medizin, doch um diese Theorien in die Praxis umzusetzen, braucht es medizinische Fachleute, die diese Fortschritte gegenüber den Patienten zur Anwendung bringen. Ein Mensch mit gesundheitlichen Defiziten ist in seiner Hoffnung auf Heilung auf die Medizin angewiesen. In seiner Hilflosigkeit vertraut er darauf, dass Ärzte ihm die bestmögliche Behandlung zukommen lassen. Gute Medizin kann nur in Verbindung mit guten Naturwissenschaften und einer Reflexion auf die Frage nach gutem Handeln realisiert werden (vgl. Maio 2009, S. 1).

9.1 Ethik Begriffsbestimmung

„Ethik ist die selbstreflexive Theorie der Moral, d.h. die Reflexion, welche das menschliche Handeln anhand der Beurteilungsalternativen von Gut und Böse bzw. von Gut und Schlecht auf seine Sittlichkeit überprüft.“ (Körtner 2004, S. 16)

Wie bereits erwähnt tragen behandelnde Ärzte letztendlich die alleinige Verantwortung für Entscheidungen, die am Krankenbett getroffen werden. Dabei sind sie angehalten, dem Willen des Patienten gerecht zu werden. Zudem muss noch eine Vielzahl weiterer Aspekte in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Als äußerst schwierig erweist sich die Situation, wenn der Wille des Patienten nur schwer bis überhaupt nicht erkennbar ist. Dies ist unter anderem dann der Fall, wenn der Betroffene verwirrt ist oder sich in komatösem Zustand befindet. Bei einer solchen Konstellation ist der Mediziner gut beraten, die Kommunikation zu den pflegenden bzw. betreuenden Personen zu suchen. Der behandelnde Arzt hat die Ansichten und Wünsche der Angehörigen zu berücksichtigen, denn in der Folge treffen bei Entscheidungsfindungen am Krankenbett über eventuelle Therapieeinschränkungen oder Therapierückzug unterschiedlichste Ansichten, Zielvorstellungen und Werte aufeinander (vgl. Dörfler 2005, S. 40).

Zur Veranschaulichung dieser Problematik beschreibt Dörfler drei Fälle:

Fall 1:

Frau L., 67 Jahre alt, liegt nach einem schweren Verkehrsunfall seit 3 Wochen im Koma. Laut ärztlicher Diagnose wird Frau L., sofern sie diesen Zustand überlebt, massive neurologische Beeinträchtigungen aufweisen. Der drohende Totalausfall des Sprachzentrums sowie eine ganzheitliche Lähmung der Arme und Beine veranlassen die Ärzte zu der Überlegung, ob das Weiterführen einer künstlichen Beatmung sinnvoll erscheint.

Fall 2:

Herr S., 89 Jahre, leidet seit 12 Jahren unter Morbus Alzheimer und wird zuhause von seiner Frau liebevoll versorgt. Dennoch kommt es aufgrund fortgeschrittener Schluckstörungen häufig zu Infektionen der Lunge. Infolgedessen ist der erforderliche Kalorienbedarf von Herrn S. unter Beibehaltung der normalen Nahrungsaufnahme nicht mehr gewährleistet. Daher stellt sich die Frage nach dem Einsatz einer Ernährungssonde.

Fall 3:

Thomas M., geboren in der 26. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 650 Gramm, liegt seit 4 Wochen im Wärmebett. Er wird über einen Tubus künstlich beatmet und zeigt seit einigen Tagen keinerlei Regungen mehr. Trotz hochmoderner Technologie können die Ärzte keine genauen Angaben darüber machen, ob das Gehirn von Thomas noch ausreichend durchblutet wird, um irreparable Dauerschäden auszuschließen. Daher stellt sich die Frage, ob eine Therapieausweitung überhaupt sinnvoll erscheint.

Solch alltägliche Entscheidungssituationen zeigen, dass der behandelnde Arzt juristisch gesehen eine klare Fortsetzung der Therapie zu veranlassen hat. Im Fall von Frau L. versuchen die Ärzte eine Entscheidung in Absprache mit ihren beiden Söhnen zu treffen, die sich jedoch bezüglich des weiteren Vorgehens ebenfalls uneinig zeigen. Im Beispiel von Herrn S. lehnt dessen Gattin die angesprochene Ernährungssonde strikt ab, obwohl die Ärzte diese Maßnahme als medizinische Notwendigkeit erachten. Währenddessen stehen die Eltern von Thomas täglich bangend an seinem Bettchen und hoffen, dass alles gut wird. Parallel dazu versuchen sie sich jedoch ein Leben mit ihrem höchstwahrscheinlich schwer behinderten Sohn vorzustellen.

Alle betroffenen Ärzte wissen um weit mehr als die medizinischen Argumente. Von daher fällt eine angemessene Entscheidung meist extrem schwer und bringt den Verantwortlichen unweigerlich in einen Gewissenskonflikt. Wünschenswert wäre daher ein

Ethikkomitee. Dieses besteht aus kompetenten Beratern, die dem Patienten neutral gegenüber stehen und somit objektive Beurteilungen abgeben können. Die Aufgabe eines solchen Beraterteams besteht primär in der Kommunikationsförderung aller beteiligten Personen. Sobald jeder Ängste und Wünsche bezüglich des weiteren Therapievorgehens geäußert hat, wird das Ergebnis innerhalb des Teams besprochen. Eine solche oder ähnliche Vorgangsweise kann zu einer wesentlichen Entscheidungshilfe beitragen (vgl. Dörfler 2005, S. 41ff).

9.2 Die Einsamkeit des Sterbens

Das Sterben an sich stellt eine große gesellschaftliche Besorgnis dar. Gedanken über das eigene Ableben oder den Tod von Angehörigen bzw. Bekannten werden verdrängt, da sie mit Angst und Unsicherheit behaftet sind. Mit diesen belastenden Ängsten sind die Menschen oftmals auf sich alleine gestellt (vgl. Körtner 2004, S. 191).

Folgende Visionen können Auslöser für Ängste darstellen:

- Unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen,
- Angehörigen sowie der Gesellschaft zur Last zu fallen,
- seiner Würde und Selbstbestimmung beraubt zu werden,
- gegen den eigenen Willen einer Lebens- und Leidensverlängerung ausgeliefert zu sein,
- im Sterben alleine gelassen zu werden und
- durch Mangel an einer medizinischen und pflegerischen Unterstützung eine Lebensverkürzung erfahren zu müssen (vgl. Körtner 2004, S. 191).

Würde sich die Gesellschaft verstärkt der Aufgabe zuwenden, sowohl der Angst als auch der Einsamkeit im Sterbeprozess entgegenzuwirken, entstünden förderliche, neue Kulturen und Solidaritäten mit dem Sterbenden und dessen Angehörigen. Diskussionen um menschenwürdiges Sterben sollten sich nicht auf Krankenhäuser und Intensivstationen beschränken, sondern vielmehr auch in Wohn- und Pflegeheimen bewusst angesprochen und diskutiert werden (vgl. Körtner 2004, S. 192).

10 PALLIATIVPFLEGE AUF DER INTENSIVSTATION

Palliativmedizin wird meist nur in Zusammenhang mit bösartigen Tumorerkrankungen im Endstadium eingesetzt. Der Gedanke an Palliativmedizin auf der Intensivstation erscheint etwas widersprüchlich, dennoch nehmen Patienten, die an einer nicht tumorösen lebensbedrohlichen Erkrankung leiden und auf der Intensivstation behandelt werden, immer mehr zu (vgl. www.springermedizin.at).

10.1 Ethischer Diskurs in der Palliativ Care und Intensivmedizin

Einerseits sind aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts eine Lebensverlängerung sowie eine Verbesserung der Lebensqualität für Betroffene möglich. Andererseits wird das Leben mit Hilfe der ausgereiften Technik oftmals ungewollt und teilweise auch qualvoll verlängert. Dieser Konflikt entwickelt sich meist auf Intensivstationen und kann nur dann zufriedenstellend gelöst werden, wenn alle Beteiligten auf kommunikativem Wege zueinander finden und über die weitere Vorgehensweise offen und ehrlich diskutieren (vgl. Oehmichen 2007, S. 546 f).

Auf Intensivstationen findet eine Klärung der alles entscheidenden Frage statt, zu welchem Zeitpunkt der kurative Weg verlassen werden soll und das palliative Ziel in den Mittelpunkt zu stellen ist. Die Entscheidungsfindung fällt bei den Beteiligten häufig asynchron aus. Zudem bleiben Sichtweisen betroffener Personen nicht konstant. Diese ändern sich in allen Stadien der Erkrankung eines Patienten relativ häufig.

Es wird daher empfohlen, medizinische Behandlungsentscheidungen grundsätzlich einer ethischen Urteilsbildung zu unterziehen (vgl. Oehmichen 2007, S. 546 f).

10.2 Schritte ethischer Urteilsbildung

1. Schritt: Situationsanalyse:

In der Analyse werden verschiedene Ebenen miteinander und untereinander betrachtet.

- Medizinische Ebene: dazu zählen die gesamte medizinische Diagnostik, genaue Anamnese und bisherige Behandlungsstrategie.
- Pflegerisch-therapeutische Ebene: die Perspektiven der Pflegenden sowie des gesamten Behandlungsteams sind zu berücksichtigen und eventuelle Probleme und Ressourcen des Patienten werden auf dieser Ebene eruiert.

- Patientenebene: selbstverständlich sind Lebens- und Wertvorstellungen, Wünsche und persönliche Anschauungen des Patienten in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Des Weiteren gilt in Erfahrung zu bringen, inwieweit der Patient über das Ausmaß seiner Erkrankung Bescheid weiß.
- Ethische Ebene: diese Ebene zielt auf die Analyse ab, welche ethischen Werte und Normen in Frage kommen, wie zum Beispiel: Respekt vor Autonomie, Schadensbegrenzung oder Schmerzbegrenzung, Wohlbefinden. Hier gilt es zu erkennen, welche Konflikte in der entsprechenden Situation entstehen können.

2. Schritt: Handlungsalternativen:

- Medizinische Ebene: in dieser Phase werden sämtliche prognostische Möglichkeiten sowie unterschiedliche Meinungen verschiedenster Experten in die Diskussion der Entscheidungsfindung miteinbezogen und erörtert.
- Pflegerisch-therapeutische Ebene: es wird die Gesamtheit pflegerischer und therapeutischer Möglichkeiten und Optionen in Betracht gezogen.
- Patientenebene: in dieser Stufe werden eventuelle Ressourcen des Patienten zur Einschätzung dafür ermittelt, welche Bewältigungsstrategien für den Erkrankten noch verfügbar sind bzw. mobilisiert werden können.
- Umgebungsebene: zu überdenken sind diverse familiäre Unterstützungsmöglichkeiten, die in der Umgebungsebene eine bedeutende Rolle spielen. Dazu zählen vor allem auch rechtliche Aspekte.

3. Schritt: Abwägung:

Letztendlich ist in allen Ebenen eine Abwägung der Situation notwendig. Unter Berücksichtigung aller gesammelten Fakten werden medizinisch versierte Behandlungsstrategien diskutiert und erörtert.

4. Schritt: Entscheidung und Dokumentation:

Unterschiedlichste Erkenntnisse werden letztendlich zu einer zielführenden Entscheidung geformt, um im Krankenblatt eine präzise und nachvollziehbare Dokumentation vorzufinden. Personen, die in die Entscheidung miteinbezogen wurden, sind ebenfalls zu protokollieren (vgl. Oehmichen 2007, S. 546 f).

10.3 Palliativ Care im Akutspital

Im Akutspital wird eine Betreuung von Patienten, die sich am Ende ihres Lebens befinden, nicht als Kernaufgabe gesehen. Ebenso wenig die Betreuung und die Begleitung von

deren Angehörigen. Vielmehr dienen Akutspitäler der Heilung und Behandlung von unmittelbar auftretenden Erkrankungen. Obwohl Menschen am Lebensende in den meisten Fällen den Wunsch verspüren, in ihrer vertrauten Umgebung sterben zu wollen, wird der Sterbende heutzutage in Hospitälern abgeschoben. Da in vielen Fällen weder häusliche noch menschliche Ressourcen zur Verfügung stehen, werden unheilbar kranke Menschen erst noch hospitalisiert, um dort zu sterben. Statt Erleichterung über einen adäquaten Sterbeplatz zu verspüren, werden von Seiten der Angehörigen etliche Aspekte kritisiert. So beklagen sie sich über ungünstige Räumlichkeiten, fehlende organisatorische Rahmenbedingungen oder unzulängliche Symptombehandlungen. Zur Beseitigung genannter Faktoren ist ein integriertes und aktives Palliativteam in jedem Akutspital eine Unterstützung, um organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen für eine optimale Betreuung von Patienten, die am Ende ihres Lebens stehen, zu schaffen (vgl. Spichiger 2007, S. 458 f).

10.4 Palliativpatient auf der Intensivstation

Eine besondere Herausforderung stellt der Palliativpatient auf der Intensivstation für Ärzte und Pflegepersonal dar. Da bei den meisten Palliativpatienten der Sterbevorgang bereits begonnen hat, ist eine Transferierung auf eine Normalstation kontraproduktiv. Da zwischen den Pflegepersonen, dem Patient, wenn er noch bei Bewusstsein ist, und deren Angehörigen schon während des Intensivaufenthaltes ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde, wird eine Verlegung auf eine andere Station und in eine neue Umgebung oft problematisch. Auch kann die Behandlung von somatischen Beschwerden auf der Intensivstation besser gehandhabt werden. Nichtinvasive Beatmung, Sauerstoffgabe bei akuter Atemnot, adäquate Schmerzbehandlung, kurzzeitige Nierenersatztherapie usw. stellen gängige Behandlungsstrategien dar. Ebenso wichtig sind die räumlichen Gegebenheiten. Die Möglichkeit eines Einzelzimmers mit Licht und Lärmschutz ist vorteilhaft, um höchstmöglichen Komfort beim Sterben für den Patienten und deren Angehörigen zu gewährleisten (vgl. www.springermedizin.at).

11 SYMPTOMBEHANDLUNG IN DER TERMINALEN PHASE

Ohne Arzneimittel wäre eine gute Symptomkontrolle nicht möglich. Jedoch ist auf ein adäquates Allgemeinverständnis für Pharmakologie und besondere Voraussetzungen bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen zu achten. Die Funktionseinschränkung meist mehrerer Organe erfordert ein umfangreiches Wissen über die Wirkungsweise der zu verabreichenden Pharmaka (vgl. Bruera 2007, S. 240).

Nachstehend einige Symptome, die speziell am terminalen Intensivpatienten beobachtet werden:

11.1 Schmerz

Schmerz ist sehr komplex und wird in zahlreiche Stadien eingeteilt. Von daher kann das Messen allein mit z.B. einer Visuellen Analogskala der Multidimensionalität dieses Symptoms nicht immer auf ganzer Linie gerecht werden (vgl. Büche 2007, S. 159).

Kurzzeitige und einseitige Schmerztherapiestrategien sollten vermieden werden. Ratsamer wäre es, dem Patienten zu zeigen, dass nicht nur sein Schmerz wahrgenommen wird, sondern dass er ganzheitlich betrachtet wird und dass die Betreuer um ihn bemüht sind. Deshalb ist eine multimodale (kombinierte) Schmerztherapie vorzuziehen. Diese umfasst in der Regel körperliche Aktivität und Entspannung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen und letztendlich medikamentöse Therapie bis hin zur palliativen Sedierung, um das Leiden durch gewollte Bewusstseinsbeeinträchtigung zu lindern (vgl. Büche 2007, S.156 ff).

Nachteile der palliativen Sedierung werden aus pflegerischer Sicht als problematisch dargestellt. Bei einer palliativen Sedierung ist der Patient kognitiv wie kommunikativ stark eingeschränkt. Wünsche und Bedürfnisse können meist nicht richtig artikuliert werden. Die Pflegefachkraft läuft Gefahr, tief sedierte Patienten als leblose Objekte anzusehen. Solche veränderten Interaktionen werden von Angehörigen besonders intensiv wahrgenommen. Schon allein aus diesem Grund ist es von enormer Bedeutung, auch bewusstseinsbeeinträchtigten Patienten mit verbaler und nonverbaler Achtung gegenüberzutreten (vgl. Weixler 2007, S. 582).

11.2 Übelkeit und Erbrechen

Zu den häufigsten Symptomen einer terminalen Erkrankung zählen Nausea und Emesis. Diese Krankheitszeichen mindern die Lebensqualität zum Teil erheblich und beeinflussen den Tagesablauf zudem in erhöhtem Maße. Mögliche Folgen anhaltender Übelkeit können unter anderem Rückzug, Entkräftung, Gewichtsabnahme, Dehydration, Depression und massive Beziehungsstörungen zum therapeutischen Team sein. Wenn Übelkeit eine erkennbare Ursache hat, ist diese kausal zu behandeln. So kann sich die Übelkeit schnell bessern z.B. bei Hyperkalzämie durch Flüssigkeitsgabe und Bisphosphonattherapie. Zudem sind bei absehbarer Übelkeit prophylaktische Maßnahmen zu treffen, z.B. 3 x 5 Tropfen Haloperidol bei Beginn einer Opioidtherapie (vgl. Schuler/Schubert 2007, S. 272 ff).

11.3 Agitation

Agitation ist ein Zustand psychomotorischer Unruhe und gesteigerter körperlicher Erregbarkeit, die der Betroffene selbst nicht mehr unter Kontrolle hat. Ursachen und Auslöser solcher Erregungszustände können physisch, psychisch, spirituell oder soziale Not sein. Schwere körperliche Erkrankungen können mit einer solchen Agitiertheit beginnen und im weiteren Verlauf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten anzeigen. In weiterer Folge sind akute Verwirrheitszustände und Delirien nicht auszuschließen (vgl. Hempel 2007, S. 316 f).

Meist werden zur pharmakologischen Therapie Psychopharmaka und bei symptomgetriggelter Agitiertheit evtl. Analgetika, Antibiotika und fiebersenkende Mittel eingesetzt. Wobei die Entscheidung über eine medikamentöse Behandlung unter den Gesichtspunkten der Lebens- bzw. Leidensverlängerung stehen sollte. Im Vordergrund steht die Zuwendung und einfühlsame Kommunikation. In erster Linie benötigen agitierte Patienten Zeit und Ruhe, Sicherheit und Aufmerksamkeit. Sofern es der Patient zulässt kann körperliche Zuwendung wie z.B. Streicheln, in den Arm Nehmen oder gemeinsames Wiegen des Oberkörpers beruhigen. Dies kann auch bei bewusstseinsingeschränkten Patienten entspannend wirken. Nicht nur für den betroffenen Patienten und die Pflegeperson stellt eine solche Agitation eine enorme Belastung dar, sondern auch für Angehörige. Halten Familienmitglieder oder nahe Bezugspersonen Sitzwache, so kann dies ebenfalls beruhigende Auswirkungen haben. Jedoch benötigt es Fingerspitzengefühl, eine Person zu finden, die dieser belastenden Situation gewachsen ist und vom Patienten

auch akzeptiert wird. Zugleich sollte die Kommunikation einfühlsam und ruhig verlaufen. Im erregten Zustand des Patienten ist es nicht ratsam, sich auf Diskussionen einzulassen, da diese oftmals den Erregungszustand des Patienten verschlimmern. Im ungünstigsten Fall wird sogar die Pflegeperson selbst von der emotionalen Unruhe des Patienten angesteckt (vgl. Hempel 2007, S. 318 f).

Solche Erregungszustände werden im Arbeitsalltag häufig beobachtet. Wie bereits von Hempel erwähnt ist die Ansteckungsgefahr der Erregbarkeit bei der Betreuung von agitierten Patienten sehr beträchtlich. Des Weiteren verschlimmern Zeitdruck und strukturelle Gegebenheiten solche Situationen. Mehr Zeit für den terminalen Intensivpatienten, Aufmerksamkeit und personelle Ressourcen können Abhilfe schaffen. (Anmerkung der Verfasserin)

11.4 Obstipation

Obstipation ist die unregelmäßige, verzögerte Entleerung von trockenem, hartem und häufig schmerzhaftem Stuhlgang. Gespräche mit Patienten über deren Defäkation gehören zum Alltag auf Intensivstationen. Das Pflegepersonal braucht Verständnis für das Schamgefühl des Patienten und sollte gegebenenfalls über Ursachen und geplante Maßnahmen zur Stuhlregulation aufklären. Die Auslöser für Obstipation sind meist organisch und funktionell. Unter organische Ursachen fallen sämtliche neuromuskuloskelettale Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, endokrine Erkrankungen wie Diabetes mellitus sowie Tumorerkrankungen. Ein Verdacht auf Ileus kann und darf ebenso nie ausgeschlossen werden. Unter funktionelle Ursachen fallen die verlangsamte Kolonpassage, Immobilität, ballaststoffarme Kost und Arzneimittelnebenwirkungen. Patienten mit einer Opiattherapie leiden zu 90% an Obstipation. Somit ist eine ausreichende Obstipationsprophylaxe sehr wichtig. Neben Völlegefühl, kolikartigen Schmerzen und Meteorismus können auch Stuhlinkontinenz, Verwirrtheit, Unruhe und häufig auch Störungen der Nachtruhe auftreten (vgl. Schubert/Schuler 2007, S. 279 f).

Bei zunehmendem Fortschreiten der Erkrankung wird Unterstützung bei der Ausscheidung erforderlich. Die Folgen sind erhöhtes Scham- und Ekelgefühl, Hilflosigkeit und die Unterdrückung des Stuhldranges. Vorbeugende Maßnahmen wie z.B. Erhöhung der Trinkmenge, ballaststoffreiche Ernährung und forcierte Mobilisation sind bei

terminalen Patienten häufig nicht mehr durchführbar. Somit zählt die medikamentöse Therapie zu den wirkungsvollsten Maßnahmen im Fall einer Obstipation. Aus pflegerischer Sicht sollte die Verrichtung der Notdurft ohne Zeitdruck und unter Berücksichtigung der Gewohnheiten des Patienten erfolgen. Ein besonderes Augenmerk gebührt auch der Analpflege. Feuchte Tücher und weiches Toilettenpapier sorgen beim Patienten für Wohlbefinden (vgl. Schubert/Schuler 2007, S. 280 f).

Obstipation, einhergehend mit allgemeinem Unwohlsein, Unruhe und permanentem Stuhldrang stellen die am häufigsten zu beobachtenden Symptome bei Patienten im letzten Lebensabschnitt dar. Erschwerend kommt hinzu, dass die meisten wachen Patienten die Defäkation nicht im Bett durchführen können und auf den Leibstuhl mobilisiert werden müssen. In der Regel ist dies ein schwieriges Unterfangen, da die Betroffenen in ihrer Mobilität meist massiv eingeschränkt sind und ihr Herz-Kreislaufsystem durch diese Tortur stark belastet wird. (Anm. der Verfasserin)

12 ZUSAMMENFASSEND E DARSTELLUNG

Eine der schwierigsten Situationen auf der Intensivstation ist die Erkenntnis, dass die letzte Stunde eines Menschen naht, nachdem alle Bemühungen und wissenschaftlich-medizinischen Errungenschaften ihm nicht mehr helfen können. Nicht nur Patienten selbst, auch deren Angehörige fühlen sich dieser Situation hilflos ausgesetzt. Sterben bedeutet auch für das gesamte Pflege- und Ärzteteam eine Herausforderung, die im Alltag integriert werden muss. Das primäre Ziel der Ärzte und Pflegepersonen auf Intensivstationen ist es, Menschenleben zu retten. Dennoch werden sie beinahe täglich mit Situationen konfrontiert, die sie das gesetzte Ziel trotz aller Bemühungen nicht immer erreichen lässt.

Aufgrund der in der Einleitung gestellten Forschungsfrage, ob die Pflege in der Entscheidungsphase der Therapiebegrenzung eine Rolle spielt, wird festgestellt, dass die Pflege nur zu einem geringen Teil in dieser terminalen Phase bei der Entscheidung involviert ist. Aufgrund sozialer und lokaler Strukturen sowie aufgrund des allgemeinen Umgangs der Öffentlichkeit mit Sterben und Tod im Allgemeinen kristallisiert sich heraus, dass der Intensivmediziner im Grunde unfreiwillig in die Rolle des „Buhmannes“ gedrängt wird. Nachdem die Gesellschaft den Tod als Versäumnis, nicht alles getan zu haben, ansieht, wird die Entscheidung über eine Therapiebegrenzung letztendlich dem diensthabenden Intensivmediziner überlassen. Zwangsläufig führt diese Tatsache zu inner- und außerhäuslichen Konflikten. Dennoch ist die Zusammenarbeit der Pflege und des Mediziners in solch heiklen Situationen von enormer Bedeutung. Gute und wertschätzende Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonen kann eine Zusammenarbeit vor allem in der Entscheidungsphase der Therapiebegrenzung erheblich erleichtern.

Im Sekundärteil der Forschungsarbeit werden diverse Aspekte zur bestmöglichen Versorgung des Patienten bearbeitet. Neben den rechtlichen Kriterien stehen ethisches und moralisch vertretbares Handeln ebenso wie die Palliative Care und Palliativmedizin im Vordergrund. Des Weiteren zählen Gespräche mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen zu den brisantesten Aufgaben eines Intensivteams.

Fazit der Abschlussarbeit ist es, dass eine gute Kommunikation zwischen allen beteiligten Personen viele Konflikte und Missverständnisse verhindern könnte. Des Weiteren würden dem Patienten bei frühzeitiger Entscheidung über eine Therapiebegrenzung viele oft schmerzhaft e Untersuchungen sowie Eingriffe erspart bleiben. Eine adäquate

Schmerztherapie könnte dem Betroffenen stattdessen die letzten Stunden oder Tage seines Lebens wesentlich erleichtern. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht dient eine frühzeitige Entscheidung betreffend der Ausweitung der Therapie der Eindämmung „unnötiger“ Ausgaben und hilft zudem, personelle Ressourcen besser einzuteilen.

Für die Zukunft ist es das Ziel, wertschätzende Kommunikation auf der Intensivstation zu fördern und zu praktizieren. Des Weiteren ist es der Verfasserin ein Anliegen, Fortbildungen in den Bereichen Kommunikation und gute Gesprächsführung zu besuchen. Ebenso wünschenswert ist die vermehrte Involvierung eines Palliativteams auf der Intensivstation.

13 LITERATURVERZEICHNIS

Bücher

Ackermann-Grüger, Ingrid et. al.: Die Rechte der Sterbenden. Forum Verlag Herkert GmbH, Merching 2006.

Bruera, E.: New developments in the assessment of pain in cancer patients. Support Care, 2 (1994): 312-318 - In: Büche, Daniel Johannes: Phänomen der Chronifizierung des Schmerzes - In: Knipping, Cornelia: Lehrbuch Palliativ Care. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2007.

Brüggemeier, Beate: Wertschätzende Kommunikation im Business. Junfermannverlag, Paderborn 2011

Büche, Daniel Johannes: Phänomen der Chronifizierung des Schmerzes - In: Knipping, Cornelia: Lehrbuch Palliativ Care. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2007.

Dörfler, Donata: Ethik in Medizin und Pflege. LIT Verlag, Münster 2005.

Hempel, C.-Maria: Agitation - In: Knipping, Cornelia: Lehrbuch Palliativ Care. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2007.

Junginger, Theodor et. al.: Grenzsituation in der Intensivmedizin: Entscheidungsgrundlagen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2008.

Körtner, Ulrich H. J.: Grundkurs Pflegeethik. 1. Auflage, Facultas Verlag, Wien 2004.

Kränzle, Susanne: Begegnung mit Sterbenden - In: Kränzle, Susanne, Schmid, Ulrike, Seeger, Christa: Palliativ Care, Handbuch für Pflege und Begleitung. 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006/2007.

Kutscher, Patric, Seßler, Helmut: Kommunikation: Erfolgsfaktor in der Medizin. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2007.

Larsen, Reinhard: Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 8. Auflage, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 2012.

Maio, Giovanni: Ethik in der Medizin – eine praxisbezogene Einführung - In: Salomon Fred: Praxisbuch in der Intensivmedizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH& Co. KG, Berlin 2009.

Schuler, Ulrich, Schubert, Barbara: Übelkeit und Erbrechen - In: Knipping, Cornelia: Lehrbuch Palliativ Care. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2007.

Sears, Melanie: Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Junfermann Verlag, Paderborn 2012.

Spichiger, Elisabeth: Betreuung am Lebensende - In: Knipping, Cornelia: Lehrbuch Palliativ Care. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2007.

Van Aken, H.: Intensiv heute - In: Lothar, Ullrich, Stolecki, Dietmar, Grünwald, Matthias: Thiemes Intensivpflege und Anästhesie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York 2005.

Weixler, Dietmar: Palliative Sedierung - In: Knipping, Cornelia: Lehrbuch Palliativ Care. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2007.

Wingchen, Jürgen: Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. 2. Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hannover 2009.

Fachzeitschriften

Valentin, Andreas: Der alte Patient in der Intensivmedizin – Was macht noch Sinn? - In: Journal für Kardiologie, Verlag für Medizin und Wirtschaft, Gablitz, Heft 20/2013, S. 292-296.

Russeger, Thomas: Rechtliche Aspekte des Therapieabbruchs - In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Heft 4/2003, S. 46-49.

Internetquellen

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/8/9/CH1096/CMS1160730474485/gesetzestext_patvg_patientenverfuegung.pdf, (10.05.2014, 20.00Uhr)

www.kh-lienz.at/kh-lienz/haus/LB2012.pdf, (15.01.2014, 09.00 Uhr)

http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2003/2003-01/2003-01-399.PDF, (16.01.2014, 20.10 Uhr)

http://www.medicom.cc/medicom-de/inhalte/intensiv-news/entries/1733/entries_sec/1737.php?WSESSIONID=3fad3433fce2df2812e757b47c3e288b, (28.12.2013, 20.15 Uhr)

www.meduni-graz.at/cms/cms.php?pageName=301&year=2010&newsId=9398, (07.05.2014, 21.00)

<http://www.medizinfo.de/palliativmedizin/sterbephase.shtml>, (30.01.14, 22.00 Uhr)

www.spitalskompass.at/Spital/Details/714, (15.02.2014, 08.20 Uhr)

http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=71, (28.04.2014, 20.00 Uhr)

www.springermedizin.at/artikel28711-palliativpatient-an-der-intensivstation, (08.05.2014, 20.00 Uhr)