

DIPLOMARBEIT

Behandlungsabbruch auf Intensivstationen

-

Die ethische und rechtliche Problematik im Umgang mit Patientenverfügungen

eingereicht von

David Windisch

0210786

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 3.2.2009

Unterschrift

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit und Verständlichkeit habe ich mich entschlossen, im gesamten Text männliche Formulierungen zu wählen. Selbstverständlich sind alle Aussagen für beide Geschlechter gleichermaßen zutreffend.

Danksagungen

Besonders danken möchte ich Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll und Univ. Prof. Dr. Ursula Viktoria Wisiak für ihre Hilfsbereitschaft und ihre Unermüdlichkeit während der Zeit der Erstellung meiner Diplomarbeit.

Ebenfalls danke ich meiner Freundin Stefanie, die mir, nicht nur bei statistischen Fragen, sondern in allen Belangen während meines gesamten Studiums zu Seite stand.

Auch meiner gesamten Familie sage ich Danke für Unterstützung während dieser Zeit.

Zusammenfassung

Der Fortschritt der Medizin lässt häufiger als je zuvor Intensivstationen zu Orten werden, an denen eine Entscheidung über die Weiterführung von lebenserhaltenden Maßnahmen an schwer kranken Patienten getroffen werden muss. Gleichzeitig nimmt die Sorge der Menschen berechtigterweise zu, der medizinischen Technik unausweichlich ausgeliefert zu sein. Ausdruck dessen, ist der Wunsch, mittels Patientenverfügungen Autonomie und Selbstbestimmung auch in Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit wahren zu wollen.

An Hand von 8 Kasuistiken von Patienten, die ohne intensivmedizinische Therapie nicht mehr leben könnten, wurden 23 Intensivmediziner und 22 DGKS/P zu ihren Entscheidungen bezüglich Therapieabbruch, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht befragt. Geschlecht und Beruf der Probanden hatte keinen signifikanten Effekt auf Therapieentscheidungen in der Behandlung von Schwerstkranken. Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmacht und öffnen das Tor für zukünftige Diskussionen.

Schlüsselwörter

Patientenautonomie – Therapiebegrenzung – Patientenverfügung – Vorsorgevollmacht - Palliativmedizin

Abstract

The enormous progress in medical technology turned intensive care units more than ever into places where decisions about the continuation of the treatment of critically ill patients have to be made. At the same time there is an increased anxiety among the population to be at the mercy of today's medical technology.

This also shows in the growing number of living wills, which are to ensure the autonomy and self-determination even if the patient is incapable of making decisions.

By means of eight case scenarios of patients who were in need of intensive care therapy, 23 intensive care medics and 22 caretakers were being interviewed on their decisions regarding therapy, living will and the power of attorney for health care. Sex or profession of the participants did not have a significant effect on therapy decisions in the treatment of critically ill people.

Although uncertainties do exist in regard of the living will and the power of attorney for health care. These topics mark the beginning of the necessary discussion.

Key words

Patient autonomy – withholding life support – living will - power of attorney for health care – palliative care

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Ethische Problematik des Behandlungsabbruchs in der Intensivmedizin	1
2.1 Autonomie	3
2.2 Achtung der Menschenwürde	4
2.3 Der Mensch und sein Tod	6
2.4 Terminale Sedierung	8
2.4.1 Grenzen zur aktiven Sterbehilfe	9
2.5 Ernährung am Lebensende	11
2.5.1 The case of first impression	13
2.5.2 Terry Schiavo	14
2.5.3 Eluana Englaro	16
3. Die Patientenverfügung	17
3.1 Historische Entwicklung	17
3.2 Definition und Zweck einer Patientenverfügung	17
3.3 Das Patientenverfügungsgesetz	18
3.3.1 Allgemeine Gültigkeitserfordernisse	18
3.3.2 Besondere Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung	20
3.3.3 Gültigkeitsdauer einer verbindlichen Patientenverfügung	22
3.3.4 Beachtlichkeit einer Patientenverfügung	22
3.3.5 Gemeinsame Bestimmungen	23
3.4 Probleme im Umgang mit Patientenverfügungen	25
4. Ziel der Studie	30
5. Methodik	31
5.1 Stichprobe	31
5.2 Material	31
5.2.1 Kasuistiken	32
5.3 Ablauf	35

6. Ergebnisse	36
6.1 Fall 1	37
6.2 Fall 2	39
6.3 Fall 3	40
6.4 Fall 4	42
6.5 Fall 5	43
6.6 Fall 6	45
6.7 Fall 7	46
6.8 Fall 8	47
7. Diskussion	49
8. Literatur	54
9. Anhang	65

Glossar und Abkürzungen

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome, Schocklunge
Atrophie	Gewebeschwund
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
Delir	Form des Verwirrheitszustandes
DGKS/P	diplomierte/er Gesundheits- und Krankenschwester/Krankenpfleger
DNR	Do not resuscitate
Dyspnoe	Atemnot
EAPC	European Association for Palliative Care
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
ff	fortfolgende
hypoxisch	durch Sauerstoffmangel bedingt
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
Morbus Crohn	chronisch entzündliche Darmerkrankung
MOV	Multorganversagen
MUG	Medizinische Universität Graz
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PV	Patientenverfügung
Sedierung	medikamentöse Ruhigstellung
Sepsis	systemische Entzündungsreaktion durch unkontrollierte Ausbreitung einer Infektion
SHT	Schädel-Hirn Trauma
STGB	Strafgesetzbuch
SWRÄG	Sachwalterrechtsänderungsgesetz
ZVK	Zentralvenenkatheter

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesamtstatistik über den Druck und die Verteilung der Patientenverfügungsbroschüren von Hospiz Österreich 1996 – 2006 [55]	25
Abbildung 2: Entscheidungen Fall 1	37
Abbildung 3: Behandlungsdauer Fall 1	38
Abbildung 4: Welche Therapiemaßnahmen würden Sie in Fall 1 zurücknehmen?	38
Abbildung 5: Entscheidungen Fall 2	39
Abbildung 6: Welche Therapiemaßnahmen würden Sie in Fall 2 zurücknehmen?	40
Abbildung 7: Entscheidungen Fall 3	41
Abbildung 8: Welche Therapiemaßnahmen würden Sie in Fall 3 zurücknehmen?	41
Abbildung 9: Entscheidungen Fall 4	42
Abbildung 10: Welche Therapiemaßnahmen würden Sie in Fall 4 zurücknehmen?	43
Abbildung 11: Entscheidungen Fall 5	44
Abbildung 12: Welche Therapiemaßnahmen würden Sie in Fall 4 zurücknehmen?	44
Abbildung 13: Entscheidungen Fall 6	45
Abbildung 14: Behandlungsdauer Fall 6	46
Abbildung 15: Entscheidungen Fall 7	47
Abbildung 16: Entscheidungen Fall 8	48
Abbildung 17: Behandlungsdauer Fall 8	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale der aktiven Sterbehilfe und der palliativen Sedierung (EAPC Ethic Task Force) [33]	10
Tabelle 2: Der Weg zur ethisch begründeten Entscheidung für oder gegen den Einsatz einer Therapie [70]	29

1. Einleitung

Am 1. Juni 2006 trat das PatVG in Kraft mit dem Ziel, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Patientenverfügungen zu schaffen. Die Frage nach der Verbindlichkeit von PV galt bislang als nicht ausreichend geklärt und sollte mittels dieses Rechtsinstruments aus einer rechtlichen Grauzone herausgeholt und auf sichere Beine gestellt werden. Dies sollte sowohl den Patienten dienen, die ihre Wünsche für Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit dokumentieren, als auch den behandelnden Ärzten, die häufig die letzte Instanz in der Entscheidungsfindung in Sachen Behandlungsabbruch bei Schwerstkranken darstellen. Immer mehr Menschen wollen nicht nur ihr Leben selbst bestimmen, sondern auch ihr Sterben und ihren Tod. Die Angst vor dem Kontrollverlust und dem Ausgeliefertsein in Zeiten der „Apparatemedizin“ scheint einen großen Anteil daran zu haben, dass viele Menschen eine Patientenverfügung nutzen wollen, um in diesem Bereich noch mitentscheiden zu können. Wie schwierig jedoch die Umsetzung solcher Verfügungen in der Praxis sein kann, mit welchen ethischen und rechtlichen Fragen die behandelnden Ärzte, aber auch schwer kranke Patienten in solchen Situationen konfrontiert sind, möchte ich im Folgenden beleuchten.

2. Die ethische Problematik des Behandlungsabbruchs in der Intensivmedizin

Die Rolle von Tod und Sterben hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. War es einst die Religion, die bis ins vergangene Jahrhundert maßgeblich das Verständnis von Tod und Sterben beeinflusste, so ist dieser Bereich des Lebens in unserer pluralistischen und säkularen Gesellschaft durch eben diesen Wegfall eines Allgemeinverständnisses zur „Privatsache“ geworden [1]. Während im 19. Jahrhundert noch ein Großteil der Menschen zu Hause und im Kreis ihrer Familien starb, hat sich die Situation heute umgekehrt. 50 – 60 % der Todesfälle ereignen sich in Krankenhäusern. Ebenso gewinnen Altersheime und Pflegeheime als Sterbeorte zunehmend an Bedeutung [2]. Auch die Todesursachen haben sich aufgrund zahlreicher medizinischer und sozialer Errungenschaften, der hohen Lebenserwartung der Menschen, der Lebensgewohnheiten der Gesellschaft und der daraus resultierenden Wohlstandserkrankungen verändert.

Waren vormals noch unbeherrschbare Infektionserkrankungen und Unfälle die häufigsten Todesursachen, so hat sich dieses Spektrum heute hin zu chronischen Herz-Kreislaufferkrankungen und neoplastischen Erkrankungen verschoben. Die damit verbundene Notwendigkeit konservativer und/oder chirurgischer Behandlung in Krankenanstalten geht folglich auch damit einher, dass viele dieser schwerstkranken Menschen als Folge der Behandlung in diesen Institutionen versterben und eine Pflege im familiären Bereich gar nicht mehr, oder nur noch selten zustande kommt. Auch der Umgang mit dem Tod erfuhr eine grundlegende Wandlung: „Die moderne Medizin selbst erweckt bei vielen Menschen die illusionäre Hoffnung, jede gesundheitliche Krise rasch und effizient beseitigen zu können; ungewollt schwächt diese Erwartung die Fähigkeit des Menschen, die Erfahrung von Leid, Krankheit und Schmerz in ihr Leben zu integrieren [3].“

Schockenhoff spricht in diesem Zusammenhang von einem „kranken Verhältnis zur Gesundheit“, da viele Menschen die Erkenntnis darum verdrängen, dass das Leben nicht nur aus Gesundheit, sondern auch aus Krankheit besteht [3]. Als Folgeerscheinung dieser Einstellung resultiert ein immer geringer werdender Kontakt zum Sterbenden und die damit assoziierte Bereitschaft sich dem Problem Krankheit und Sterben zu stellen [4].

In diesem Bereich finden die Hospizbewegung und letztlich auch die Palliativmedizin ihren Platz und sie versuchen mit großer Anstrengung diese Lücken erfolgreich zu füllen. Auf der anderen Seite wächst in der Bevölkerung der Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende massiv [5, 6, 7] und es entstanden Patientenverfügungen, im englischen Sprachgebrauch auch „Living will“, „DNR-order“, oder „advance directive“ genannt, deren Zweck darin besteht, den persönlichen Willen eines Patienten in eine, für den behandelnden Arzt, rechtlich bindende Form zu bringen und dann im Falle einer Entscheidungsunfähigkeit des Patienten wirksam zu werden.

2.1 Autonomie

In seinem Buch *Diktate über Sterben und Tod* lehnte der Schweizer Rechtswissenschaftler Peter Noll einen Eingriff, der auf Grund eines Blasenkarzinoms indiziert war, mit folgender Erklärung ab:

„Ich will nicht in die chirurgisch-urologisch-radiologische Maschine hineinkommen, weil ich dann Stück für Stück meine Freiheit verliere. Mit Hoffnungen, die zusehends kleiner werden, wird mein Wille gebrochen, und am Schluss lande ich dann noch in dem bekannten Sterbezimmer, um welches alle einen großen Bogen machen“ [8].

Diese Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung und der persönlichen Entscheidungsfreiheit teilt Peter Noll mit zahlreichen anderen Patienten. Bei genauerer Betrachtung ist es auch der Mangel an entsprechender Fürsorge in unseren Krankenanstalten, der Mangel an persönlicher Zuwendung, an Betreuung und an Aufmerksamkeit für die individuellen Bedürfnisse jener Patienten, deren Prognose aussichtslos ist bzw. deren Lebenswillen nicht mehr vorhanden ist. Im hektischen, effizienzorientierten und routinierten Klinikbetrieb scheinen Fürsorge und Aufmerksamkeit nur noch wenig Platz zu finden. [9].

Für Schockenhoff liegt die Ursache dieser vermehrten Furcht ebenfalls nicht in einer diffusen Angst vor dem Nichtmehrsein, sondern in der konkreten Angst vor Schmerzen, sozialer Isolation oder Hilflosigkeit [3].

Die zunehmende Bedeutung der Patientenautonomie zeugt vom stattgefundenen Paradigmenwechsel in diesem Bereich. Das *paternalistische Fürsorgemodell* wurde ersetzt durch ein *emanzipatorisches* Autonomieverständnis und hat eine massive Stärkung der Patientenrechte zur Folge [9]. Gerade diese Autonomie scheint in der modernen Medizin besonders gefährdet und zwar sowohl durch Faktoren wie Ausdifferenzierung, Spezialisierung und Arbeitsteilung innerhalb der Krankenanstalten, als auch durch rechtliche bzw. ökonomische Zwänge oder Forschungsinteressen [9].

Der Arzt konfrontiert den Patienten häufig mit Informationen, die er oft nur schwer verstehen bzw. verarbeiten kann. Gleichzeitig aber verleiht die entstandene Asymmetrie dem Arzt eine besonders große Autorität, die oft darin resultiert, dass Patienten aus Unwissenheit und einer gewissen Hilflosigkeit heraus, häufig die Verantwortung über ihre

Gesundheit völlig abgeben und somit im Grunde sich in ihrer Autonomie selbst einschränken. Um diesem Trend entgegenzusteuern ist es erforderlich, den Patienten über Befunde, Diagnosen, Prognosen und Therapiemöglichkeiten und deren Risiken in einer für ihn verständlichen und realitätsnahen Sprache zu informieren. Aufklärung im Sinne des „informed consent“ ist als Schlagwort nicht ganz unproblematisch und weist auch negative Aspekte auf. Die wertfreie Darstellung der Sachlage und Therapiealternativen birgt die Gefahr in sich, dass Patienten in ihrer Entscheidung überfordert sind und sich mit der gegebenen Information allein gelassen fühlen [10]. Eine bessere Alternative stellt eine Aufklärung als partizipative Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“) dar, in der der Arzt sehr wohl eine Richtung vorgeben kann [11]. Unter diesen Bedingungen ist eine adäquate ärztliche Aufklärung Bestandteil der ärztlichen Fürsorge und gleichzeitig Voraussetzung für die mögliche Achtung der Autonomie jedes Einzelnen [9].

Für Thomas Gutmann gilt die Autonomie des Menschen als fundamentales Recht und bedarf in ihrer Auslegung keinerlei Rechtfertigung oder Begründung, solange andere dabei nicht zu Schaden kommen [12]. Er geht soweit, dass für ihn der Schutz des „heiligen“ und „unantastbaren“ Lebens, wie in der christlichen Überzeugung verankert, unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. in der Situation eines schwer leidenden Patienten, der wiederholt darum bittet, sterben zu dürfen, nur einen Schutz eines „metaphysischen Konzepts“ darstellt. Für ihn stellt eine christliche Moralvorstellung, wie sie über Jahrhunderte unsere Entscheidungen dominiert hat, keine tragbare, medizinethische Grundlage in unserer pluralistischen Gesellschaft dar. Gutmann verweist auf die „metaethische Überlegenheit“ eines liberalen Autonomieverständnisses, da diese keinerlei Vorgaben darüber gibt, wie eine Entscheidung auszusehen hat. Nur die Achtung der Autonomie in diesem Sinne sei als Achtung der Würde eines Menschen zu verstehen [12].

2.2 Achtung der Menschenwürde

Der Begriff der „Würde“ meint im alltäglichen Sprachgebrauch häufig die auf Grund von besonderen Leistungen oder Ämtern erworbene Würde [9]. Diese sog. „soziale“ Würde ist, wie schon erwähnt, erworben und somit auch wieder verlierbar. Im Gegensatz dazu gilt die „moralische“ Würde im Sinne der Tradition Kants als unverlierbar, ja sogar unantastbar [9].

Diese „moralische“ Würde wird einem Menschen nur aufgrund seines Menschseins zugesprochen und ist an keinerlei Bedingungen geknüpft. Darum ist sie auch nicht verlierbar, umso größer ist jedoch die Gefahr, diese Form der Würde zu verletzen oder zu missachten [13, 14]. Die Schwelle dieser Verletzbarkeit liegt gerade bei entscheidungsunfähigen Menschen besonders niedrig.

„Die Wesen, deren Dasein zwar nicht auf unserem Willen, sondern der Natur beruht, haben dennoch, wenn sie vernunftlose Wesen sind, nur einen relativen Werth, als Mittel, und heißen daher Sachen, dagegen vernünftige Wesen Personen genannt werden, weil ihre Natur sie schon als Zwecke an sich selbst, d. i. als etwas, das nicht bloß als Mittel gebraucht werden darf, auszeichnet, mithin so fern alle Willkür einschränkt (und ein Gegenstand der Achtung ist).“ [15]

Die Verletzung dieser moralischen Würde kann laut Theda Rehbock auf unterschiedliche Art und Weise geschehen. Zum einen beraubt man einen Menschen seiner Würde, wenn man ihn gegen seinen Willen festhält, ihn seiner Rechte beraubt oder diskriminiert, oder auch zum Objekt der Willkür medizinischen Handelns macht. Andererseits handelt es sich ebenfalls um Missachtung der Würde, wenn man sich Menschen gegenüber zynisch verhält, indem man ihnen z.B. Freiheit zuspricht, ohne das Vorhandensein entsprechender materieller Grundbedingungen. Darum ist es auch eine Missachtung der Würde, wenn man Not leidenden Menschen die notwendige Fürsorge verweigert, die aber nötig wäre um wieder selbständig und autonom handeln zu können. Daraus ist ersichtlich, dass gerade in Situationen, wie sie häufig bei schwer kranken Menschen zu finden sind, die Würde äußerst verletzlich ist und es großer Sorgfalt im Umgang mit solchen Patienten bedarf [9].

Diese angestrebte Autonomie von Patienten darf jedoch auch keineswegs in die andere Richtung führen, in der dem behandelnden Arzt das Wohl seines Patienten mehr oder weniger gleichgültig erscheint und der Arzt dem Patienten gegenüber eine gewisse Indifferenzhaltung einnimmt. Der Patient nimmt in diesem Fall die Rolle des Kunden ein, was jedoch, wie schon erwähnt, eine autonome Entscheidung im Prinzip unmöglich macht, weil ja die nötige Aufklärung, Information und Beratung dafür fehlt [9].

Andererseits gilt es aber auch, die Achtung der Autonomie bei nicht einwilligungsfähigen Menschen, wie z.B. Wachkomapatienten, schwer dementen Patienten oder psychisch Kranken, zu wahren und keinesfalls paternalistisch zu entscheiden. Durch den häufigen Kontakt des Pflegepersonals mit diesen Patienten sind sie es, die durch aufmerksames

Beobachten und einfühlsame Zuwendung in Erfahrung bringen können, was der Patient in seiner momentanen Situation benötigt oder sogar ablehnt [9].

Die Züricher Ärzte Urs Haemmerli und Albert Wettstein formulierten folgenden Grundsatz: *„Das Prinzip des Erkennens des mutmaßlichen Willens gilt auch für senil Demente, verwirrte oder erregte Patienten.“* [16]

In der Praxis könnten Handlungen wie das Ausspucken von Tabletten, das Herausreißen von Kanülen oder die Nahrungsverweigerung Hinweis sein für die Willenskundgebung des Patienten, solange sie nicht durch andere vorübergehende und behebbare Ursachen bedingt sind [16]. Auch der Gesetzgeber hat diesem Bedürfnis durch mehrere Rechtsinstitute Rechnung getragen, die zunehmend an Bedeutung gewinnen: Sachwalterschaft, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten.

2.3 Der Mensch und sein Tod

Jahrhunderte lang lag die Verantwortung über Behandlungsentscheidungen beim Arzt. Dieser orientierte sich an den Prinzipien „salus aegroti suprema lex“ und „nihil nocere“, versuchte also das Wohl des Patienten an oberste Stelle zu setzen und dem Patienten keinesfalls zu schaden. Dieser wohlwollende Paternalismus, oder laut Wieland das Muster der *„interpersonalen Zweierbeziehung“* [17], wurde durch das ethische Prinzip „voluntas aegroti suprema lex“, also die Autonomie des Patienten als höchstes Gebot, teilweise verdrängt [18]. Die großen Fortschritte in vielen Disziplinen der Medizin haben zusammen mit einer wirtschaftlichen und sozialen Stabilisierung zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenserwartung geführt, in der Praxis jedoch hat dies bei vielen Menschen die berechtigte Angst vor einer „menschenunwürdigen“ Übertherapie ausgelöst, speziell in Bezug auf Leidens- oder Sterbensverlängerung. Folgender Satz aus Sophokles „Elektra“ beschreibt diese Situation sehr treffend: *„Der Tod ist noch das schlimmste nicht, viel mehr den Tod ersehnen und nicht sterben dürfen“* [19]

Die Unausweichlichkeit des Todes bringt Menschen seit Jahrtausenden dazu, sich Zeit ihres Lebens mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen und ist seit jeher mit großem Schrecken, aber auch, bedingt durch die Gewissheit des Sterbens, mit großen Hoffnungen und Erwartungen verbunden. In früheren Zeiten waren der Tod und das Sterben in unserer Kultur ein akzeptierter Bestandteil des Lebens; nicht zuletzt bedingt durch andere Familienstrukturen, in denen noch mehrere Generationen unter einem Dach lebten, oder

durch die häufig große Anzahl an Kindern. Vor mehr als 70 Jahren gab es kaum Familien, die nicht bereits den Tod eines Kindes oder Säuglings zu beklagen hatten. Durch diese häufige Auseinandersetzung mit dem Sterben hatte der Tod zum Teil eine andere Bedeutung als es heute der Fall ist, nicht zuletzt durch die veränderten religiösen Haltungen der Menschen [20, 21]. Der Tod eines jungen Menschen oder eines Kindes gilt heute als tragischer Unfall und als absolut vermeidbar. An dieser Stelle soll erwähnt sein, dass die Begleitung von Sterbenden erst seit Beginn des 19. Jahrhunderts einen Teil des Aufgabenbereiches eines Arztes darstellt und davor, gemäß dem Hippokratischen Eid, weitgehend außer Acht gelassen wurde [22, 23]. Im Laufe der Zeit begann ein Prozess der zunehmenden Tabuisierung und das Sterben wurde nach und nach aus der Gesellschaft verdrängt.

“Death is a series of preventable diseases“ [24], wie es W. Haseltine, Vorsitzender von Human Genome Sciences, ausdrückt. Der Tod galt somit als Niederlage des aufgeklärten Menschen gegenüber der Natur. Mitte des vergangenen Jahrhunderts entstand eine neue Denkweise, die im Kern daran interessiert war, den Sterbeprozess besser zu verstehen und die Situation von Sterbenden in einem entsprechend würdigen Ambiente mitzutragen. In der Psychologie entstand in dieser Zeit die Sparte Thanatopsychologie, die sich mit dem Verhalten von Menschen in Bezug auf den Tod beschäftigt und im pflegerischen Bereich wurde die Hospizidee geboren mit dem Ziel die Leiden in der letzten Phase des Sterbens erträglicher zu machen.

Eine wichtige Rolle spielte die englische Ärztin Cicely Saunders die 1967 das St. Christopher’s Hospice in Sydenham in London gründete. Einer ihrer Grundsätze lautete: *“You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life“*. [25] Sie gilt als eine der BegründerInnen der Hospiz- und Palliativmedizin. Angelehnt an ihre Arbeit wurden folgende Prinzipien formuliert [25]:

- *Die Behandlung des Patienten erfolgt in der Umgebung seiner Wahl (ambulant, stationär, zuhause, Pflegeheim o. a.).*
- *Die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und Behandlungsteam werden beachtet (ganzheitlicher Ansatz).*
- *Es gilt der Grundsatz „High person, low technology“, d. h. das Menschliche tritt in den Vordergrund, das medizinisch mit viel technischem Aufwand Machbare in den Hintergrund. Ziel der Therapie ist die Lebensqualität des Patienten.*
- *Individuelle Behandlung jedes Patienten erfolgt durch ein multidisziplinäres Team*

- *Offenheit und Wahrhaftigkeit sind Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen allen Beteiligten.*
- *Die Symptomkontrolle (Schmerzen, Durst, Luftnot u. a. Symptome) erfolgt durch Spezialisten.*
- *Fachliche Pflege durch speziell geschulte Pflegekräfte*
- *Ehrenamtliche werden in die Behandlung integriert.*
- *Das Behandlungsteam wird zentral koordiniert.*
- *Kontinuierliche Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen dauert an bis zum Tod bzw. in der Trauerzeit.*
- *Bejahung des Lebens, Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Der Tod wird weder beschleunigt noch hinausgezögert. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.*
- *Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse*
- *Unterricht und Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen*

Neben C. Saunders spielte auch Elisabeth Kübler-Ross, eine in der Schweiz geborene US-amerikanische Psychiaterin, eine wesentliche Rolle in der Weiterentwicklung des Verständnisses des Todes. Sie postulierte die bis heute anerkannten *fünf Sterbephasen* und zwar hinsichtlich der psychischen Verarbeitung bei Menschen und deren Angehörigen, die die Nachricht einer infausten Prognose erhalten [26].

2.4 Terminale Sedierung

Die terminale Sedierung, im angelsächsischen Raum auch als „terminal sedation, sedation for intractable distress in the dying, palliative sedation, palliative sedation therapy, oder end of life sedation“ bezeichnet [27], stellt eine ärztliche Therapiemaßnahme im Rahmen der palliativmedizinischen Patientenversorgung dar, deren Ziel es ist, Patienten mit fortgeschrittenen und unheilbaren Erkrankungen von unerträglichen Symptomen zu befreien, die in diesen letzten Lebensphasen auftreten können. Zu den häufigsten Indikationen für die Durchführung einer terminalen Sedierung zählen Dyspnoe, Delir, psychischer Stress, aber auch starke Schmerzen, unkontrollierbare Blutungen und Übelkeit/Erbrechen. Voraussetzungen für die Anwendung einer terminalen Sedierung sind therapierefraktäre Symptome, diese bedürfen somit der Evaluierung durch erfahrene

Palliativmediziner [27]. Das Evidenzniveau für die terminale Sedierung ist im Bereich C – D der Oxford Kriterien einzustufen und wegen der äußerst schwierigen Durchführbarkeit von randomisierten Studien auch in Zukunft in diesem Bereich anzusiedeln [28].

Jedoch wird der Wunsch nach „friedlichem Sterben“ von Patienten und, noch problematischer, von Angehörigen, nicht ausschließlich in Situationen unerträglichen Leidens geäußert, sondern zunehmend infolge einer aussichtslosen Prognose. An dieser Stelle greifen die Argumente vieler Kritiker der terminalen Sedierung, die eine verdeckte Form der Euthanasie suspizieren und das Missbrauchspotential für enorm halten [29, 30].

2003 hat die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) versucht die terminale Sedierung in einem Positionspapier von der Euthanasie abzugrenzen und verwies darin auf die Unterschiede im angestrebten Behandlungsziel [30]. Bei Euthanasie handle es sich um die gezielte Tötung eines Menschen, wogegen das Ziel der terminalen Sedierung lediglich im Sinne des *Doppeleffektes* zum Tod des Patienten führen könne [31].

2.4.1 Grenzen zur aktiven Sterbehilfe

Die Möglichkeit der Verkürzung des Lebens durch die terminale Sedierung besteht, wenn auch nach Weber et al., nur in Ausnahmefällen, und löste eine Diskussion um die Abgrenzung zur aktiv – direkten Sterbehilfe aus. Nimmt man eine Lebensverkürzung durch die terminale Sedierung in Kauf, so kann das Prinzip der Doppelwirkung (Thomas von Aquin) als moralische Rechtfertigung dienen [27]. Sie besagt, dass man einen vorhersehbaren, negativen Nebeneffekt der Behandlung durchaus in Kauf nehmen könne, solange das angestrebte Ziel dem Wohl des Patienten diene [32]. Zahlreiche Autoren vertreten die Ansicht, dass diese Argumentation als Rechtfertigung nicht ausreiche und es sich unter dem Deckmantel der terminalen Sedierung um eine rechtlich, jedoch nicht moralisch, legitime Form der aktiven Sterbehilfe handle [32].

Eine Grenzziehung ist möglich, indem man abermals auf die Intention der Handlung verweist, die eine Symptomlinderung zum Ziel hat und nicht den Tod des Patienten. Auch die Dosierung der Medikamente trägt zur Abgrenzung bei, indem sie bis zum gewünschten Effekt sorgfältig titriert wird, um Nebenwirkungen, wie eine Atemdepression zu vermeiden [27].

	Aktive Sterbehilfe	Palliative Sedierung
Intention	Tötung eines Patienten mit unerträglichem Leid	Linderung von unerträglichem Leid
Maßnahme	Verabreichung einer letalen Dosis einer Substanz	Verabreichung einer sedierenden Dosis einer Substanz zur Symptomkontrolle
Wertung der Maßnahme als Erfolg bei	Sofortigem Tod des Patienten	Linderung von Leid

Tabelle 1. Merkmale der aktiven Sterbehilfe und der Palliativen Sedierung (EAPC Ethic Task Force) [33]

Für die moralische Rechtfertigung der terminalen Sedierung sind außerdem folgende Aspekte von Bedeutung:

Zum einen wird in der Praxis diese Maßnahme in den meisten Fällen nicht terminal, sondern intermittierend zur Anwendung gebracht, sodass die Patienten nach einer bestimmten Zeit wieder bezüglich der Indikation zur Sedierung reevaluiert werden können. Zum anderen ist die Sedierung so steuerbar, dass die Patienten trotz der herabgesetzten Bewusstseinslage selbständig oder mit Hilfe von Pflegenden noch Flüssigkeit zu sich nehmen können. In diesem Fall stellt die terminale Sedierung keinen kausalen Faktor am möglichen Tod des Patienten dar. Der Begriff palliative Sedierung vermag diese Situation besser zu beschreiben und sollte diesen hier ersetzen [32].

Zutreffend ist der Begriff terminale Sedierung jedoch in einer Situation, in der die Behandlung als „futile“, also sinnlos empfunden wird; d. h., dass die intensivmedizinische Behandlung keine Besserung der Lebensqualität mehr erzielen kann oder eine Lebensverlängerung auf einem tolerierbaren Niveau ebenfalls nicht mehr greifbar scheint [34]. Die Kombination aus Behandlungsabbruch (Ernährung, Hydrierung, Medikamente) und Sedierung am Lebensende kann nur dann als moralisch zulässig gelten, wenn die Sedierung nicht Ursache für den Behandlungsabbruch ist und nur zur Linderung der dadurch ausgelösten Symptome dient. Ist die Sedierung aber kausal beteiligt am Behandlungsabbruch und wird sie in einer noch nicht völlig aussichtslosen Situation eingeleitet, wird dem Patienten dadurch die theoretische Chance auf Besserung oder mögliche Heilung genommen. In diesem Fall ist sie als „aktive Sterbehilfe“ oder als

„Tötung auf Verlangen“ (bei vorhandener Zustimmung des Patienten) einzustufen [32] Unbestritten besteht hier ein gewisses Missbrauchspotential, das laut David Orentlicher [35] jenes des assistierten Suizids übersteigt, denn die Entscheidungskompetenz obliegt dem behandelnden Arzt und nicht, wie beim assistierten Suizid, dem Patienten. Nach Birnbacher [34] sind die Risiken jedoch unter realen Kautelen geringer einzuschätzen, als die des assistierten Suizids. Die Achtung der Würde eines Patienten stellt gerade in dieser vulnerablen Phase des Lebens einen wichtigen Aspekt im respektvollen Umgang mit unseren Mitmenschen dar. Grundvoraussetzung dafür ist die Aufklärung des Patienten und der Angehörigen im Sinne des „shared decision making“, wodurch ihm eine autonome Entscheidung ermöglicht wird.

2.5 Ernährung am Lebensende

Viele Verfasser einer Patientenverfügung erwähnen neben der Ablehnung verschiedener Maßnahmen wie z.B. Beatmung oder Dialyse, auch den Wunsch, nicht künstlich ernährt zu werden. Doch dieser Begriff an sich birgt schon bestimmte Deutungsschwierigkeiten. Michael Peintinger spricht in diesem Zusammenhang von einer „babylonischen Sprachverwirrung“ [36]. Der Begriff „künstlich“ transportiere in seiner Auffassung auch eine gewisse Werthaltung und sei somit in der Kommunikation mit dem jeweiligen Diskurspartner nicht immer unproblematisch. Künstlich könne im Sinne eines notwendigen künstlichen Zugangs (ZVK oder PEG), im Sinne des veränderten Aussehens, oder auch als „künstliches am Leben erhalten“ verstanden werden. Zu guter Letzt seien auch gentechnisch veränderte Nahrung oder deren Bestandteile mit dem Begriff künstlich beschreibbar. Der verbreiteten Ablehnung der „künstlichen“ Ernährung in der Bevölkerung liegt häufig die Angst vor dem völligen Ausgeliefertsein zu Grunde und zwar in einem Zustand, in dem beinahe alle Möglichkeiten zur sozialen Interaktion verloren gegangen sind. Als Ausdruck dieser Angst findet man häufig die Ablehnung einer PEG – Sonde in Patientenverfügungen vor. Da die Ernährung mittels PEG – Sonde definitiv eine ärztliche Tätigkeit darstellt, ist für dessen Anlage bzw. Fortführung die entsprechende Aufklärung und Einwilligung des Patienten nötig [37]. Lehnt der betroffene Patient diese Maßnahme ab, oder hat dies in Form einer Patientenverfügung getan, ist eine PEG-Sonden Anlage unzulässig. Den rechtlichen Hintergrund liefert hier der Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung (§ 110 StGB) [38]. Außerdem besteht ein breiter Konsens darüber, dass

ethisch kein Unterschied zwischen dem nicht Aufnehmen einer Behandlung und dessen Abbruch besteht [39].

Die *Academy of Neurology* stellte bereits 1989 fest:

„The view that there is a major medical or ethical distinction between the withholding and withdrawal of medical treatment belies common sense and good medical practice, and is inconsistent with prevailing medical, ethical, and legal principles.“ [40]

Entscheidend ist der Wille des Patienten zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme und somit die Einwilligung in den indizierten Eingriff [37].

„Wir dürfen nicht fragen ob wir aufhören dürfen, wir müssen fragen, ob wir weitermachen dürfen!“ [41]

Bei geriatrischen Patienten wird häufig vorschnell der Entschluss für eine PEG – Sonde getroffen und somit diese Problematik losgetreten. Michael Peintinger [36] plädiert für eine „kreative und phantasievolle“ Planung der Nahrungsaufnahme und weist vor allem darauf hin, dass die Ursachen von Nahrungsverweigerung im höheren Alter sehr mannigfaltig sein können und noch bevor weitere Maßnahmen eingeleitet werden, genau abgeklärt werden sollten. Die genaue Erkundung der Vorgeschichte des jeweiligen Patienten kann bei solchen Entscheidungen eine bedeutende Hilfe darstellen. Dies gelingt jedoch meist nur, wenn das Thema rechtzeitig thematisiert wurde und nicht erst in Phasen, in denen die Kommunikation schon deutlich erschwert ist [36].

Ein geeignetes Werkzeug scheint hier die Ablehnung künstlicher Ernährung in Patientenverfügungen zu sein. Um ihr jedoch Folge leisten zu können, sollte diese ausreichend umfassend sein – was natürlich nur mit Hilfe einer adäquaten Aufklärung möglich ist. Sowohl persönliche Gründe für eine Ablehnung als auch eine Stellungnahme zu etwaigen Hilfshandlungen sollten in der Patientenverfügung Platz finden.

Allmählich akzeptiert man die Reduktion der Ernährung als natürlichen Teil des Sterbeprozesses [42] ebenso sind die Indikationen für eine PEG-Sonden Anlage im Wandel begriffen [43]. Auch die Wirksamkeit solcher Therapien bezüglich Lebensqualität und Lebensverlängerung wurden als nicht gegeben erwiesen [44]. Folglich ergibt sich für einen etwaigen Ernährungsabbruch in der Terminalphase kein ethisches Dilemma, denn

eine Fortführung der Ernährung ist in diesem Stadium nicht mehr indiziert [45] und würde das Sterben nur erschweren und Leiden hinauszögern [37].

Für Adrian Schmidt-Recla [37] liegt die Hauptproblematik wie folgt: Ein Patient befindet sich im Wachkoma oder in einer schweren Demenz und wird parenteral ernährt, ist jedoch vegetativ stabil. Der Sterbeprozess hat hier noch nicht eingesetzt. Ich möchte diese Situation mit drei Fallbeispielen verdeutlichen.

2.5.1 The case of first impression [46]

Der sog. Kemptener Fall war der erste Fall dieser Art, der ein großes öffentliches Interesse auf sich lenkte. Die Entscheidung „für“ oder „gegen“ den Ernährungsabbruch einer Komapatientin sollte durch einen Gerichtsbeschluss fallen.

Die 70-jährige Frau Sch. war im Rahmen einer präsenilen Demenz an einem ausgeprägten hirnganischen Psychosyndrom erkrankt und erlitt im September 1990 einen Herz-Kreislaufstillstand, der zwar erfolgreich bekämpft wurde, jedoch auf Grund der langen Ischämiezeit schwere zerebrale Folgen nach sich zog. Eine davon war eine persistierende Schluckunfähigkeit, die sie fortan von künstlicher Ernährung abhängig machte. Etwa nach zwei Jahren ohne Besserung ihres Zustandes wandte sich der behandelnde Arzt an ihren Sohn, der als Betreuer (nach österreichischen Recht als Sachwalter) bestellt war und schlug ihm vor, nachdem keine Besserung mehr zu erwarten war, die künstliche Ernährung einzustellen und ihr stattdessen nur noch Tee zu verabreichen. Der Sohn willigte schließlich ein, unter anderem weil seine Mutter vor Jahren in einer Fernsehsendung einen Pflegefall mit Dekubitalulcera gesehen hatte und meinte, niemals so enden zu wollen. Der Arzt und der Sohn unterschrieben eine gemeinsame Erklärung im Verordnungsblatt, jedoch setzte sich das Pflegepersonal über diese Anordnung hinweg und verständigte auch das Vormundschaftsgericht Kempten. Dieses hob am 21. 5. 1993 die vom Sohn beauftragte Genehmigung auf. Die Patientin starb am 29. 12. 1993 an den Folgen eines Lungenödems. Der behandelnde Arzt und der Sohn von Frau Sch. wurden wegen des Eintrags in der Krankenakte vom Landesgericht Kempten wegen versuchten Totschlags verurteilt. Dieses Urteil wurde anschließend vom BGH mit der Begründung aufgehoben, dass zwar die Einwilligung des Betreuers wegen fehlender vormundschaftlicher Genehmigung nicht rechtens gewesen sei, jedoch das Selbstbestimmungsrecht von Frau Sch. missachtet worden war. Nachdem das Verfahren an den Landesgerichtshof Kempten zurückgewiesen

wurde, kam dieser zu der Erkenntnis, dass die Entscheidung des Sohnes dem mutmaßlichen Willen von Frau Sch. entsprochen hat.

Leitsätze des BGH-Urteils vom 13.9.1994 [46]:

"1. Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.

2. An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.

3. Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person."

2.5.2 Terry Schiavo [47]

Die US-Amerikanerin Marie Theresa Schiavo wurde am 3. Dezember 1963 in Pennsylvania geboren und ging durch ihren Leidensweg und die, dadurch ausgelöste, gesellschaftliche Debatte in die Geschichte ein. Vor allem die großteils medial geführte Auseinandersetzung zwischen ihrem Ehemann Michael und Terri's Eltern rief weltweites Interesse an diesem Fall hervor. Die an Bulimie erkrankte Terri Schiavo erlitt 1990 im Rahmen einer Hypokaliämie einen Herz-Kreislauf Stillstand, der einen schweren hypoxischen Hirnschaden nach sich zog. Sie wurde plötzlich zur Wachkomapatientin, auch

„*persistent vegetative state (PVS)*“ genannt. Die Ursache für diesen Kreislaufstillstand wurde vor allem in den USA heftig diskutiert, einige gingen sogar von einem Strangulationsversuch durch ihren Ehemann Michael aus. Ein solches Szenario könnte die Nackenverletzung, die laut Diana Lynne [48] gefunden wurden, erklären. Wie es sich auch später in der Autopsie bestätigte, lagen die Ärzte mit ihrer Einschätzung für die Chance auf Wiedergenesung richtig. Die Großhirnrinde war fast vollständig atrophiert und somit eine Wiedererlangung des Bewusstseins nahezu ausgeschlossen. Die Meinung ihrer Eltern, die nach wie vor an eine Heilung glaubten, fand nur wenig Zustimmung. Ihr Ehemann stützte sich auf den, seiner Aussage nach, geäußerten Wunsch seiner Ehefrau, wonach sie bei unheilbarer Krankheit nicht künstlich am Leben erhalten werden wollte. Diese Position führte eben zum besagten Rechtsstreit. 1998 wurde mit richterlicher Erlaubnis erstmals die Sondenernährung eingestellt. Die Eltern legten Einspruch ein und das juristische Pingpong Spiel hatte begonnen. Im April 2001 wurde die Ernährung wiederum eingestellt, um zwei Tage später vom Gericht wieder veranlasst zu werden. Im Oktober 2004 erfolgt ein erneuter Versuch, die Ernährungssonde zu entfernen, daraufhin wurde vom Parlament in Florida ein Gesetz im Schnellverfahren verabschiedet, das die Wiederaufnahme der Ernährung ermöglichte. Im September 2004 jedoch wurde dieses Gesetz vom höchsten Gericht Floridas für nicht verfassungskonform erklärt. Schlussendlich wurde im Februar 2005 die Ernährung zum vierten Mal und diesmal endgültig eingestellt. Trotz zahlreicher Versuche der Eltern, diese Entscheidung u. a. mit Hilfe des US-Präsidenten George W. Bush wieder zu kippen, blieb die Sonde verordnungsgemäß entfernt und Terri Schiavo verstarb 13 Tage später am 31. März 2005. In der Obduktion wurde eine Reduktion der Hirnmasse auf 50% festgestellt, es fanden sich jedoch keinerlei Misshandlungsspuren. Der ursprüngliche Grund für den Zusammenbruch blieb ungeklärt.

Als „alarmierendes Zeichen für den Schutz des Lebens“ kommentierte Kardinal Karl Lehmann, von 1987 bis 2008 Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz, die Ereignisse um Terri Schiavo. Er hob hervor, dass es ethisch nicht erlaubt sei, einem Menschen die Nahrung zu verweigern. In seiner Erklärung verwies er auf das enorme Gefahrenpotenzial, das das medizinisch Machbare mit sich bringt. Er plädierte für „Hilfe im Sterben“ und nicht „Hilfe zum Sterben“ [49]. Der Vatikansprecher Joaquin Navarro-Valls meinte, es sei „willkürlich ein Tod vorweggenommen worden“ und die „Heiligkeit des Lebens“ müsse unter allen Umständen gewahrt werden [49].

2.5.3 Eluana Englaro [50, 51]

Die heute 37 jährige Eluana Englaro befindet sich seit nunmehr 16 Jahren im Wachkoma und die Diskussionen um ihr Schicksal sorgten in den vergangenen Jahren immer wieder für großes Aufsehen in Italien. Am 18. 1. 1992 erlitt sie bei einem Autounfall schwerste Kopfverletzungen und ist seither, wegen ihres komatösen Zustandes, auf künstliche Ernährung angewiesen. Durch einen Gerichtsbeschluss im Juli 2008 wurde dem Vater von Eluana, Peppe Englaro, nach langwierigen Gerichtsverhandlungen erlaubt, die künstliche Ernährung seiner Tochter einstellen zu lassen. Der Gerichtsbeschluss stützte sich damals auf den „mutmaßlichen Willen“ der Frau. Die Mailänder Staatsanwaltschaft ging jedoch in die Berufung. Erst die höchste Instanz im italienischen Rechtssystem, das Kassationsgericht, lehnte im November 2008 die Berufung ab und erlaubte somit die Aussetzung der künstlichen Ernährung von Eluana Englaro.

Massive Kritik kam von Seiten der katholischen Kirche. *„Dieses Urteil ist monströs, man verurteilt eine Unschuldige zum Tod. Für Italien ist dieser Beschluss eine zivile und moralische Niederlage“*, kommentierte der Präsident der Päpstlichen Akademie für das Leben, Erzbischof Rino Fisichella [50].

Wegen des Widerstandes der regionalen Regierung der Lombardei ist man nun auf der Suche nach einem geeigneten Ort, um die 37 jährige sterben zu lassen; u.a. in Österreich.

3. Die Patientenverfügung

3.1 Historische Entwicklung [38]

Erstmalig fand eine schriftliche Patientenverfügung Erwähnung durch Luis Kutner [52] 1969, damals als *living will* bezeichnet. In Österreich wurde die Diskussion um Sterbehilfe u. a. durch die Gesetzgebung der Niederlande 2001 erneut angeheizt. Am 29. Mai 2001 wurde eine parlamentarische Enquête zum Thema „*Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich*“ abgehalten. Der Gesundheitsausschuss befasste sich im Anschluss mit der Angelegenheit und forderte die zuständigen Minister auf Expertengruppen einzurichten und praxisorientierte Lösungsmöglichkeiten, basierend auf dem geltenden Recht, zu finden und eventuell fälligen legislativen Handlungsbedarf zu erörtern. Die Expertengruppe „*Patientenverfügung*“ legte nach Sitzungen von Frühjahr 2002 bis Sommer 2003 einen „*Leitfaden für die Praxis*“ vor, der jedoch von den Vertretern der österreichischen Ärztekammer abgelehnt wurde. Im Herbst 2004 wurde ein Ministerialentwurf, betreffend ein Patientenverfügungsgesetz, einem allgemeinen Begutachtungsverfahren unterzogen. Die Zielsetzung hieß damals „*Klarstellung der Rechtslage*“. Am 4. und 5. Februar 2005 fand in St. Virgil/Salzburg eine Tagung zum Thema „*Patientenverfügungen in der Praxis von Pflege und Medizin*“ wo die Thematik von nationalen und internationalen Fachleuten behandelt wurde. Im März 2005 und Juli 2005 wurden jeweils überarbeitete Entwürfe vorgelegt. Am 2. Februar 2006 wurde das Gesetz vom Ministerrat verabschiedet und trat am 1. Juni 2006 in Kraft.

3.2 Definition und Zweck einer Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine Willenserklärung, deren Zweck die Einwilligung oder die Ablehnung bestimmter medizinischer Maßnahmen darstellt und zur Anwendung gelangen soll, wenn der Patient nicht mehr einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist. Sie soll dem Patienten die Möglichkeit einräumen, bereits im Vorhinein Maßnahmen, wie künstliche Beatmung, künstliche Ernährung oder Operationen abzulehnen und somit dem technisch Machbaren ein, dem persönlichen Willen entsprechend, würdiges Sterben vorzuziehen. Bisher war die Beachtung einer solchen Patientenverfügung mit zahlreichen Problemen sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt verbunden. Es war nicht

ausreichend geklärt, unter welchen Voraussetzungen eine Patientenverfügung für Ärzte als verbindlich galt und ebenso problematisch stellte sich die Reichweite einer Patientenverfügung dar. Letztlich stand auch eine fixe Formvorgabe aus. Erste Überlegungen in Richtung Patientenverfügung wurden bereits Anfang der 90er Jahre im Rahmen der KAG-Novelle, BGBI 1993/801, angestellt [53]. Dadurch wollte man Patienten die Möglichkeit einräumen, im Falle des Verlustes ihrer Urteilsfähigkeit, bestimmte Behandlungsmaßnahmen abzulehnen. Die Formulierung „um bei allfälligen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können“ bedingte für den Arzt somit keinen bindenden Charakter, was jedoch darüber hinwegtäuschen mochte, dass im strafrechtlichen Sinne, nach § 110 StGB, eine Bindungswirkung im Einzelfall sehr wohl zu erheben gewesen wäre [53]. All diese Tatsachen führten dazu, dass sich der behandelnde Arzt auf einem rechtlich sehr dünnen Eis bewegen musste. Durch die Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfes (Bundesgesetz über Patienten-/Patientinnenverfügungen (Patienten-/Patientinnenverfügungsgesetz – PatVG)) und dessen in Kraft treten am 1. 6. 2006 setzte man sich zum Ziel, diesen wichtigen Bereich der Medizin transparenter zu gestalten.

3.3 Das Patientenverfügungsgesetz [54, 55, 56]

Das Patientenverfügungsgesetz (BGBl I 2006/55) regelt folgende Belange:

1. Allgemeine Gültigkeitserfordernisse
2. Besondere Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung
3. Gültigkeitsdauer einer verbindlichen Patientenverfügung
4. Beachtlichkeit der Patientenverfügung
5. Gemeinsame Bestimmungen

3.3.1 Allgemeine Gültigkeitserfordernisse

Grundsätzlich unterscheidet man im Patientenverfügungsgesetz zwei Arten von Verfügungen, nämlich eine verbindliche und eine beachtliche. (§ 1 (2) PatVG) Als Voraussetzungen gelten für beide folgende Erfordernisse: die Einsichts- und Urteilsfähigkeit (§ 2 PatVG), die wahre Einwilligung (§ 869 ABGB) sowie die Erlaubtheit und Möglichkeit (§ 878 ABGB). § 3 PatVG sieht vor, dass eine Patientenverfügung nur höchstpersönlich errichtet werden kann.

Von einer vorhandenen Einsichts- und Urteilsfähigkeit geht man aus, wenn der Patient in der Lage ist, den Zweck der Verfügung zu verstehen und das Ausmaß einer solchen Maßnahme in Bezug auf ein mögliches in Kraft treten richtig einzuschätzen weiß. Die Beurteilung über die Einsichts- und Urteilsfähigkeit erfolgt durch den aufklärenden Arzt (§ 5 PatVG) für den Fall, dass primär eine solche zu vermuten ist. Bestehen jedoch Zweifel in Bezug auf diese Fähigkeiten, z. B. Minderjährige, Personen unter Sachwalterschaft, geistig Behinderte oder psychisch Erkrankte, hat der aufklärende Arzt zusätzlich zum Vermerk über die erfolgte Aufklärung auch die Bestätigung über die vorhandene Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu hinterlassen. Geschieht dies nicht, verliert die Patientenverfügung ihre Gültigkeit. Selbstverständlich gelten diese Voraussetzungen nur für die Errichtung und die allfällige Erneuerung der Patientenverfügung und sind somit nicht essentiell für die fortbestehende Gültigkeit. Im Gegenteil, gerade für den Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Verlauf der Erkrankung ist die PV, sollte sie alle Gültigkeitserfordernisse erfüllen, als unmittelbarer Patientenwille zu betrachten.

Unter Erlaubtheit und Möglichkeit zur Errichtung einer PV, wie sie im § 4 des Entwurfs PatVG verlangt wird, versteht man im Prinzip die rechtliche Legitimität der erwünschten Handlung, sowie das Vorhandensein einer medizinischen Indikation. Im PatVG wird dies durch den § 10 (2) gewährleistet. Wünsche des Patienten, die dem nicht entsprechen, wie z. B. die aktive direkte Sterbehilfe, können nicht rechtliche Gültigkeit erlangende Inhalte einer PV sein. Somit ist es dem Patienten möglich, aktiv in die Behandlung einzugreifen und nicht bloß Behandlungen abzulehnen, sofern sich der Arzt durch den Wunsch des Patienten im rechtlich erlaubten und medizinisch indizierten Handlungsrahmen bewegen kann. Die palliative Sedierung kann vom Patienten sehr wohl verlangt werden, auch wenn dadurch eventuell eine Verkürzung des Lebens in Kauf genommen wird. Diese Form der aktiven indirekten Sterbehilfe rechtfertigt sich dadurch, dass die Intention dahinter nicht die Tötung des Patienten, sondern ein Erleichtern der letzten Phase des Lebens darstellt und somit ethisch vertretbar wird. Der Wunsch eines Patienten nach ausreichender Schmerztherapie und entsprechender Sedierung bei zu starker Agitation kann somit durchaus Inhalt einer Patientenverfügung sein.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass diese, früher als terminale Sedierung bezeichnete Maßnahme in Österreich nur unter sehr strengen Voraussetzungen zur Anwendung kommt.

3.3.2 Besondere Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung

In den §§ 4-7 PatVG werden die inhaltlichen und formellen Standards für die verbindliche Patientenverfügung festgelegt. Diese Voraussetzungen sind essentiell, um die Verbindlichkeit für den Arzt, die Pflegenden und die Angehörigen nur dann zu schaffen, wenn sich der Patient über die Folgen absolut im Klaren ist.

a.) Inhalt (§ 4 PatVG): Um den Inhalt der Patientenverfügung als verbindlich zu sehen, muss die antizipierte Situation sehr genau mit der tatsächlich vorliegenden übereinstimmen. Eine Äußerung, wie: „Ich wünsche mir keine künstliche Lebensverlängerung“ ist in diesem Fall zu ungenau und würde der Patientenverfügung keine Verbindlichkeit verleihen. Natürlich ist es kaum möglich exakt die Situation vorauszusehen, die möglicherweise erst Jahre später eintreten wird, darum reicht es hier aus, „wenn aus dem Gesamtzusammenhang der Patientenverfügung hervorgeht, welche medizinischen Behandlungen abgelehnt werden.“ Eine Verfügung, die nach der Feststellung einer lebenslimitierenden Erkrankung verfasst wird, ist in Anbetracht der eventuell bekannten Komplikationen oft genauer hinsichtlich der tatsächlich vorliegenden Situation und somit häufiger als verbindlich zu sehen als eine PV, die ohne unmittelbare Relevanz verfasst wird (vorausgesetzt alle inhaltlichen und formellen Voraussetzungen werden erfüllt). Durch die Notwendigkeit der Erneuerung (§ 7 PatVG) ist jedoch jederzeit die Möglichkeit gegeben, die Patientenverfügung an die Situation anzupassen. Trifft die antizipierte Situation nicht die vorliegende, verliert die Patientenverfügung nicht ihre Gültigkeit, sondern ist im Gegenteil zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens unerlässlich und muss als beachtliche PV gewertet werden.

b.) Aufklärung (§ 5 PatVG): Als weitere Voraussetzung für die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung wird die genaue ärztliche Aufklärung genannt. Sie soll gewährleisten, dass der Patient über die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung im speziellen Fall Bescheid weiß und mögliche Missverständnisse oder Informationsdefizite ausgeschlossen werden können.

c.) Der Patient muss sich im Klaren über die Folgen seiner Verfügung sein und auch deren Inhalte verstanden haben. Ganz besonderes Augenmerk ist in diesem Punkt auf die ausreichende Erklärung von Fachausdrücken zu legen, um dem Patienten als

medizinischen Laien die Aufklärung im Sinne des „informed consent“ zu ermöglichen. In den Erläuterungen zu § 5 der Regierungsvorlage (PatVG) wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Patient das Risiko ungenauer Formulierungen selbst trägt. Umso größer wird dadurch die Bedeutung der Aufklärung im Sinne des *primum nihil nocere*. Der Arzt ist verpflichtet, die vorgenommene Aufklärung und die festgestellte Einsichts- und Urteilsfähigkeit auf der Verfügung selbst (§ 5 PatVG) oder in einer gesonderten Urkunde, zu dokumentieren. Wesentlich dabei ist auch das Festhalten der Gründe, weshalb der Patient die Folgen seiner PV richtig einschätzt; etwa durch ein Erlebnis mit einem Angehörigen oder durch berufsbedingte Erfahrungen.

d.) Errichtung (§ 6 PatVG): Die Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11e KAGuG i. d. g. F.) errichtet worden ist und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist.

Anders als bei aktuellen Willenserklärungen, bei denen der Inhalt jederzeit durch Nachfragen präzisiert werden kann, können sich bei der Auslegung einer solchen antizipierten, „mehr oder weniger bestimmten Erklärung“ große Probleme ergeben. Da die exakte Vorhersage einer Situation, in der die Patientenverfügung wirksam werden soll, in der Praxis jedoch kaum möglich ist, somit eine Patientenverfügung immer nur einer möglichst genauen Annäherung entsprechen kann, spielt sowohl die medizinische, als auch die rechtliche Aufklärung eine besonders große Rolle.

Im Gesetzestext wird gefordert, die Erklärung schriftlich (§ 886 ABGB) und unter Angabe des Datums zu leisten, um wie im Sinne § 7 PatVG die Gültigkeitserfordernisse für eine verbindliche Patientenverfügung zu gewährleisten.

Die vorhin angesprochene Aufklärung hat im Unterschied zu § 5 PatVG im Hinblick auf die rechtlichen Konsequenzen zu erfolgen. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Entscheidung des Patienten, vorausgesetzt die Gültigkeitserfordernisse sind erfüllt, in jedem Fall durch den behandelnden Arzt beachtet werden muss, auch wenn andere Behandlungen indiziert wären. Weiters ist darauf hinzuweisen, dass in einem solchen Fall weder Angehörige damit befasst werden sollen, noch das Verfahren zur Bestellung eines Sachwalters eingeleitet werden kann.

3.3.3 Gültigkeitsdauer einer verbindlichen Patientenverfügung

§ 7 PatVG lautet: (1) *Eine Patientenverfügung verliert nach Ablauf von fünf Jahren nach der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann unter Einhaltung der Formerfordernisse des § 6 nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden.*

(2) *Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert werden.*

(3) *Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.*

Die 5 Jahres Frist im PatVG scheint in mehrererlei Hinsicht zweckmäßig, vor allem deshalb, weil der Verfasser mehr oder weniger gezwungen ist, sich wiederholt mit der Thematik auseinanderzusetzen. Dabei können jederzeit Änderungen vorgenommen werden und ab diesem Zeitpunkt beginnt die Frist neu zu laufen. Ein zweiter Aspekt stellt die rasante Entwicklung der Möglichkeiten im medizinischen Bereich dar, weshalb eine solche Zeitspanne ebenfalls als angemessen erscheint. Innerhalb von fünf Jahren kann man davon ausgehen, dass sich keine grundlegenden Änderungen im Bereich der Intensivmedizin etablieren und somit durch die Patientenverfügung kein Nachteil für den Patienten entsteht.

3.3.4 Beachtlichkeit einer Patientenverfügung

Erfüllt eine Patientenverfügung nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 PatVG, ist sie nach § 8 PatVG dennoch für die Ermittlung des mutmaßlichen Willen des Patienten heranzuziehen und als beachtlich einzustufen. Patientenverfügungen, die auf Grund von Versäumnissen in Bezug auf Erneuerung ihre Verbindlichkeit verloren haben, verlieren genauso ihre Verbindlichkeit wie jene, deren Inhalt nicht als verbindlich gesehen werden kann. Nicht rechtlich bindend sind weiters Patientenverfügungen, bei denen eine mangelhafte Aufklärung (§ 5 PatVG) oder Mängel in Bezug auf die Formerfordernisse festgestellt werden können. Dennoch verliert sie dadurch nicht ihre Bedeutung, im Gegenteil sollte sie ein Hilfsmittel für die Erkundung des wahren Patientenwillens sein und als solche in den Behandlungsentscheid einfließen. Ebenfalls gilt eine beachtliche Patientenverfügung für einen bestellten Sachwalter.

§ 9 PatVG besagt sinngemäß, dass eine beachtliche Patientenverfügung umso größere Berücksichtigung finden muss, je eher sie den Voraussetzungen einer verbindlichen Verfügung entspricht und je besser die vorliegende Situation antizipiert worden war.

3.3.5 Gemeinsame Bestimmungen

Im § 10 PatVG wird darauf hingewiesen, dass die Errichtung der Patientenverfügung frei von *Irrtum, List, Täuschung, oder physischem oder psychischem Zwang* veranlasst worden sein muss. Besonders wichtig scheint diese Bestimmung in Hinsicht auf möglichen finanziellen oder gesellschaftlichen Druck zu sein, jedoch dürfte sich die Überprüfung im Einzelfall häufig schwierig gestalten. Weiters hält § 10 PatVG fest, dass der Patient nichts rechtlich Verbotenes (§ 879 ABGB) vom behandelnden Arzt verlangen darf. Damit ist in Österreich der Wunsch nach der sog. aktiven Sterbehilfe nach wie vor nicht zulässig und somit für den behandelnden Arzt nicht bindend. Letztlich ist eine Patientenverfügung auch ungültig, wenn der Verfasser sie widerrufen hat. Dies kann ohne Angabe von Gründen und auch völlig formfrei erfolgen. Anders als bei der Errichtung ist es beim Widerruf nicht erforderlich, dass der Patient einsichts- und urteilsfähig ist. Im Extremfall könnte dies auch durch ein Handzeichen oder Zeichen durch Augenbewegungen vonstatten gehen.

Im § 11 PatVG wird angeführt, dass die Gültigkeit einer Patientenverfügung durch etwaige Anmerkungen, wie etwa die Nennung einer Vertrauensperson, nicht beeinträchtigt wird. Der § 12 PatVG bestimmt das Vorgehen in Bezug auf Patientenverfügungen in Notfällen. Es ist nicht notwendig, wertvolle Zeit, die dem Patienten das Leben retten könnte, mit der Suche nach einem solchen Dokument zu verschwenden. Ist jedoch die Patientenverfügung in der Krankengeschichte einer Notfallseinrichtung oder einer anderen Versorgungseinheit dokumentiert, sind die Entscheidungen des Patienten sehr wohl in die Therapiemaßnahmen mit einzubeziehen und wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, auch rechtlich verbindlich.

§ 13 PatVG betrifft die Pflichten des Patienten. Zweck einer Patientenverfügung kann es nicht sein, sich durch bestimmte Rechtsvorschriften auferlegten Behandlungspflichten zu entziehen. (z. B. Meldepflicht im Rahmen von Infektionserkrankungen)

§ 14 (1) PatVG: *Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.*

(2) *Stellt der Arzt im Zuge der Aufklärung nach § 5 fest, dass der Patient nicht über die zur Errichtung einer Patientenverfügung erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, so hat er dies, gegebenenfalls im Rahmen der Krankengeschichte, zu dokumentieren.*

Findet sich auf einer Patientenverfügung kein Vermerk bezüglich der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so kann davon ausgegangen werden, dass sie zum Zeitpunkt der Errichtung bestanden hat.

Abschließend wird in § 15 PatVG nochmals darauf hingewiesen, dass eine Patientenverfügung frei von finanziellem und gesellschaftlichem Druck entstehen muss und immer dem Wohl des Patienten dient. Besonders erwähnt wird hier der Zugang zu Betreuungseinrichtungen, der nicht durch das Verfassen einer Patientenverfügung als Voraussetzung eingeschränkt werden darf. Um dies zu verhindern, werden derartige Vergehen mit Verwaltungsstrafen sanktioniert, deren Strafrahmen sich zwischen 25.000 und 50.000 Euro bewegt.

3.4 Probleme im Umgang mit Patientenverfügungen

Patientenverfügungen werden nicht zuletzt auf Grund der öffentlichen Debatte um die gesetzliche Regelung immer häufiger verfasst.

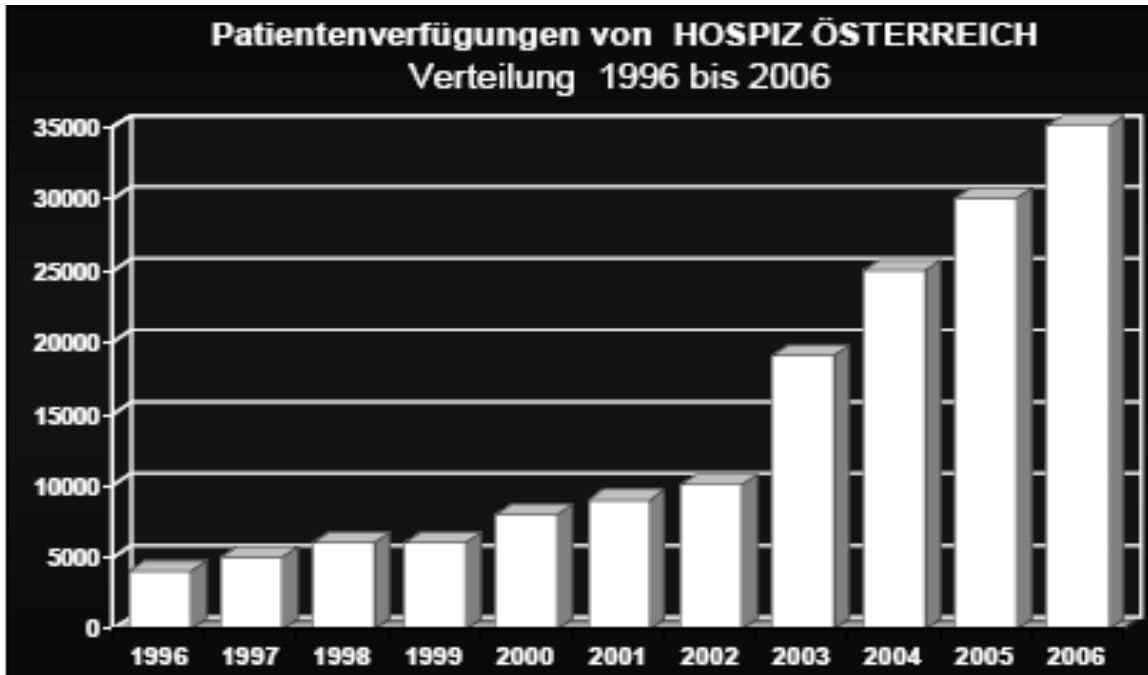


Abb.1 Gesamtstatistik über den Druck und die Verteilung der Patientenverfügungsbroschüren von Hospiz Österreich 1996 – 2006 [57]

Dies muss als Ausdruck eines steigenden Bedürfnisses, Entscheidungen in Zeiten der eigenen Entscheidungsunfähigkeit mitbestimmen zu können verstanden werden und ist, wie an Hand einer Studie an Tumorpatienten herausgefunden wurde, keineswegs ein Signal dem Gesundheitssystem insgesamt kritischer oder distanzierter gegenüberzustehen [58]. Die Studie zeigt auch auf, dass Patienten, die eine Patientenverfügung verfassen, einen erhöhten Kommunikationsbedarf aufweisen und sich selbst stärker verantwortlich fühlen bei wichtigen Behandlungsentscheidungen. Keinen fördernden Einfluss hatte bei dieser Befragung das Vorhandensein einer PV auf gemeinsame Entscheidungsprozesse von Arzt oder Patient. Ihre Wirkung wird hier als „polarisierend“ beschrieben. Eine vorhandene PV stärkt also die Rolle des Patienten gegenüber jener des Arztes. Genau diese Verschiebung der Arzt – Patient – Asymmetrie ist es, die unter Umständen auch große Gefahren mit sich bringt.

Die Präsidentin der Richtervereinigung Barbara Hellige zeigte sich im Mai 2005 bezüglich des Entwurfes für das Patientenverfügungsgesetz besorgt und meinte, die dann mögliche Verbindlichkeit hätte zur Folge, „*dass Menschen Entscheidungen treffen, die sie später nicht mehr revidieren können, weil es der Gesundheitszustand nicht mehr zulässt* [59].“

Nach J. G. Meran et al. betritt man mit einer Patientenverfügung ein Gebiet in dem ein wesentliches Element zur Wahrung der Autonomie fehlt und zwar ist dies die aktuelle persönliche Entscheidungsfähigkeit [60].

Nicht nur die Möglichkeit der Autonomie in solchen Situationen wird angezweifelt, sondern auch die prinzipielle Berechtigung zu solchen Entscheidungen. Der Philosoph Parfit [61] ist der Meinung, dass personale Identität eine Frage des psychologischen und nicht des körperlich – zeitlichen Kontinuums ist. Für ihn ist ein Mindestmaß an Wertvorstellungen, Erinnerungen und Absichten notwendig, um eine Person zu charakterisieren. Wird dieses Mindestmaß unterschritten, so handle es sich laut Parfit um eine andere Person.

Noch weiter gehen Brock und Buchanan, [62] indem sie, nicht wie Parfit, von einer graduellen Abstufung ausgehen, sondern von einer niedrig angesetzten Schwellentheorie. Unterhalb dieser Schwelle sei eine Person nicht mehr als solche zu klassifizieren und somit sei das Argument der aufgeladenen Bürde durch eine Patientenverfügung, wie es in Parfits Theorie sehr wohl möglich ist, weniger relevant. Wie J. G. Meran [60] ausführt, finden diese Theorien keinen breiten Konsens, zeigen jedoch deutlich, wie komplex die Thematik und wie groß der Diskussionsbedarf ist. Wie bereits erwähnt, fehlt bei Wirksamwerden einer Patientenverfügung die Möglichkeit zur Korrektur. Sie gibt nur eine „statische Antwort auf ein dynamisches Geschehen“ [60]. Es hat sich auch gezeigt, dass sich Menschen, die nicht unmittelbar von einer ernsthaften Erkrankung betroffen sind, deutlich von jenen unterscheiden, die massiv durch ihren eigenen Gesundheitszustand mit diesem Thema konfrontiert sind. Von einer Erkrankung betroffene Patienten wollten deutlich weniger selbst die Entscheidungen treffen, sondern diese eher ihrem Arzt oder Angehörigen überlassen [63].

Die Rolle der Angehörigen stellt trotz des Vorhandenseins einer Patientenverfügung eine sehr wesentliche dar. Zuerst erwähnt sei ihre Rolle als Seelsorger. Wie Eibach es beschreibt, sind Entscheidungen ohne Einbeziehung der verwandten und vertrauten Menschen nicht vertretbar, weil sie die Vertrauensbeziehung massiv gefährden können. Besteht durch häufig Jahrzehnte lange Partnerschaften eine gegenseitige seelische Vertrauensbasis, die seitens des Patienten nicht mit dem Argument der „Vermeidung von

zusätzlichen Belastungen“ der Angehörigen zerstört werden soll [63]. Vielmehr kann eine Patientenverfügung genutzt werden um eine Schwelle zu überschreiten, die es ermöglicht über den Tod und das Sterben zu sprechen [64] und so auch die Kommunikation zwischen Patient, Angehörigen und Arzt zu erleichtern.

Die Rolle der Angehörigen erfuhrt durch das Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung der Vorsorgevollmacht am 1.7.2007 eine deutliche Stärkung.

ABGB § 284(1) Eine Vorsorgevollmacht ist eine Vollmacht, die nach ihrem Inhalt dann wirksam werden soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äußerungsfähigkeit verliert. Die Angelegenheiten, zu deren Besorgung die Vollmacht erteilt wird, müssen bestimmt angeführt sein. Der Bevollmächtigte darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung stehen, in der sich der Vollmachtgeber aufhält oder von der dieser betreut wird. [65]

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung lässt vermuten, dass in Zukunft bei Erstellen einer Vorsorgevollmacht häufiger auf Personen zurückgegriffen werden muss, die nicht unbedingt in einem nahen Verwandtschaftsverhältnis zum Vollmachtgeber stehen. In Untersuchungen hat sich gezeigt, dass trotz der Veränderungen der Familienstrukturen und Partnerschaften im Sinne von Single Dasein und Lebenspartnerschaften, Vorsorgevollmachten weiterhin bevorzugt Angehörigen überlassen werden [66]. Hier deutet sich eine Grenze des „Individualisierungsstrebens“ an [66]. Andererseits liegen Daten über die Tatsache vor, dass Angehörige die Bedürfnisse von Patienten oft nur sehr schlecht einschätzen können [67]. In solchen Fällen bietet sich die Kombination [68] einer verbindlichen Patientenverfügung mit der Nennung eines Bevollmächtigten an, der die Interessen im Sinne des Verfügenden vertritt.

Einen weiteren Diskussionspunkt stellt das Problem der Reichweite von Patientenverfügungen dar. Sollen sie nur für den Teil des Lebens gelten, in dem das Sterben bereits einen irreversiblen Verlauf genommen hat, oder sollen sie für alle Bereiche der eigenen Entscheidungsunfähigkeit Bestimmungen enthalten dürfen?

Gmeiner und Kopetzki [38] finden in diesem Punkt eine klare Position: Nach §110 StGB (eigenmächtige Heilbehandlung) ergibt sich die rechtliche Verbindlichkeit der Ablehnung einer Maßnahme, egal ob sie die Sterbephase betrifft oder nicht. Weiters begründen sie dieses prinzipielle Selbstbestimmungsrecht durch Artikel 8 EMRK. Eine Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe sehen sie durch die im PatVG vorgeschriebenen Inhaltsvoraussetzungen ebenfalls als gegeben. Das Strafrecht verbietet Beihilfe zum Suizid (§ 78 StGB), Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) und Mord (§ 75 StGB). Fraglich bleibt jedoch ob die laut Gesetz notwendigen Voraussetzungen für eine Verbindlichkeit nicht doch zu „hohe Hürden“, wie es Gmeiner und Kopetzki [38] formulieren, darstellen. Es bleibt abzuwarten, wie sich derartig intendierte Verfügungen in die Praxis umsetzen lassen. Um allen wichtigen Aspekten der Entscheidungsfindung Rechnung zu tragen und die gesamte Situation eines Patienten noch einmal zu veranschaulichen, existieren Modelle, wie z. B. jenes von F. Salomon (Tabelle 2). Es dient der Bewusstmachung der gegebenen Umstände und soll als Grundlage schwerwiegender Therapieentscheidungen dienen [69].

*Tabelle 2 Der Weg zur ethisch begründeten
Entscheidung für oder gegen den Einsatz einer Therapie [70]*

1	Die Situation
1.1	Wie lautet die Diagnose?
1.2	Wie ist die Prognose?
1.3	In welchem Zustand befindet sich der Patient?
1.4	Welche Therapie ist möglich, hier oder anderswo?
1.5	Wie sind die Erfolgsaussichten mit der möglichen Therapie?
1.6	Wie sind die Erfolgsaussichten bei Verzicht auf die mögliche Therapie?
2	Das Interesse des Patienten
2.1	Wird der Patient medizinisch von der Therapie profitieren?
2.2	Wird die Therapie die Prognose verbessern?
2.2.1	Wenn ja, in welcher Weise?
2.3	Wird die Therapie dem Patienten schaden?
2.3.1	Wenn ja, in welcher Weise?
2.4	Wie sind Nutzen und Schaden abzuwägen?
3	Die Wertvorstellungen des Patienten
3.1	Welche Orientierungen hat der Patient für sein Leben?
3.2	Welche Werte sind dem Patienten wichtig?
3.3	Welche Pläne hat der Patient für seine Zukunft?
3.4	Widerspricht die mögliche Behandlung diesen Vorstellungen oder steht sie mit ihnen im Einklang?
4	Deine Pflichten
4.1	Was sind Deine Pflichten in Deinem Beruf
4.1.1	⇒ dem Patienten gegenüber?
4.1.2	⇒ Deinen Wertvorstellungen gegenüber?
4.1.3	⇒ gegenüber Dritten (z.B. Angehörige, andere Patienten, Kostenträger, Gesellschaft)?
4.2	Gibt es Konflikte zwischen diesen Pflichten?
4.2.1	Wenn ja, wo liegen sie?
4.3.	Wie würdest Du diese Konflikte lösen?
5	Ethische Prinzipien
5.1	Welche ethischen Prinzipien berührt die anstehende Entscheidung?
5.2	Welche Werte stehen in einem Konflikt miteinander?
5.3	Lassen sich die Konflikte vermindern oder lösen?
6	Die Entscheidung
6.1	Welche Gesichtspunkte sind für Deine Entscheidung vorrangig?
6.2	Was könntest Du übersehen haben?
6.3	Wie entscheidest Du Dich?

4. Ziel der Studie

Modernen intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen verdanken wir, dass viele Menschen schwere Erkrankungen oder Unfälle überleben und häufig in das normale Leben zurückkehren können. Diese technischen Möglichkeiten sind es aber auch, die Patienten in einem stabilen Zustand halten können, obwohl keine Aussicht auf Besserung mehr gegeben ist. Diese Situationen stellen große Anforderungen an intensivmedizinisches Personal und an Angehörige von Patienten. Ihnen obliegt dann häufig die Entscheidung, eine Therapie fortzuführen oder zu beenden. Die Angst vor dem Ausgeliefertsein, der Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit ist es, die viele Menschen veranlasst bereits im Vorhinein Maßnahmen zu ergreifen, die ihnen in Situationen der Entscheidungsunfähigkeit die Wahrung ihrer Bedürfnisse gewähren sollen. Am 1.6. 2006 trat das Patientenverfügungsgesetz (PatVG) in Kraft und am 1. 7. 2007 die gesetzliche Regelung der Vorsorgevollmacht in Gestalt des SWRÄG (§§ 284ff ABGB). Diese beiden Gesetze sollen Rechtssicherheit schaffen und die Grundlage bilden für derartige Willensäußerungen, die erst wirksam werden sollen in Situationen der Entscheidungsunfähigkeit.

In einer Untersuchung von Jutta Dlubis-Dach und Peter Glogner zum Thema Therapiebegrenzungen auf internistischen Intensivstationen zeigte sich, dass zwar das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf Therapieentscheidungen hat, jedoch der jeweilige Beruf auf die Zustimmung oder Ablehnung von invasiven diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sehr wohl. Ärzte sprachen sich in dieser Untersuchung deutlich häufiger für invasive Diagnostik und Therapie aus [71]. Die übrigen therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen erfuhren keine wesentlichen Unterschiede. Ebenfalls kein Unterschied zwischen den Berufsgruppen bestätigte sich in einer Befragung von Ärzten und Pflegepersonal von Schöne-Seifert und Eickhoff. Einzig die Religionszugehörigkeit zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Entscheidungsfindung, und zwar votierten in den sechs konstruierten Fällen Konfessionslose deutlich häufiger für einen Behandlungsverzicht [72].

Angelehnt an diese Kasuistiken entschloss ich mich eine Befragung von Intensivmedizinern und DGKS/P durchzuführen um die Einstellungen zum Behandlungsabbruch und den Umgang mit Patientenverfügungen an Hand von acht Fallberichten zu beleuchten.

Die Fragestellungen lauteten:

- Bestehen Unterschiede zwischen dem Pflegepersonal und dem Ärzteteam bezüglich Behandlungsabbruch bei Schwerstkranken und bezüglich der Bewertung von Patientenverfügungen?
- Ist das Patientenverfügungsgesetz bzw. dessen Eckpfeiler in Grundzügen bekannt?
- Spielt das Geschlecht eine Rolle bei Entscheidungen über den Behandlungsabbruch und Patientenverfügungen?

5. Methode

5.1 Stichprobe

Die befragten Personen rekrutierten sich aus dem Personal der Intensivstation der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der MUG. Diese Auswahl erfolgte einerseits, um die Repräsentativität der Stichprobe zu bewahren und andererseits, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, dies wäre bei einer Verteilung an das Personal mehrerer Krankenhäuser womöglich ungleichmäßig ausgefallen. Die Stichprobe bestand aus 28 Frauen und 17 Männern im Alter zwischen 22 und 52 Jahren. In der Gruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals liegt die Altersverteilung zwischen 22 und 50 Jahren und in der Gruppe der Ärzte zwischen 34 und 52 Jahren. Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe betrug 38,69 Jahre, das der Ärzte 44,96 Jahre, jenes der DGKS/P 32,14 Jahre.

5.2 Material

In der Untersuchung kamen zum Einsatz: Ein, von mir gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Ursula Viktoria Wisiak und Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll entworfener Fragebogen, der die Einstellungen und das potenzielle Verhalten zum Thema Behandlungsabbruch und Patientenverfügung erhebt und das FIMEST-G (66i) (Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod) [73]. Das FIMEST diente allerdings nur zur Erfassung von Beruf, Alter, Geschlecht und

Beziehungsstatus. Um eine Rahmensprengung zu vermeiden, entschloss ich mich die Daten des FIMEST gesondert zu verwerten und in dieser Arbeit nicht zu erwähnen.

5.2.1 Kasuistiken

Im Detail handelt es sich um acht tatsächlich stattgefundene Problemfälle, die für das behandelnde Personal eine große Herausforderung darstellten. In jeder dieser acht Kasuistiken findet man einen Menschen, der ohne intensivmedizinische Maßnahmen nicht mehr überleben kann. Die Gründe hierfür sind in den einzelnen Fällen unterschiedlich. Wir haben nun diese Fallbeschreibungen durch verschiedene Szenarien ergänzt, um so die verschiedenen Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit eines Patienten hinsichtlich möglicher Behandlungsvariationen darzustellen. Die acht verschiedenen Fälle unterscheiden sich teilweise anhand ihres rechtlichen Hintergrundes und sollen einerseits zeigen, inwieweit rechtliche Aspekte bekannt sind und andererseits, ob Unterschiede in den jeweiligen Entscheidungen zwischen den untersuchten Berufsgruppen bestehen.

Fall 1: Ein 65-jähriger Patient wird nach Revaskularisierung der Koronararterien bei bekannter KHK III, nachdem er bereits mehrere Tage auf der Normalstation verbracht hat, wegen respiratorischer Probleme auf der Intensivstation aufgenommen. Beim Patienten bestehen postoperativ eine Tetraparese und ein dialysepflichtiges Nierenversagen. Bei der Aufnahme auf der Intensivstation besteht ein septisches Zustandsbild mit einer respiratorischen Insuffizienz sowie ein katecholamin-abhängiges Kreislaufversagen. Nach mehreren Wochen intensivmedizinischer Behandlung bessert sich das Zustandsbild nicht. Der Patient ist tracheotomiert, atmet intermittierend spontan, ist jedoch ansprechbar und bedingt kontaktfähig. Durch Kopfnicken gibt der Patient zu verstehen, mit einer, im Vorhinein formulierten, allgemein gehaltenen PV einverstanden zu sein.

Fall 2: Ein 42-jähriger Mann stürzt vom Pferd und erleidet schwere Kopfverletzungen mit intrakraniellen Blutungen. Die Prognose wird vom Neurochirurgen als sehr schlecht eingestuft. Nach der operativen Versorgung bewegen sich die

Hirndruckwerte des Patienten zwischen 30 und 40 mmHg, er ist kreislaufinstabil und wird beatmet. Am 2. Tag tritt eine Bradykardie auf. Bei den Ausweispapieren des Patienten findet sich eine Patientenverfügung, die sehr detailliert die Wertvorstellungen darlegt und in der er, im Falle einer aussichtslosen Prognose, keine intensivmedizinischen Maßnahmen wünscht.

- Fall 3: Eine 70-jährige Patientin wird nach der operativen Versorgung eines gedeckt rupturierten Bauchaortenaneurysmas auf die Intensivstation übernommen. Postoperativ benötigt die Patientin hohe Katecholamindosen und wird kontrolliert beatmet. Nach erfolgreicher Entwöhnung vom Respirator entwickelt die Patientin jedoch ein Mehrfachorganversagen. Nach weiteren 3 Wochen Behandlung entwickelt sie eine nosokomiale Pneumonie und ein septisches Zustandsbild. Nach 5 Wochen aggressiver intensivmedizinischer Therapie gelingt wiederum eine gewisse Stabilisierung, jedoch gefolgt von einem erneuten Zusammenbruch. Ein Bekannter der Patientin legt eine Vorsorgevollmacht vor und berichtet, dass die Patientin nie lange von intensivmedizinischen Maßnahmen abhängig sein wollte.
- Fall 4 Eine 84-jährige Patientin wird von einem Auto erfasst und erleidet eine schweres Schädel-Hirn Trauma, eine Fraktur des 5. Brustwirbels mit Verdacht auf eine traumatische Rückenmarksschädigung, einen Hämatothorax, eine Beckenringfraktur, sowie mehrere Frakturen der unteren Extremität. Für den Neurochirurgen besteht keine Indikation zur Intervention. Bei der Aufnahme befindet sie sich in einem sehr schlechten und instabilen Zustand. Die Tochter der Patientin informiert telefonisch darüber, dass die Patientin vor mehr als 5 Jahren eine PV erstellt habe und im Falle einer schweren Beeinträchtigung ihrer geistigen und körperlichen Funktionen nicht mehr weiterleben möchte und alle intensivmedizinischen und chirurgischen Maßnahmen ablehne.
- Fall 5: Ein 55-jähriger Mann mit bekanntem Morbus Crohn wird im septischen Schock auf Grund einer Vier-Quadranten-Peritonitis nach Dünndarmperforation auf die Intensivstation übernommen. Außerdem besteht eine tachykarde Vorhofflimmerarrhythmie, eine Pneumonie und ein dialysepflichtiges

Nierenversagen. Hinzu kommt noch die hämodynamische Instabilität, die nach mehreren Tagen stabilisiert werden kann. Die intraabdominelle Situation lässt sich trotz mehrmaliger operativer Eingriffe nicht in den Griff bekommen. Sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung bestehen eine stark eingeschränkte Nierenfunktion, eine hämodynamische Instabilität und eine urämischen Gastritis. Die Möglichkeit der chirurgischen Therapie besteht nicht mehr. Vor vier Jahren hat der Patient in einer PV erstellt, in der er sehr genau seine Werterhaltung beschreibt und in der er auch das vorhandene septische Zustandsbild erwähnt. Er verfügt darin, trotz seines jungen Alters, keine lebensverlängernden Maßnahmen zu wünschen, solle er den bislang durchgeführten Aktivitäten nicht mehr nachgehen können.

Fall 6: Ein 40-jähriger Schifahrer prallt gegen einen Baum und muss bereits am Unfallort reanimiert werden. Er erleidet ein schweres Schädel-Hirn-Trauma, ein traumatisches Epiduralhämatom, Rippenserienfrakturen, einen Hämatothorax und ausgeprägte Lungenkontusionen, eine Milzruptur, einen Ausriss der Nierenarterien, eine Dünndarmperforation, eine Fraktur des 3. Halswirbels und mehrere Extremitätenfrakturen. Bei der Aufnahme auf die Intensivstation ist der Patient hämodynamisch instabil und wird beatmet. Vor der ersten operativen Versorgung kommt es zum Kammerflimmern, die Reanimation ist jedoch erneut erfolgreich. Bereits am ersten posttraumatischen Tag erleidet er ein Nierenversagen, ein Lungenversagen und eine schwere metabolische Entgleisung. Am 3. postoperativen Tag tritt erneut ein Kammerflimmern auf.

Die Ehefrau des Patienten informiert die Behandelnden über das Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht, der Bevollmächtigte sei jedoch nicht erreichbar. Die Ehefrau erzählt glaubhaft, ihr Mann wolle, solange wie möglich, die Durchführung aller intensivmedizinischen Maßnahmen erhalten wissen.

Fall 7: Eine 65-jährige Frau erleidet im Rahmen einer kardialen Dekompensation ihren vierten Myokardinfarkt, wird vom Notarzt intubiert und erfolgreich reanimiert. Bei der Intubation kommt es zu einer Trachealverletzung, die jedoch erst spät erkannt wird. Nach der operativen Sanierung wird sie wegen der Entwicklung eines septischen Zustandsbildes auf die Intensivstation transferiert. Nachdem

bereits intraoperativ ein Kammerflimmern auftrat, kommt es unmittelbar nach der Aufnahme auf die Intensivstation erneut dazu. Der erfolgreichen Defibrillation folgt 15 Minuten später ein erneutes Kammerflimmern.

Es liegt keine PV vor, die Schwiegertochter der Patientin möchte jedoch, dass trotz der schlechten Ausgangslage alle möglichen intensivmedizinischen Maßnahmen getroffen werden.

Fall 8: Ein 45-jähriger Mann wird in einem außereuropäischen Land an der unteren Extremität von einem Insekt gestochen. Die auftretenden Zeichen einer Sepsis werden vernachlässigt und erst als eine nekrotisierende Fasciitis auftritt, begibt er sich ins örtliche Krankenhaus. Trotz einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes tritt er die Rückreise nach Europa an. Tage später wird er mit einem Multiorganversagen auf der Intensivstation aufgenommen. Neben einer vorbestehenden Leberzirrhose bestehen eine Kreislaufinstabilität, eine Niereninsuffizienz und ein ARDS. Nach 6 Wochen tritt, trotz Amputation der Extremität, keine Besserung seines Zustandes ein. Es liegt keine Vorsorgevollmacht oder PV vor, die Ehefrau des Patienten kann auf Grund einer Alkohol - bedingten Enzephalopathie ebenfalls keine Informationen an das Behandlungsteam geben.

5.3 Ablauf

Die beiden Fragebögen wurden an die Mitarbeiter der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der MUG ab November 2006 in mehreren Serien verteilt. Leider bewegte sich die Rückgabequote nur im 50% Bereich und somit wurden bis November 2007 nur 45 verwertbare Bögen retourniert.

Die Datenanalyse erfolgte mittels SPSS-14 für Windows. Die Erstellung der Tabellen erfolgte via Excel 2003 für Windows.

6. Ergebnisse

Da die einzelnen Kasuistiken nicht standardisiert sind, habe ich mich entschlossen, sie getrennt auszuwerten. Ziel war es herauszufinden, ob Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb einer Kasuistik existieren. Stützend auf die Datenbasis entschied ich mich für den Chi-Quadrat-Vierfeldertest mit der Prüfgröße nach Pearson um die vorhandenen nominal skalierten Daten optimal verwerten zu können. Unterschiede in der Zustimmung zu einer Frage wurden mittels eindimensionalen Chi-Quadrat Verfahrens ermittelt. Entgegen meinen Erwartungen zeigten sich bis auf eine Ausnahme keine Unterschiede zwischen Ärzten und DGKS/P hinsichtlich der zu treffenden Entscheidung in allen 8 Fällen. In Fall 3 antworteten auf die Frage ob sie die Dialysebehandlung zum gegebenen Zeitpunkt zurücknehmen würden 16 Ärzte mit „Ja“ und 4 mit „Nein“; hingegen 21 DGKS/P mit „Ja“ und keiner mit „Nein“. Der Chi-Quadrat- Vierfeldertest ergibt einen p-Wert von 0,031 und ist somit signifikant. Entscheidungen zum Thema Behandlungsabbruch bezogen auf die Geschlechterverteilung blieben wie erwartet bis auf folgende Ausnahme ohne signifikanten Unterschied. In Fall 1 zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,029$) zwischen Frauen und Männern. Auf die Frage ob sie die Ernährung im geschilderten Fall zurücknehmen würden, antworteten 7 Frauen mit „Ja“ und 18 mit „Nein“; keiner der Männer antwortete mit „Ja“ und 18 mit „Nein“. In Fall 6 traten unterschiedliche Antworten auf die Frage nach dem Umgang mit einer vorhandenen Patientenverfügung auf. Es sei hier darauf hingewiesen, dass ein Formulierungsfehler das Ergebnis vermutlich verfälscht hat. Die Frage lautete: „Ihnen liegt eine Patientenverfügung vor, in der der Patient trotz evtl. schlechter und aussichtsreicher (gemeint war: „aussichtsloser“) Prognose die Weiterführung sämtlicher intensivmedizinischer Behandlungen wünscht. Wie reagieren Sie darauf?“ „Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten“ beantworteten 22 Frauen mit „Ja“ und 5 mit „Nein“; hingegen 8 Männer mit „Ja“ und 9 mit „Nein“. Der Chi-Quadrat-Vierfeldertest ergibt einen p-Wert von 0,017. „Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter, ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen“ beantworteten 4 Frauen mit „Ja“, 21 mit „Nein“; 10 Männer mit „Ja“ und 6 mit „Nein“. Der Chi-Quadrat-Vierfeldertest ergibt einen p-Wert von 0,002 und ist somit hochsignifikant.

Da, außer in den beschriebenen Fällen, keine Unterschiede in Bezug auf Therapieentscheidungen bestehen, möchte ich die Häufigkeiten der gegebenen Antworten insgesamt darstellen und keine Rücksicht auf Geschlecht oder Beruf nehmen.

6.1 Fall 1

Im Fall 1 (siehe Anhang) gibt der 65-jährige Patient durch Kopfnicken zu verstehen, dass er mit seiner sehr allgemein verfassten Patientenverfügung einverstanden ist und dem vorgesehenen Procedere zustimmt. Der Patient ist kreislaufinstabil und im Nierenversagen. Obwohl deutlich mehr Befragte (34 Ärzte und DGKS/P) für die Rücknahme der Therapiemaßnahmen waren ($p=0,000$), würden 10 Probanden nicht an eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen denken. Die Ergebnisse bezüglich einer erneuten Intubation bei Auftreten einer respiratorischen Insuffizienz hielten sich die Waage. Erstaunen mag die Tatsache, dass für 15 der hier befragten Mediziner und DGKS/P die Patientenverfügung nicht als bindend angesehen wird.

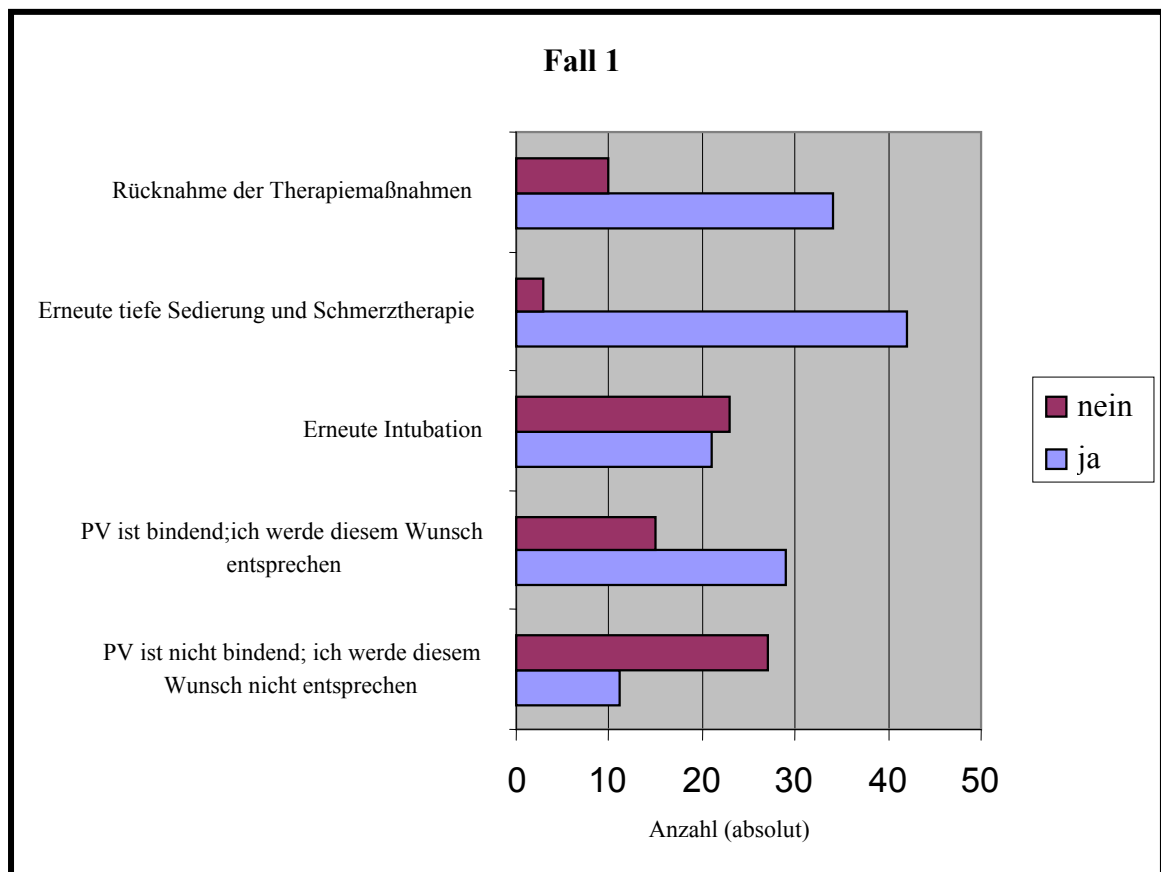


Abb. 2

Signifikant häufiger ($p=0,000$) fand in Fall 1 zum Thema Behandlungsdauer die Antwort „1-3 Wochen“ Zustimmung. Dieser Trend zieht sich über alle 8 Fälle.

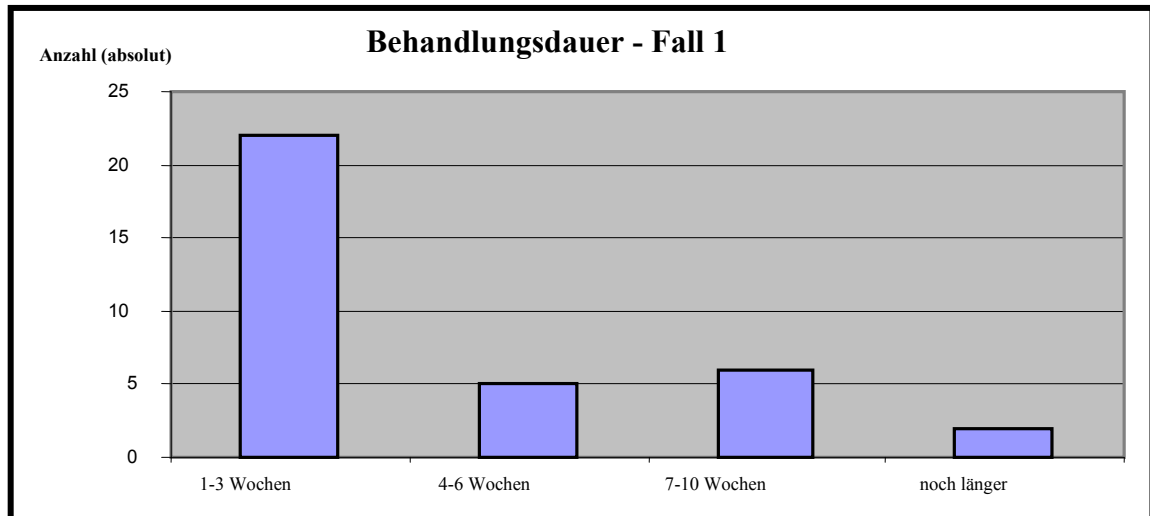


Abb. 3

Konstant über die gesamte Kasuistik blieben die Antworten zur Frage nach Schmerztherapie und Sedierung. Sie fand in jedem der Fallbeschreibungen große Zustimmung, nicht zuletzt wegen der Formulierung „damit der Patient nicht leiden muss“. Sehr deutlich unterschieden sich die Antworten in Fall 1 auf die Frage welche Therapiemaßnahmen zurückgenommen werden sollten. Deutliche Mehrheiten waren für eine Rücknahme von Katecholamintherapie und Dialyse, während von einer ebenso großen Mehrheit die Einstellung von Beatmung und Ernährung nicht befürwortet wurde.

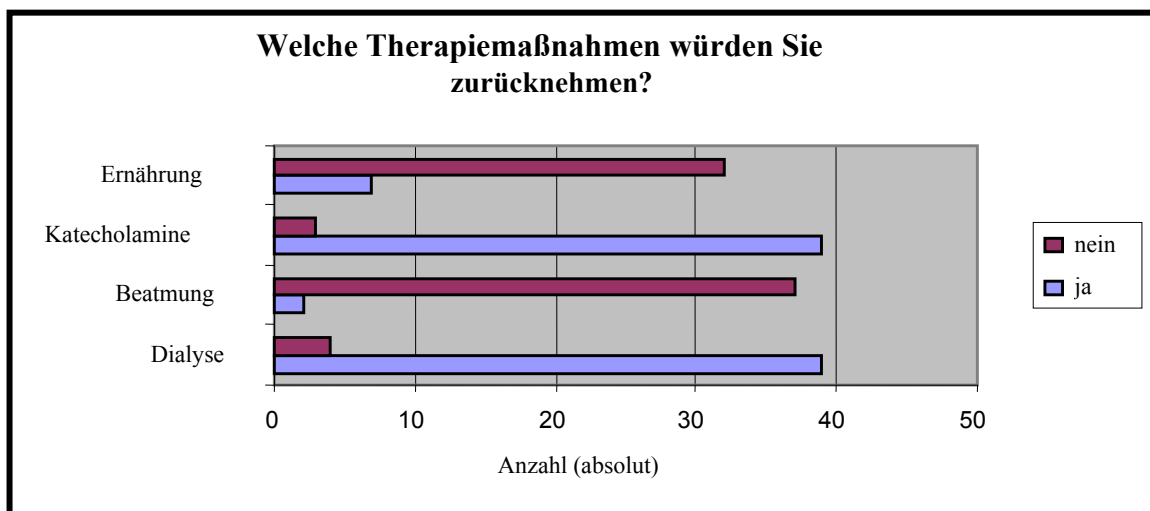


Abb. 4

6.2 Fall 2

Fall 2 beschreibt das Schicksal eines 42-jährigen Mannes der wegen eines Sturzes vom Pferd ein schweres SHT erleidet und nach chirurgischer Versorgung kontrolliert beatmet und hämodynamisch instabil ist. Nach 2 Tagen tritt eine ausgeprägte Bradykardie auf. Bei den Ausweispapieren findet sich eine Patientenverfügung, in der der Patient sehr detailliert seine Wertvorstellungen beschreibt und „im Falle einer aussichtslosen Prognose seines Leidens keine wie immer geartete intensivmedizinischen Maßnahmen wünscht.“ 20 Befragte entschieden sich für eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen, 25 dagegen. Es besteht kein signifikanter Unterschied ($p=,456$). Eine Mehrheit entschied sich für die Rücknahme der Katecholamine, nicht jedoch der Beatmung.

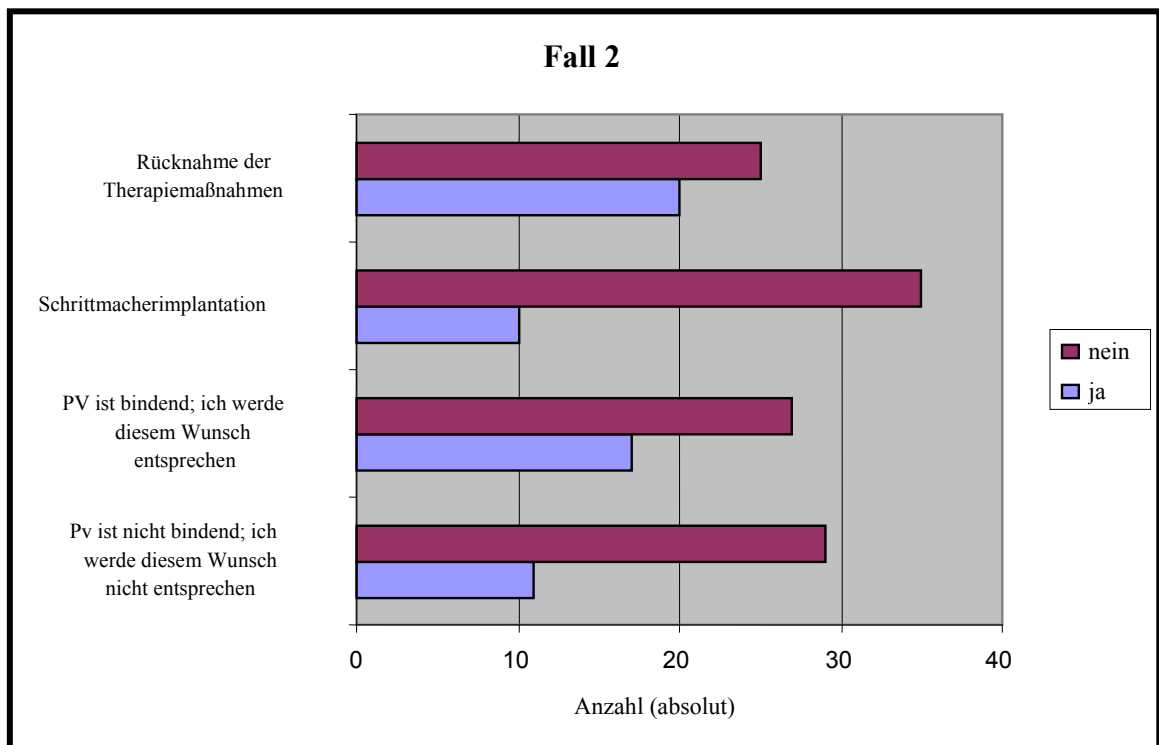


Abb.5

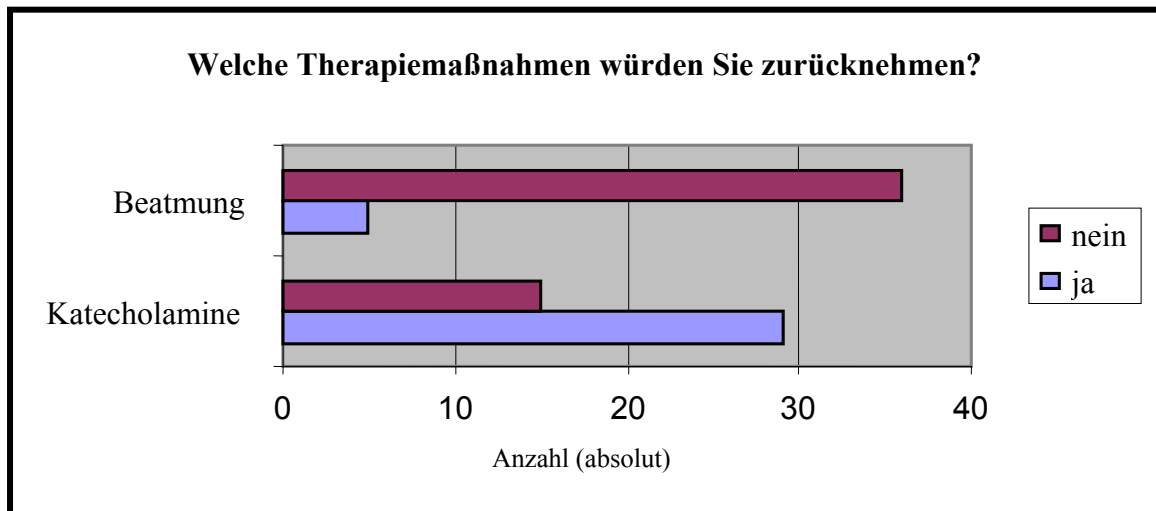


Abb. 6

Für eine Schrittmacherimplantation entschieden sich deutlich weniger (10 Probanden) als dagegen (35 Probanden). Kein Unterschied ließ sich anhand der Antworten auf die Frage nach der Verbindlichkeit der Patientenverfügung feststellen. Für 17 Befragte gilt sie als verbindlich, für 27 eben nicht. ($p=,123$)

6.3 Fall 3

Der Fall 3 handelt von einer 70-jährigen Patientin, die nach einem gedeckt perforierten Bauchaortenaneurysma wochenlang intensivmedizinisch behandelt werden muss und nach einem MOV spontan atmend stabilisiert werden konnte, bevor es wieder zu einem Zusammenbruch kam. Ein Bekannter legt eine Vorsorgevollmacht vor und erzählt, dass die Patientin „nicht allzu lange von intensivmedizinischen Maßnahmen abhängig sein wolle“.

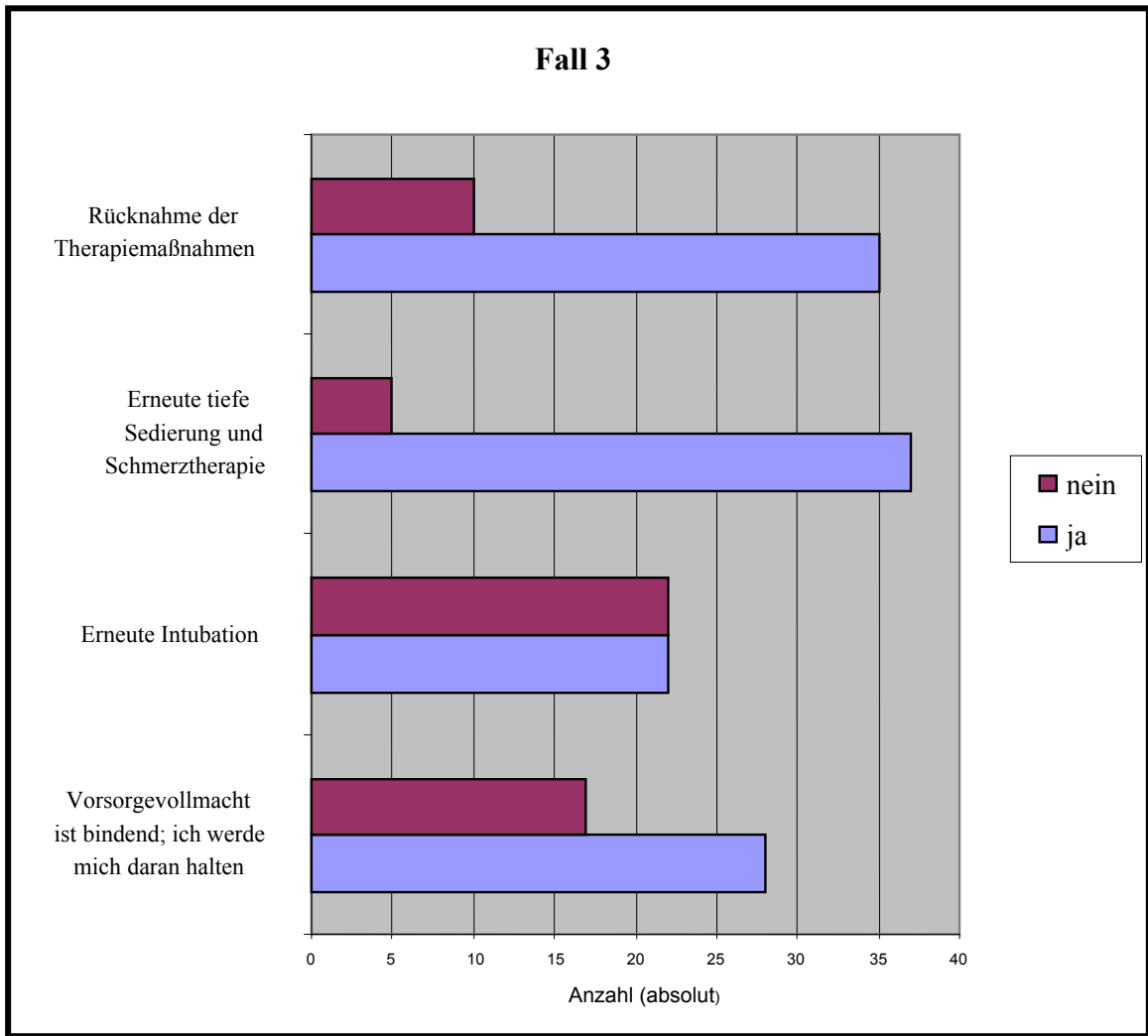


Abb. 7

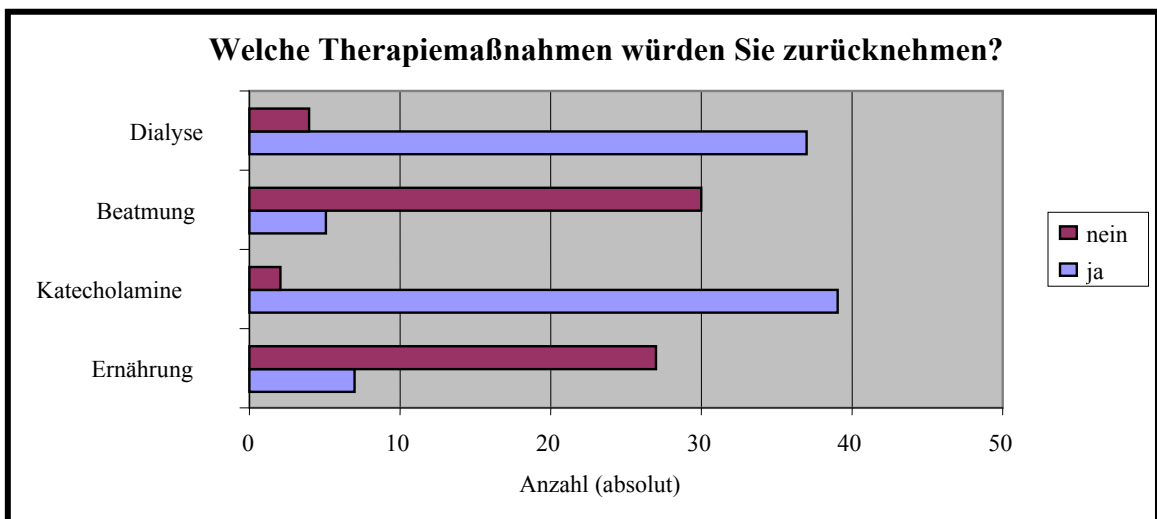


Abb. 8

35 Befragte votierten für eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen, 10 dagegen. Mehrheitlich sollte die Dialyse und die Katecholamintherapie zurückgenommen werden, nicht jedoch Beatmung und Ernährung. Keine Tendenz zeigte sich auf die Frage nach einer erneuten Intubation. Keine signifikante Mehrheit hielt die Vorsorgevollmacht für verbindlich ($p=,101$).

6.4 Fall 4

Fall 4 handelt von einer 84-jährigen Frau, die von einem Auto angefahren wurde und dabei eine schweres SHT, multiple Frakturen und Hämatothorax erlitt. Insgesamt befindet sie sich in einem äußerst schlechten Zustand. Telefonisch gibt die Tochter bekannt, dass ihre Mutter vor mehr als 5 Jahren eine Patientenverfügung erstellt, habe in der sie im Falle einer schweren Beeinträchtigung alle chirurgischen und intensivmedizinischen Maßnahmen ablehne.

34 Befragte und somit signifikant ($p=,011$) mehr verneinen die Rücknahme der Therapiemaßnahmen; gegenüber 14 Probanden, die dies befürworten.

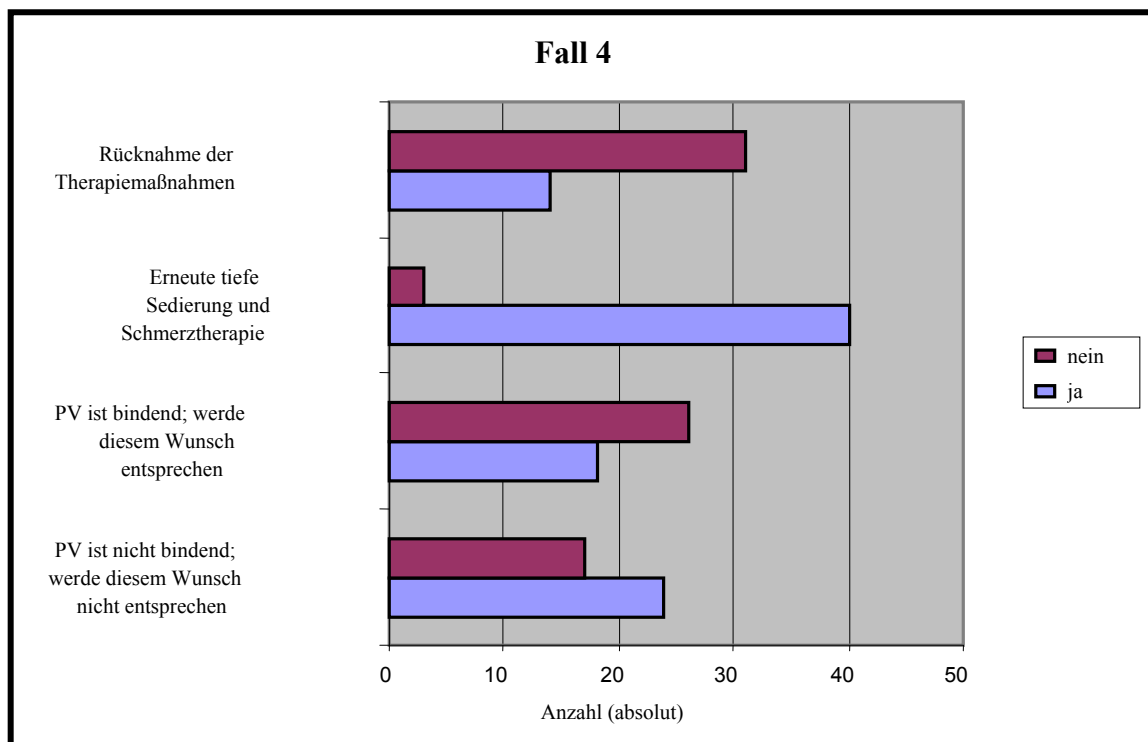


Abb. 9

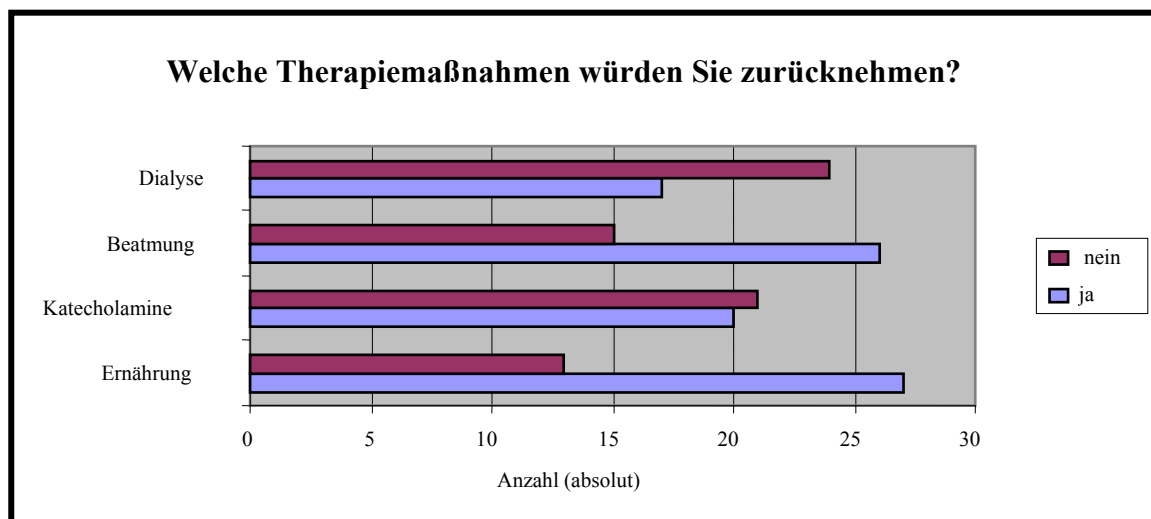


Abb.10

Eine signifikante Mehrheit entschied sich für eine Rücknahme der Ernährung. ($p=,027$) und der Beatmung. Eine Mehrzahl der Befragten, jedoch keine statistisch bedeutsame, sah die Patientenverfügung nicht als verbindlich an. ($p=,228$)

6.5 Fall 5

Fall 5 erzählt von einem 55-jährigen Patienten, der auf Basis eines Morbus Crohn eine Peritonitis entwickelt und nach mehreren Wochen Intensivbehandlung kreislaufinstabil und niereninsuffizient ist. Die Möglichkeit einer operativen Sanierung besteht im Moment nicht. Der Patient hat vor 4 Jahren eine Patientenverfügung verfasst, in der er sehr genau seine Werthaltung beschreibt und angibt, im Falle des Versagens von lebenswichtigen Organen, keine intensivmedizinische Therapie zu wollen, wenn die Chance auf ein normales Weiterleben sehr gering ist. In einem auswärtigen Krankenhaus wurde auf die Verfügung nicht Bedacht genommen. Die Lebensgefährtin drängt aber darauf. Eine signifikante Mehrheit ($p=,025$) votiert für eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen. (30 Personen) gegenüber 15, die dagegen stimmten.

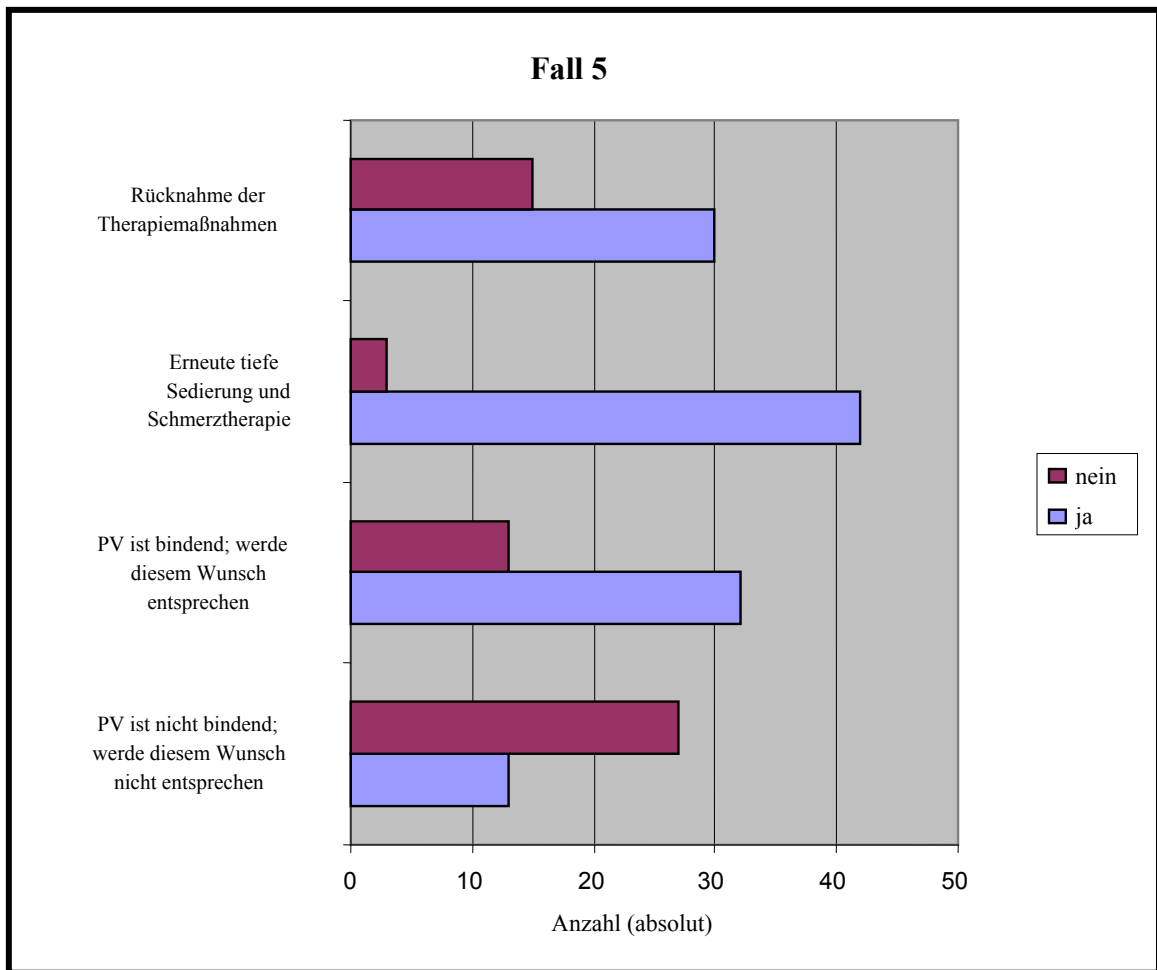


Abb. 11

Zurückgenommen werden sollten vor allem die Dialyse und die Katecholamintherapie, nicht jedoch die Beatmung und Ernährung. Die Mehrheit sah die Verfügung als verbindlich an. ($p=,005$)

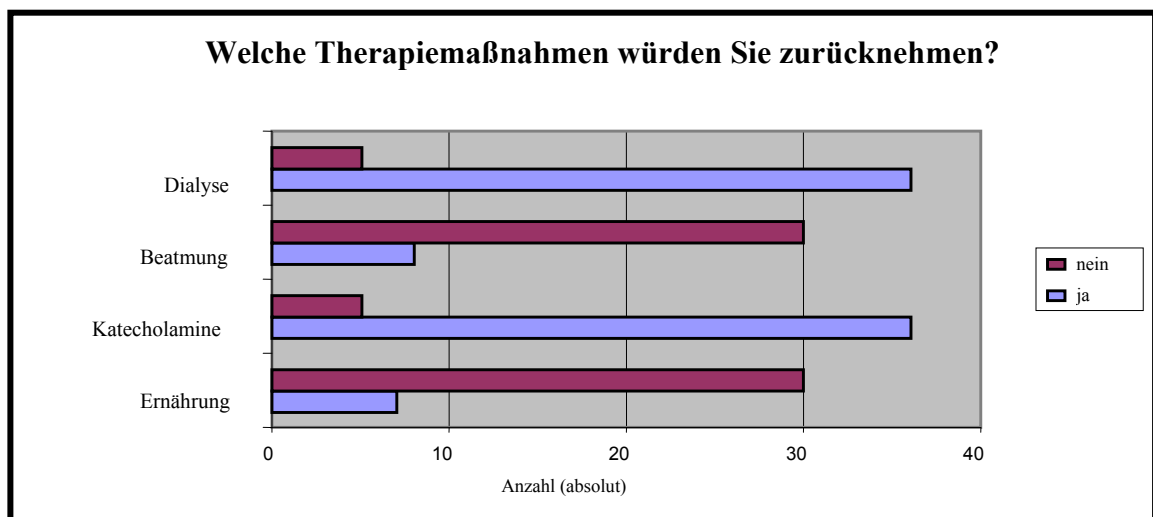


Abb. 12

6.6 Fall 6

Fall 6 beschreibt die Folgen eines Skiunfalls eines 40-jährigen Patienten. Er erlitt schwerste innere Verletzungen und wurde am Unfallort bereits reanimiert. Die zweite Reanimation erfolgte im Operationssaal und es kam zu mehrfachen Organversagen. Am 3. Tag tritt erneut ein Kammerflimmern auf. Ein guter Freund sei als Vorsorgebevollmächtigter bestellt, jedoch nicht erreichbar. Die Ehefrau erzählt glaubhaft, dass ihr Mann „solange als möglich die Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen wünsche“.

34 Befragte entschieden sich für aggressivere Therapiemaßnahmen, gegenüber 7, die dies verneinten. Ebenso eine Mehrheit von 33 vs. 12 Befragten stimmte für eine erneute Defibrillation. Eine ähnlich große Mehrheit hielt die Verfügung für verbindlich ($p=,016$). Die meisten Befragten stimmten für eine Weiterbehandlung für die Dauer von 1-3 Wochen.

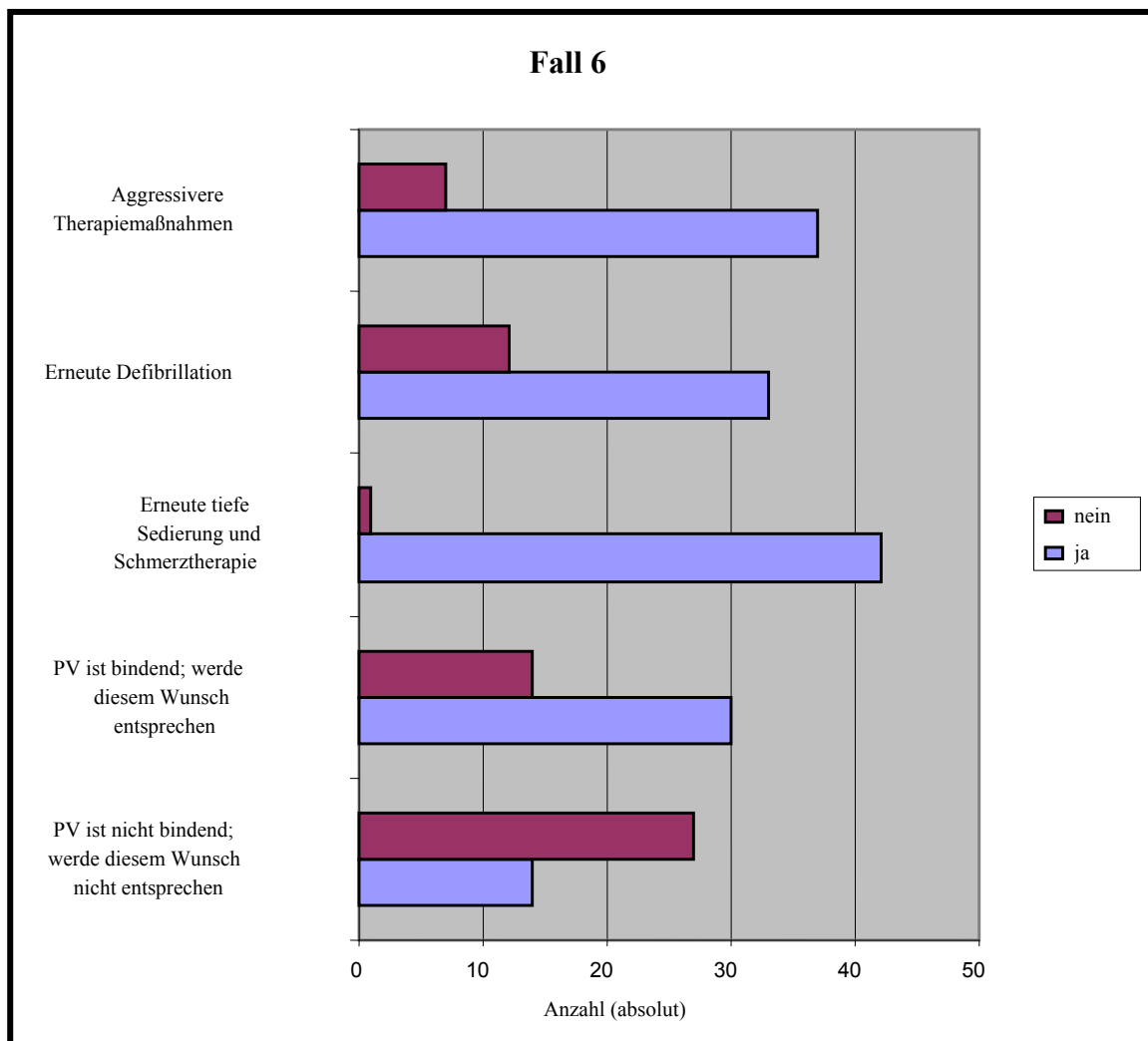


Abb. 13

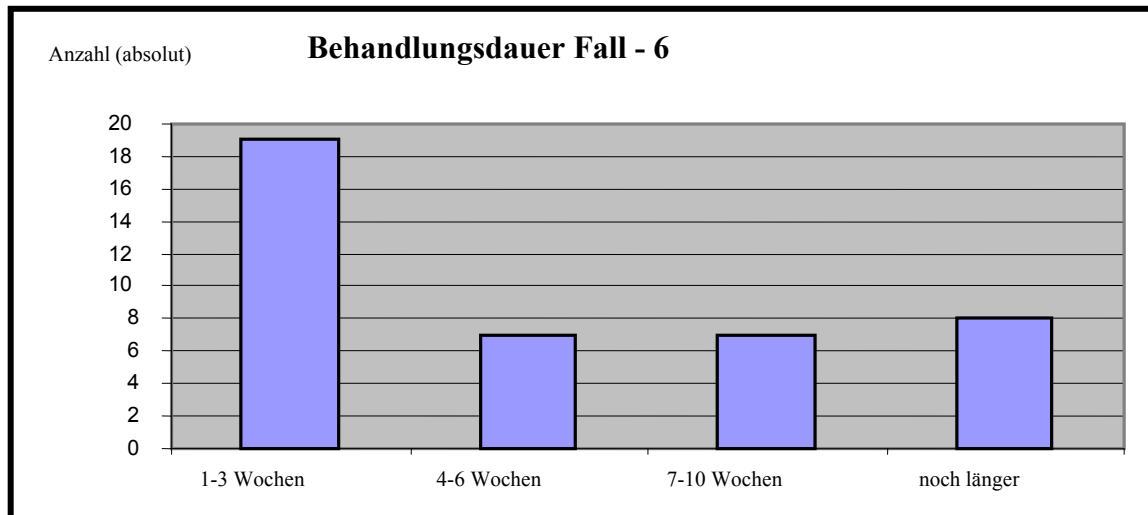


Abb. 14

Die meisten Befragten stimmten für eine Weiterbehandlung für die Dauer von 1-3 Wochen. Ein gleich bleibender Anteil hielt längere Behandlung für angebracht.

6.7 Fall 7

Fall 7 berichtet von einer Patientin, die bei einem Intubationsversuch auf Grund eines Myokardinfarktes eine Trachealverletzung erleidet, die trotz operativer Revision in ein septisches Geschehen mündet. Intraoperativ und zweimal danach wurde die Patientin bereits defibrilliert. Es liegt keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor. Die Schwiegertochter der Patientin möchte jedoch, dass alles getan wird, um das Leben der Patientin zu retten. 32 Befragte entschieden für aggressivere Therapiemaßnahmen gegenüber 12, die dagegen stimmten. ($p=,003$). Eine nicht signifikante Mehrheit entschied sich für eine neuerliche Defibrillation ($p=,070$). Auf die Frage: „Angenommen es liegt Ihnen eine Patientenverfügung vor, die vor mehr als fünfeneinhalb Jahren ausgestellt wurde und in der die Patientin verfügt, sie wolle keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn sie einmal auf einer ICU läge, wie würden Sie darauf reagieren?“ stimmte eine Mehrheit von 24 Befragten mit „Nein, ich werde diesem Wunsch der Patientin nicht entsprechen“ und 20 mit „Ja, ich werde diesem Wunsch entsprechen“. Der Unterschied ist nicht signifikant. ($p=,546$).

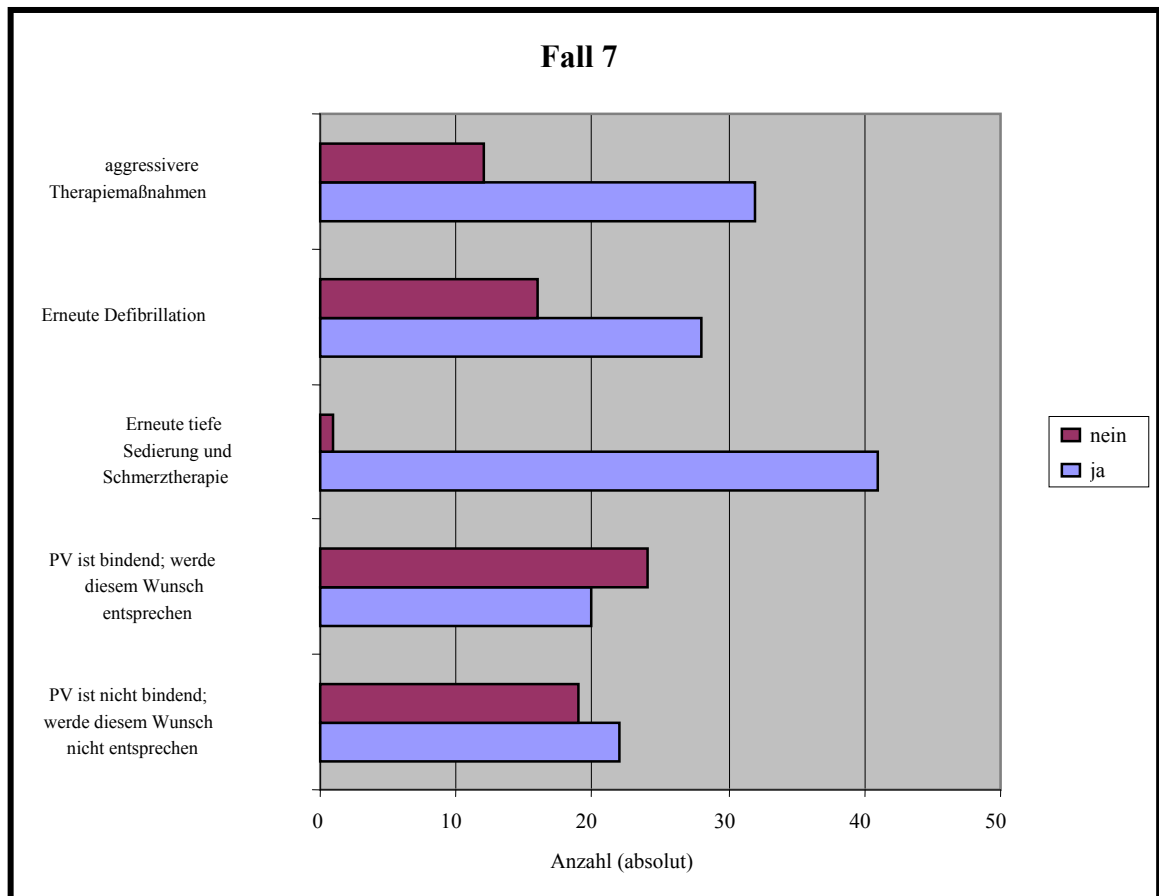


Abb. 15

6.8 Fall 8

In Fall 8 erkrankt ein 45-jähriger Mann nach einem Insektenstich an einer nekrotisierenden Fasciitis und rutscht anschließend in eine MOV. Trotz Amputation der Extremität kommt es zu keiner Verbesserung. Es liegt keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor, auch die Gattin kann keine Wünsche an das Behandlungsteam weitergeben. 25 Probanden stimmten gegen aggressiveres Vorgehen, 19 stimmten dafür. ($p=,366$). Auf die Frage: „Angenommen es liegt Ihnen eine Patientenverfügung vor, die vor mehr als fünfzehn Jahren ausgestellt wurde und in der der Patient nur schreibt, er wolle im Falle einer Erkrankung keine lebensverlängernden Maßnahmen, wie würden Sie darauf reagieren?“ hielt eine nicht signifikante Mehrheit ($p=,228$) die Verfügung für nicht verbindlich. Auf die Frage nach der Behandlungsdauer stimmten 7 Personen für unbestimmt längere Therapie.

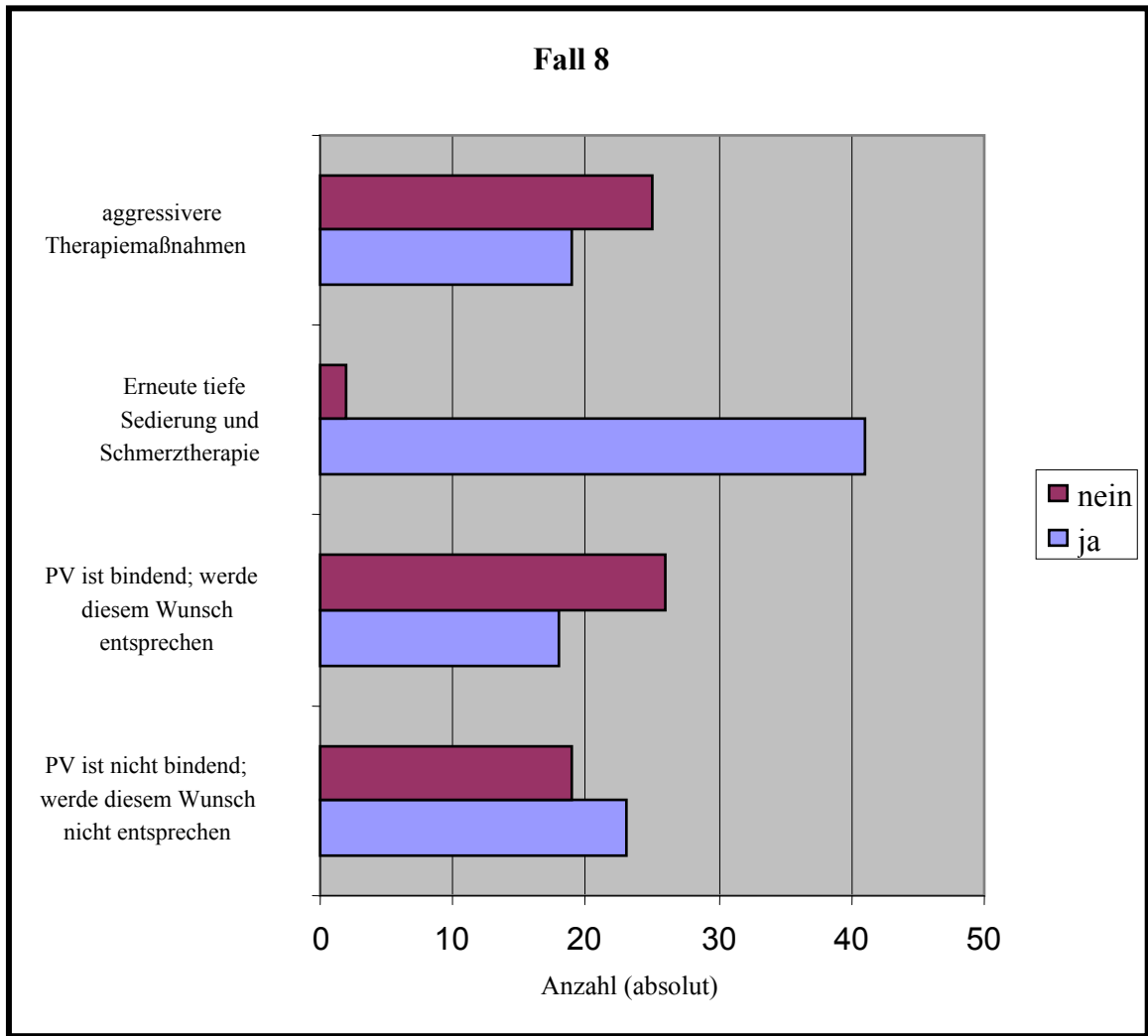


Abb. 16

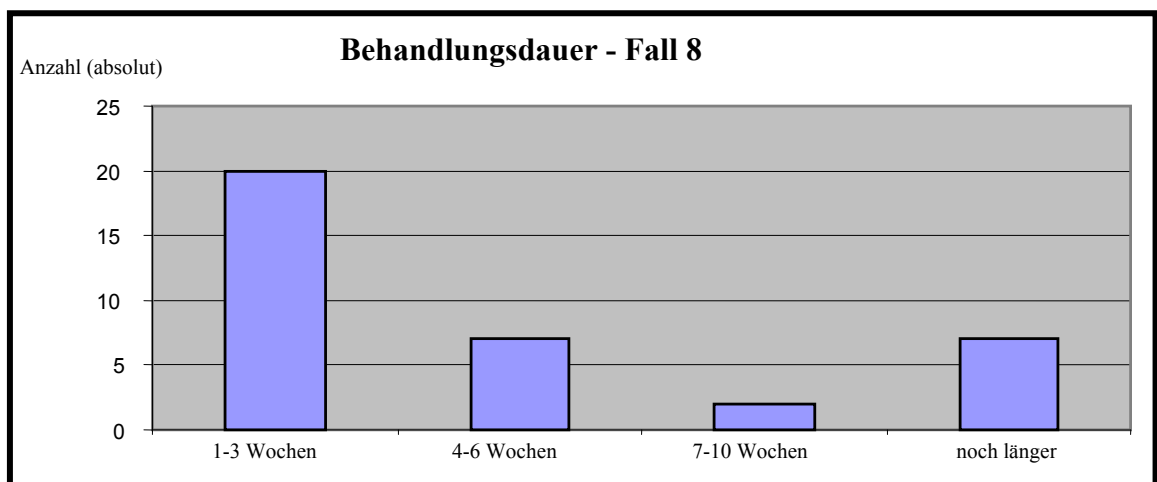


Abb. 17

7. Diskussion

In unserer Zeit ist es deutlich spürbar, dass Tod und Sterben im Alltag kaum noch Platz finden. Vielen Menschen fällt das Gespräch über die eigene Endlichkeit zunehmend schwerer und sollte am Besten ganz aus der Gedankenwelt verschwinden. Der überwiegende Teil der Menschen stirbt in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und das bedingt die regrediente Erfahrung der Bevölkerung im Umgang mit Sterbenden. Die verhältnismäßig geringe Anzahl an Todesfällen jüngere Menschen, die nicht zuletzt durch geringe Kindersterblichkeit, Präventivmedizin, moderne Intensivmedizin usw., erklärbar ist, bewirkt aber auch, dass plötzliche Todesfälle dieser Bevölkerungsgruppe umso schrecklicher empfunden werden und im Prinzip als vermeidbar gelten. Ebenfalls einer Veränderung unterliegt der Umgang mit Schmerzen und Leid. Viele Menschen erleiden im Rahmen chronischer Erkrankungen, wie z.B. Tumorerkrankungen, enorme Schmerzen. Bis zu einem gewissen Grad lassen sich diese mit verschiedenen nicht invasiven und invasiven Schmerztherapieverfahren in einem erträglichen Bereich halten. Trotzdem finden sich viele Patienten wegen ihrer körperlichen Schmerzen, aber auch aus anderen Gründen, wie Vereinsamung, einer nicht vorhandenen Heilungschance, oder der Angst jemandem zu sehr zur Last zu fallen, in einer Situation wieder, die für sie ausweglos erscheint. Der Wunsch, endlich sterben zu können wird in solchen Situationen immer wieder geäußert. Das vormals selbstverständliche und geduldige Ertragen von Schmerzen und Leid wird in zunehmendem Maße von der Vorstellung verdrängt, schmerzfrei und vor allem schnell den Tod zu finden. In der Schweiz existieren Institutionen wie *Dignitas* oder *Exit* [74], die es Menschen ermöglichen, assistierten Suizid zu begehen und in den vorhin beschriebenen Situationen den scheinbar letztmöglichen Ausweg zu wählen, nämlich den Tod. 865 Menschen sollten vom Verein *Dignitas* (*lat. Würde*) bis April 2008 Beihilfe zu Suizid geleistet haben. [74] Neben dem Vorwurf der Verharmlosung des Suizids und dem dadurch wachsenden psychischen Druck auf Schwerstkranke wurde dem Verein auch die Beihilfe zum Suizid von psychisch kranken Menschen vorgeworfen. [74] Dieser liberale Umgang mit kranken Menschen nimmt in der schweizerischen Verfassung ihren Ursprung, die dem Privaten jegliche Freiheiten zugesteht, solange dabei keine Interessen Dritter oder von Seiten der Öffentlichkeit als Gründe vorliegen. [75]

Vor allem die Unabhängigkeit von religiösen Einstellungen stellt einen zentralen Pfeiler dieser Art des Umgangs mit dem Tod dar.

Da hat weder der Muslim dem Christen, Juden oder Buddhisten, der Christ dem Juden oder einem Andersgläubigen, aber auch ein gläubiger Mensch dem ungläubigen Menschen – auch nicht auf dem Umweg über eine staatliche Vorschrift – seine individuelle weltanschauliche, religiöse oder politische Auffassung aufzuoktroyieren oder auch nur den Versuch dazu zu unternehmen. [75]

Dem gegenüber steht die, in unseren Breiten seit Jahrhunderten prägende, christliche Wertvorstellung, die naturgemäß einen völlig anderen Zugang zu diesem Thema hat.

Die Kongregation für Glaubenslehre [76] hat in einer Erklärung zur Euthanasie festgehalten, dass der Suizid, ebenso wie der Mord nicht zu rechtfertigen sei, wenngleich eine Aufhebung der Schuldhaftigkeit durch bestimmte seelische Umstände sehr wohl eingeräumt wird. Ein solcher Akt stehe der Oberherrschaft Gottes entgegen und sei eine Verweigerung der Selbstliebe und eine Flucht vor Pflichten gegenüber nahe stehenden Menschen und verschiedenen Gemeinschaften. Euthanasie gelte als Anschlag auf den Menschen und eine Beleidigung seiner Würde [76]. Hingegen findet die Schmerztherapie bis hin zur palliativen Sedierung keine Ablehnung in dieser Stellungnahme. Die Patientenverfügung wird von zahlreichen Vertretern der katholischen Kirche als wertvolles Instrument zur Wahrung der Wertvorstellungen eines Menschen gesehen. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang scheint nur die deutliche Abgrenzung zum assistierten Suizid bzw. zur aktiven Sterbehilfe, die in der „christlichen Patientenverfügung“ eine starke Gewichtung erfährt. [77]

Ein zunehmender Anteil der Menschen nutzt die Patientenverfügung als Instrument, um über den eigenen Tod nachzudenken und um für bestimmte Situationen Vorkehrungen zu treffen, indem sie z.B. ihre Wertvorstellungen festhalten. Trotzdem ist jeder Anteil, der dieses Werkzeug gebraucht, der weitaus kleinere. Obwohl der Begriff der Patientenverfügung breit bekannt ist, sind es nur wenige, die eine Patientenverfügung erstellen. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass das Erstellen einer solchen Verfügung ohne speziellen Anlass, z.B. eine schwere Erkrankung, eine enorm schwierige Aufgabe darstellt und eine weitaus stärkere Belastung sein kann, als man vielleicht zuvor meinen möchte. Die Angst vor dem Tod und das „Nicht wahr haben Wollen“ könnte die fehlende Breitenwirksamkeit der Patientenverfügungen erklären. Zusätzlich spielt

sicherlich die mangelnde mediale Präsenz dieser Möglichkeit eine Rolle. Auf die Probleme der Antizipierbarkeit von Situationen und den möglicherweise veränderten Willen von Patienten, im Fall des tatsächlichen Eintreffens solcher Umstände, möchte ich an dieser Stelle nochmals verweisen.

Das Patientenverfügungsgesetz scheint als solche bei Intensivpersonal in ihren groben Zügen durchaus bekannt zu sein. Im Gespräch mit Medizinerinnen und Pflegepersonal von anderen Abteilungen gewann ich den Eindruck, dass das Patientenverfügungsgesetz großteils überhaupt nicht bekannt ist und von vielen als unnötiger Ballast empfunden wird. Manche fühlen sich durch PV in ihrer Entscheidungskompetenz untergraben und äußern sich daher häufig sehr skeptisch darüber. Der Aufklärungsbedarf in diesem Bereich scheint enorm zu sein.

Die Auswertung meiner Befragung bestätigte die Ergebnisse von Bettina Schöne-Seiffert und Clemens Eickhoff [72] wonach sich in Sachen Therapieentscheidungen am Lebensende keine signifikanten Unterschiede zwischen Ärzten und DGKS/P finden lassen. Nur im Fall 3 lehnten signifikant mehr DGKS/P die Dialysebehandlung ab, was jedoch die Ergebnisse, wonach Pflegepersonal gewisse Therapiemaßnahmen häufiger ablehnen als Ärzte [78] (Gillick, M. Hesse, K. Mazzapica, N.) keinesfalls bestätigt. Die Geschlechtsverteilung hat Behandlungsentscheidungen, wie auch in der Studie von Schöne-Seiffert und Eickhoff, nicht beeinflusst. Aufgrund der inhomogenen Verteilung konnten in meiner Untersuchung die Religionszugehörigkeit und der Beziehungsstatus nicht untersucht werden. Obwohl die Entscheidungen der Gesamtheit der Befragten zumeist signifikant in eine Richtung deuten, besteht immer noch eine beachtliche Gruppe, die dieser Meinung entgegensteht. Mit Sicherheit spielt auch die Abstraktheit eines solchen Falles am Papier eine Rolle als auch die fehlende detaillierte Darstellung, die so manchen veranlassen könnte, in der jeweiligen Entscheidung eher zurückhaltend zu agieren. Die Auslegung der rechtlichen Situation stellt häufig eine problematische dar. In Fall 1 geben 15 Befragte an, dem Wunsch des Patienten nicht zu entsprechen, was auf Grund der Zustimmung durch Kopfnicken des offensichtlich bewusstseinsklaren Patienten einer eigenmächtigen Heilbehandlung entspricht und somit laut § 110 StGB strafbar ist. Ähnlich die Situation in Fall 3 in der die Vorsorgevollmacht der Patientin von 17 Befragten als nicht verbindlich gesehen wird. Anzumerken ist, dass ein Teil der Fragebögen vor in Kraft treten der gesetzlichen Regelung der Vorsorgevollmacht retourniert wurde, und dieses Ergebnis wegen der geringen Stichprobengröße keineswegs repräsentativ ist. Die übrigen Ergebnisse zeigen, dass unter den Behandelnden die 5 Jahres Frist (§ 7 PatVG) als

Verbindlichkeitserfordernis sehr wohl bekannt ist und berücksichtigt wird. Im Fall 6 wünscht sich ein Patient die Weiterführung aller intensivmedizinischen Maßnahmen und es zeigt sich, dass einer solchen Forderung vom Personal der Abteilung mit größerer Zustimmung begegnet wird, als einer Ablehnung von Maßnahmen. Dies zeigt deutlich den, nach wie vor vorhandenen, ethischen Konflikt bei solchen Entscheidungen. Es zeigt sich auch, dass, wie im Fall 7 dargestellt, bei Nichtvorhandensein einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, trotz einer infausten Prognose viele den Behandlungsabbruch ablehnen und die Therapiemaßnahmen sogar intensivieren würden. Die ins Spiel gebrachte Patientenverfügung beweist an Hand der Zustimmung ihren Effekt.

Erfreulich ist die insgesamt breite Zustimmung zur ausreichenden Schmerztherapie, die auch in der Studie von Jutta Dlubis-Dach, Peter Glogner (2001) bestätigt wurde [71].

Es bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse zukünftige Studien über das tatsächliche Wirksamwerden von verbindlichen Patientenverfügungen liefern. Wie Kopetzki und Gmeiner ausführen, sind die Verbindlichkeitsvoraussetzungen sehr streng und im Einzelfall kaum zu realisieren [38]. Interessanterweise belegen Schöne-Seiffert und Eickhoff (1996), dass Intensivpersonal Entscheidungen traf, die sie selbst für nicht gesetzeskonform hielten [72]. Diese Tatsache vermag die teilweise uneinheitlichen Ergebnisse zur Frage nach Behandlungsabbruch in großteils klaren rechtlichen Situationen zu erklären und beweist die Unumgehbarkeit des persönlichen ethischen Konflikts und vor allem dessen Bedeutung verglichen mit der Gesetzgebung.

„Je länger und intensiver wir alle Behandlungsmöglichkeiten für die uns anvertrauten Patienten in vollem Umfange und mit allen Mitteln, gemäß dem uralten Auftrag des Arztes, Leben zu erhalten, auszuschöpfen versuchen, desto deutlicher müssen wir neben und hinter der Fülle des Lichtes auch dessen Schattenseiten erkennen.“ [79]

In Anbetracht dieser Schattenseiten können Patientenverfügungen in vielen Fällen als Orientierungspunkte für die Behandlung von Schwerstkranken herangezogen werden und deren Beachtung ist ein Zeichen des Respekts der Autonomie von Patienten in einer äußerst sensiblen Situation. Ich bin jedoch der Meinung, dass Menschen sich Zeit ihres Lebens, auch in ihren Einstellungen verändern, gerade durch einschneidende Ereignisse, wie eine schwere Erkrankung oder einen Unfall. Aus diesen Gründen, scheint es für mich persönlich am sinnvollsten, eine allgemein gehaltene, d.h. beachtliche Patientenverfügung

zu verfassen, in der Grundgedanken und Wertehaltungen festgehalten werden. Für äußerst problematisch halte ich jedoch die konkrete Ablehnung von verschiedenen Maßnahmen und Behandlungen ohne unmittelbaren Anlass, eben aus Gründen der schwierigen Vorhersehbarkeit und möglicherweise veränderten Einstellung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens. Das Abgeben der Verantwortung im Sterben stellt, in meinen Augen, im Reifungsprozess des betroffenen Menschen einen wesentlichen Schritt dar. Ein Schritt, der jedoch nur möglich ist, wenn Angehörige, Freunde und besonders auch Ärzte diese Verantwortung übernehmen. Eine Patientenverfügung kann diese schwierige Aufgabe deutlich erleichtern, indem sie die Gedanken und Wertvorstellungen des betroffenen Patienten zum Sterben und zum Tod, aber auch zum Leben, überliefert. Die Patientenverfügung soll dem Patienten, den Angehörigen und den behandelnden Ärzten des Patienten Sicherheit und Schutz in der vulnerabelsten Phase des Lebens bieten.

8. Literaturverzeichnis

[1] Oorschot B, Wedding U. Einstellungen zu Sterben, Tod und Palliativmedizin. Springer Medizinverlag. *Onkologie* 2005; 11: 367 - 375.

[2] Streckeisen U. Die Medizin und der Tod. Leske und Budrich 2001. Opladen; 49 – 67.
Zitiert nach: Oorschot B, Wedding U. Einstellungen zu Sterben, Tod und Palliativmedizin. Springer Medizinverlag. *Onkologie* 2005; 11: 367 – 375.

[3] Schockenhoff E. Sterbenden beistehen – Ethische Überlegungen zum mitmenschlichen Auftrag der Medizin. Springer Medizin Verlag. *Gynäkologie* 2007; 40:966 – 971.

[4] Feldmann K. Sterben und Tod. Leske und Budrich 1981. Opladen; 75 – 88. Zitiert nach: Oorschot B, Wedding U. Einstellungen zu Sterben, Tod und Palliativmedizin. Springer Medizinverlag. *Onkologie* 2005; 11: 367 - 375.

[5] Eisemann M, Ericsson M, Nordenstam M, Richter J, Molloy D W. Attitudes towards self determination in health care – A general population survey in northern Sweden. *European Journal of Public Health* 9 (1), 1999; 41 – 44. Zitiert nach: Richter J, Eiseman M, Bauer B, Kreibeck H, Aström S. Entscheidungen und Einstellungen von Krankenschwestern bei der Behandlung schwerkranker alter Menschen: eine kulturelle Vergleichsstudie. Verlag Hans Huber Bern. *Pflege* 1999; 12:244 – 249.

[6] Elder N C, Schneider F D, Zweig S C, Peters jr P G, Ely J E, Community attitudes and knowledge about advance directives. *Journal of American Board of Family Practitioners* 5 (6). 1992; 565 – 572. Zitiert nach: Richter J, Eiseman M, Bauer B, Kreibeck H, Aström S. Entscheidungen und Einstellungen von Krankenschwestern bei der Behandlung schwerkranker alter Menschen: eine kulturelle Vergleichsstudie. Verlag Hans Huber Bern. *Pflege* 1999; 12:244 – 249.

[7] Emanuel L L, Barry M J, Emanuel E J, Stoeckle J D. Advance directives: can patients' stated treatments choices be used to infer unstated choices? *Medical Care* 32 (2). 1994; 95 – 105. Zitiert nach: Richter J, Eiseman M, Bauer B, Kreibeck H, Aström S.

Entscheidungen und Einstellungen von Krankenschwestern bei der Behandlung schwerkranker alter Menschen: eine kulturelle Vergleichsstudie. Verlag Hans Huber Bern. *Pflege* 1999; 12:244 – 249.

[8] Noll P. Diktate über Sterben und Tod. Piper. München, Zürich 1984. Zitiert nach: Rehbock T. Achtung der Autonomie gegenüber <<nicht einwilligungsfähigen>> Patienten? Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. *Pflege* 2005; 18:381-388.

[9] Rehbock T. Achtung der Autonomie gegenüber <<nicht einwilligungsfähigen>> Patienten? Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. *Pflege* 2005; 18:381-388.

[10] Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD; Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 2004; 22:315 – 321. Zitiert nach: Hahn J, Mandraka F, Fröhlich G. Ethische Aspekte in der Therapie kritisch kranker Tumorpatienten. *Intensivmed* 2007; 44: 416 – 428.

[11] Ernst J, Schwarz R. Patienten im medizinischen Entscheidungsprozess – Befunde und Fragen zum Shared-Decision-Making bei Tumorpatienten. *Brandenburgisches Onkologie-Forum* 2006; 28 – 32. Zitiert nach: Hahn J, Mandraka F, Fröhlich G. Ethische Aspekte in der Therapie kritisch kranker Tumorpatienten. *Intensivmed* 2007; 44: 416 – 428.

[12]Gutmann T. Der Eigene Tod – Selbstbestimmung des Patienten und der Schutz des Lebens in ethischer und rechtlicher Dimension. *Ethik Med* 2002; 14: 170 – 185.

[13]Höffe O, Menschenwürde als ethisches Prinzip. Köln 2002. Zitiert nach: Rehbock T. Achtung der Autonomie gegenüber <<nicht einwilligungsfähigen>> Patienten? Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. *Pflege* 2005; 18:381-388.

[14] Spaemann. R. Über den Begriff der Menschenwürde. 2001. Zitiert nach: Rehbock T. Achtung der Autonomie gegenüber <<nicht einwilligungsfähigen>> Patienten? Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. Pflege 2005; 18:381-388.

[15] Immanuel Kant. Die Metaphysik der Sitten. URL:
http://de.wikipedia.org/wiki/Menschenw%C3%BCrde#Menschenw.C3.BCrde_bei_Kant:_Der_Mensch_als_.E2.80.9EZweck_an_sich.E2.80.9C_darf_nie_nur_.E2.80.9EMittel_zum_Zweck.E2.80.9C_sein [Zugriff am 14. 9. 2007]

[16] Haemmerli U P, Wettstein A. Humane medizinische Betreuung im Heim: praktische Richtlinien. Schweizer Heimwesen 3 1991; 158-161. Zitiert nach: Rehbock T. Achtung der Autonomie gegenüber <<nicht einwilligungsfähigen>> Patienten? Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. Pflege 2005; 18:381-388.

[17] Wieland W. Strukturwandel der Medizin und ärztlichen Ethik. Abhandlungen der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Philosophisch-historische Klasse Jg. 1985 Abh. 4. Heidelberg 1986. Zitiert nach: Rehbock T. Achtung der Autonomie gegenüber <<nicht einwilligungsfähigen>> Patienten? Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. Pflege 2005; 18:381-388.

[18] Beauchamp T L, Childress J F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford Univ. Press. 5. Auflage. New York 2001. Zitiert nach: Oduncu F. S. Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. MedR 2005. Heft 8; 437-445.

[19] Sophokles „Elektra“. Zitiert nach: Oduncu F S. Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. MedR 2005. Heft 8; 437-445.

[20] Grof S, Halifax J. Die Begegnung mit dem Tod. Klett-Cotta. Stuttgart. 1980. Zitiert nach: Wilke C. Der Umgang mit Sterbenden und terminal kranken Patienten. Eine Qualitative Studie in der Allgemeinmedizin. Dissertation. Charité Berlin. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000003143/0_Disswilke.pdf;jsessionid=17AA4FA8BB2475AAD8C7EDB1F26F7286?hosts= [Zugriff am 3.10.2008]

[21] Thorpe G. Enabling more dying people to remain at home. BMJ 1993;307:915-918. Zitiert nach: Wilke C. Der Umgang mit Sterbenden und terminal kranken Patienten. Eine Qualitative Studie in der Allgemeinmedizin. Dissertation. Charité Berlin. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000003143/0_Disswilke.pdf;jsessionid=17AA4FA8BB2475AAD8C7EDB1F26F7286?hosts= [Zugriff am 3.10.2008]

[22] Frewer A. Geschichte und Ethik der Euthanasie: Der "gute Tod" und die Aufgaben der Medizin. Brandenburgisches Ärzteblatt 2001;11:375-378. Zitiert nach: Wilke C. Der Umgang mit Sterbenden und terminal kranken Patienten. Eine Qualitative Studie in der Allgemeinmedizin. Dissertation. Charité Berlin. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000003143/0_Disswilke.pdf;jsessionid=17AA4FA8BB2475AAD8C7EDB1F26F7286?hosts= [Zugriff am 3.10.2008]

[23] Wuermeling H-B. Töten oder Sterbenlassen? Zur Frage der Patientenverfügung. Hrsg Buchmüller H-R. Wiss. Verl. Richard Rothe. Passau 1997. Zitiert nach: Wilke C. Der Umgang mit Sterbenden und terminal kranken Patienten. Eine Qualitative Studie in der Allgemeinmedizin. Dissertation. Charité Berlin. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000003143/0_Disswilke.pdf;jsessionid=17AA4FA8BB2475AAD8C7EDB1F26F7286?hosts= [Zugriff am 3.10.2008]

- [24] Callahan D. Death and the research imperative. N Engl J Med 2000;342:654-656.
Zitiert nach: Wilke C. Der Umgang mit Sterbenden und terminal kranken Patienten. Eine Qualitative Studie in der Allgemeinmedizin. Dissertation. Charité Berlin. URL:
http://www.diss.fuberlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000003143/0_Disswilke.pdf;jsessionid=17AA4FA8BB2475AAD8C7EDB1F26F7286?hosts=
[Zugriff am 3.10.2008]
- [25] Cicely Saunders. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Cicely_Saunders [Zugriff am 14. 9. 2007]
- [26] Elisabeth Kübler-Ross; URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_K%C3%BCbler-Ross [Zugriff am 14.09.2007]
- [27] Martin Weber, Imke Strohscheer, Helmut Samonigg, Christoph Huber. Palliative Sedierung – eine Alternative zur Euthanasie bei unerträglichem Leid am Ende des Lebens. Med Klein 2005; 100:292-298.
- [28] Sauer K. Palliative Sedierung. Springer Medizinverlag. Urologie 2007; 46:26-29.
- [29] Müller-Busch C H., „Terminale Sedierung“ – Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene? Springer Medizinverlag. Ethik Med 2004; 16:269-377.
- [30] Beck D. Ist Terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar? Ethik Med 2004. Springer Medizinverlag 2004; 16:334-341.
- [31] Boyle J. Medical ethics and double effect: the case of terminal sedation. Theoret Med; 25:51 – 60. Zitiert nach: Beck D. Ist Terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar? Ethik Med 2004. Springer Medizinverlag 2004; 16:334-341.
- [32]. Neitzke G, Frewer A. Sedierung als Sterbehilfe? – Zur medizinischen Kultur am Lebensende. Ethik Med 2004 Springer Medizin Verlag; 16:323-333.

- [33] Materstvedt L J, Clark D, Ellershaw J, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003; 17:97 – 101. Zitiert nach: Martin Weber, Imke Strohscheer, Helmut Samonigg, Christoph Huber. Palliative Sedierung – eine Alternative zur Euthanasie bei unerträglichem Leid am Ende des Lebens. *Med Klein* 2005; 100:292-298.
- [34] Birnbacher D. Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen. Springer Medizinverlag. *Ethik Med* 2004; 16:358-368.
- [35] Orentlicher D. The Supreme court and terminal sedation. An ethically inferior alternative to physician assisted suicide. Zitiert nach: Birnbacher D. Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen. Springer Medizinverlag. *Ethik Med* 2004; 16:358-368.
- [36] Peintinger M. Künstliche Ernährung – Ethische Entscheidungsfindung in der Praxis. Springer Medizinverlag. *Ethik Med* 2004 (16); 229-241.
- [37] Schmidt-Recla A. Voluntas et vita: Tertium non datur. *MedR* 2008; 26:181-185.
- [38] Gmeiner R, Kopetzki C. Österreich auf dem Weg zu einem Patientenverfügungsgesetz? *Zeitschrift für Biopolitik* 2005. Nr. 2; 67 - 75
- [39] Borasio G D, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H, Zierz S. (2004) Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase. *Nervenarzt* 2004; 75:1187 – 1193.
- [40] Academy of Neurology Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient. *Neurologie* 1989; 39:125 – 126. Zitiert nach: Borasio G D, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H, Zierz S. (2004) Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase. *Nervenarzt* 2004; 75:1187 – 1193.
- [41] Taupitz J (2000) Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Zitiert nach: Bockenheimer-Lucius G. Einstellung einer künstlichen Ernährung und kritische Anfragen an die Rechtsprechung. *Ethik Med* 2005; 17:265 – 268.

- [42] McCue J. "The naturalness of dying URL:
http://de.wikipedia.org/wiki/Perkutane_endoskopische_Gastrostomie [Zugriff am 22. 9. 2008]
- [43] Ridder M. Medizin am Lebensende: Sondenernährung steigert nur selten die Lebensqualität. URL:
http://de.wikipedia.org/wiki/Perkutane_endoskopische_Gastrostomie. [Zugriff am 22. 9. 2008]
- [44] Synofzik M. „PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz“, URL:
http://de.wikipedia.org/wiki/Perkutane_endoskopische_Gastrostomie [Zugriff am 22. 9. 2008]
- [45] DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung. Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Zitiert nach: Schmidt-Recla A. Voluntas et vita: Tertium non datur . MedR 2008; 26:181-185.
- [46] Kemptener Fall. URL: <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerkem.htm>
„Kemptener Fall“ – BGH Urteil vom 13. 9. 1994 (BGHSt 40, 257 ff. = NJW 1995, 204 f.)
– 1 StR 357/94 – LG Kempten
- [47] Terri Schiavo. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo [Zugriff am 27.8. 2008]
- [48] The whole Terri Schiavo story by Diana Lynne, URL:
http://www.worldnetdaily.com/news/article.asp?ARTICLE_ID=43463 [Zugriff am 27. 8. 2008]
- [49] „Im Zweifel für das Leben“. Die Debatte um Sterbehilfe, Patientenverfügung und Palliativmedizin. Katholische Nachrichten-Agentur.
- [50] Eluana Englaro könnte in österreichischer Klinik sterben. URL:
<http://www.stol.it/nachrichten/artikel.asp?KatId=d&ArtId=128036> [Zugriff am 25.11.2008]

- [51] Italien: Koma-Patientin darf sterben. URL:
<http://diepresse.com/home/panorama/welt/430183/index.do?from=rss> [Zugriff am 25.
11.2008]
- [52] Kutner L (1969) Due process of euthanasia: the living will, a proposal. *Indiana Law J* 1969; 539 – 554. Zitiert nach: Meran J G, May A, Geissendörfer S, Simon A. Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. *Onkologe* 2003; 9:1313- 1324.
- [53] Aigner G. Die Patientenverfügung – zur Entstehungsgeschichte des PatVG. *FamZ* 2006; 7:66 – 68.
- [54] Memmer M, Patientenverfügungen. Rechtslage nach dem 1. Juni 2006. *FamZ* 2006; 7:69 – 72.
- [55] Patientenverfügungsgesetz. URL:
http://ris1.bka.gv.at/authentic/findbgbl.aspx?name=entwurf&format=html&docid=COO_2026_100_2_137773 [Zugriff am 5. 10. 2008]
- [56] Erläuterungen zum Patientenverfügungsgesetz; 2 – 10
- [57] Pelttari-Stachl L. Der Weg zum österreichischen Patientenverfügungsgesetz und erste Erfahrungen aus der Patientenperspektive. Projekt zur Erlangung des: „Akademischen Experten in Palliative Care“ an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg 2006. URL:http://www.patientenanwalt.com/pdf/0804WegzumPatientenverfuegungsgesetz_MagPelttariStachl.pdf [Zugriff am 22. 9. 2008]
- [58] Oorschot B, Hausmann C, Köhler N, Leppert K, Schweitzer S, Steinbach K, Anselm R. (2004) Patientenverfügungen aus Patientensicht. Ergebnisse einer Befragung von palliativ behandelten Tumorpatienten. *Ethik Med* 2004; 16:112 – 122.

[59] Hellige B. Zitiert bei: Pelttari-Stachl L. Der Weg zum österreichischen Patientenverfügungsgesetz und erste Erfahrungen aus der Patientenperspektive. Projekt zur Erlangung des: „Akademischen Experten in Palliative Care“ an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg 2006. URL: http://www.patientenanwalt.com/pdf/0804WegzumPatientenverfuegungsgesetz_MagPelttariStachl.pdf [Zugriff am 22. 9. 2008]

[60] Meran J G, May A, Geissendörfer S, Simon A. Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Was geschieht, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann? *Onkologie* 2003; 9:1313- 1324.

[61] Parfit D. *Reasons and Persons*. Oxford University Press. Oxford 1984. Zitiert nach: Meran J G, May A, Geissendörfer S, Simon A. Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Was geschieht, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann? *Onkologie* 2003; 9:1313- 1324.

[62] Buchanan A E, Brock D W . *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. Cambridge University Press. New York 1989. Zitiert nach: Meran J G, May A, Geissendörfer S, Simon A. Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Was geschieht, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann? *Onkologie* 2003; 9:1313- 1324.

[63] Eibach U (2003) Patientenverfügungen (PV) – Überlegungen zum kritischen und verantwortungsbewussten Umgang. Verlag Hans Huber Bern. *Pflege* 2003; 16:289 – 296.

[64] Wedler H. Sprechende und technische Medizin. *Zentralbl Gynäkol* 2002; 124:350 – 355. Zitiert nach: Oorschot B, Hausmann C, Köhler N, Leppert K, Schweitzer S, Steinbach K, Anselm R. (2004) Patientenverfügungen aus Patientensicht. Ergebnisse einer Befragung von palliativ behandelten Tumorpatienten. *Ethik Med* 2004; 16:112 – 122.

[65] Vorsorgevollmacht. URL: <http://www.ris2.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40079120/NOR40079120.html> [Zugriff am 5. 10. 2008]

- [66] Sahm S, Will R. Angehörige als natürliche Stellvertreter. Eine empirische Untersuchung zur Präferenz von Personen als Bevollmächtigte für die Gesundheitsvorsorge bei Patienten, Gesunden und medizinischem Personal. *Ethik Med* 2005; 17:7 – 20.
- [67] Pearlman R A, Uhlman R F, Jecker N S. Spousal understanding of patient quality of life. Implications for surrogate decisions. *J Clinic Ethics* 1992; 3:114 – 121. Zitiert nach: Meran J G, May A, Geissendörfer S, Simon A. Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Was geschieht, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann? *Onkologie* 2003; 9:1313- 1324.
- [68] Praktische Empfehlungen bei *Alberts*. *FPR* 2007; 73 – 75. Zitiert nach: Schmidt-Recla A. *Voluntas et vita: Tertium non datur* . *MedR* 2008; 26:181-185.
- [69] Salomon F. Leben erhalten und Sterben ermöglichen. Entscheidungskonflikte in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 2006; 55:64 – 69.
- [70] Salomon F. Therapiereduktion in der Intensivmedizin. Tabelle: *Der Weg zur ethisch begründeten Entscheidung für oder gegen den Einsatz einer Therapie*. URL: <http://www.krankenhausseelsorge-westfalen.de/konvent/material/publikationsalomon.pdf> [Zugriff am 5. 10. 2008]
- [71] Dlubis-Dach J, Glogner P. Durch welche Faktoren werden Therapiebegrenzungen auf internistischen Intensivstationen beeinflusst? *Ethik Med* 2001; 13:76 – 86.
- [72] Schöne-Seifert B, Eickhoff C. Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignetten Studie. *Ethik Med* 1996; 8:183 – 216.
- [73] Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod. Joachim Wittowski Hogrefe 1996.
- [74] Dignitas. URL: [http://de.wikipedia.org/wiki/Dignitas_\(Verein\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Dignitas_(Verein)) [Zugriff am 26.12.2008]

[75] DIGNITAS-Prinzipien. URL: http://www.dignitas.ch/media_dignitas/DIGNITAS-Prinzipien.pdf [Zugriff am 26.12. 2008]

[76] Euthanasie. URL: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_ge.html [Zugriff am 21.12. 2008]

[77] Die christliche Patientenverfügung. URL: http://www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_15-2_auflage.pdf [Zugriff am 26.12. 2008]

[78] Gillick M, Hesse K, Mazzapica N. Medical Technology at the End of Life. Arch Intern Med 153 (22): 2542 – 2547. Zitiert nach: Dlubis-Dach J, Glogner P. Durch welche Faktoren werden Therapiebegrenzungen auf internistischen Intensivstationen beeinflusst? Ethik Med 2001; 13:76 – 86.

[79] Fritsche P. Ethische Aspekte – Ist Kritik an der Intensivmedizin gerechtfertigt. HNO Informationen 1999; 4:24-28.

9. Anhang

1 Kasuistik 1

Ein 65-jähriger Patient wird nach Revaskularisierung der Koronararterien (CABG) bei bekannter KHK III, nachdem er bereits auf der Normalstation mehrere Tage verbracht hatte, wegen respiratorischer Probleme auf der Intensivstation aufgenommen. Beim Patienten besteht postoperativ eine Tetraparese sowie ein dialysepflichtiges Nierenversagen. Bei der Aufnahme auf der Intensivstation besteht ein septisches Zustandsbild mit einer respiratorischen Insuffizienz sowie ein katecholamin abhängiges Kreislaufversagen des Patienten. Der Patient ist hämodynamisch instabil, das akute postoperative Nierenversagen bessert sich nicht, auch kommt es mehrere Wochen nach Beginn der intensivmedizinischen Behandlung zu keiner wesentlichen Verbesserung des Gesamtzustandes. Derzeit ist der Patient tracheotomiert und atmet intermittierend spontan; der Kreislauf jedoch ist weiterhin instabil und katecholaminabhängig, auch das Nierenversagen besteht weiter.. Der Patient ist jedoch ansprechbar, bedingt kontaktfähig und scheint aber selbst nicht mehr an seine Genesung zu glauben.

Die Ehefrau des Patienten konfrontiert Sie mit einer Patientenverfügung, die sehr allgemein formuliert ist und besagt, dass der Patient, sollte er in einen Zustand kommen, bei dem die Chance einer Wiederherstellung seiner körperlichen Funktionen äußerst gering ist, keine weitere intensivmedizinische Behandlung mehr wünscht.

In einem Zustand, in dem der Patient Ihrer Einschätzung nach kontaktfähig und ansprechbar ist, zeigen Sie ihm diese Verfügung; durch Kopfnicken gibt er Ihnen zu verstehen (so Ihre Einschätzung), dass er mit dem Inhalt der Verfügung einverstanden ist und dem vorgesehenen Procedere zustimmt.

1. Würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt und unter Bedachtnahme auf die vorhandene Patientenverfügung an eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen denken (unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Patient aufgrund der Tetraparese während seines weiteren Lebens ein Pflegefall bleiben wird)?

Ja Nein

2. Welche intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen würden Sie zum gegebenen Zeitpunkt zurücknehmen:

a. Dialyse	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
b. Beatmung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
c. Katecholamine	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
d. Ernährung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

3. Wenn Sie sich zur Rücknahme aller bzw. wesentlicher medizinischer Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie den Patienten dann erneut tief sedieren und eine entsprechende Schmerztherapie vornehmen, damit gewährleistet ist, dass der Patient bis zum Eintritt des Todes nicht leiden muss.

Ja Nein

4. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen?

1 – 3 Wochen
 4 – 6 Wochen
 7 – 10 Wochen
 noch länger

5. Würden Sie beim erneuten Auftreten einer respiratorischen Insuffizienz den Patienten wiederum an eine Beatmungsmaschine hängen?

Ja Nein

6. Ihnen liegt eine Patientenverfügung vor, in der der Patient, falls keine Chance bestehen würde, seine gewohnten Aktivitäten (Sport etc.) wieder aufzunehmen, bestehen, die Fortführung weiterer Therapiemaßnahmen ablehnt. Wie reagieren Sie darauf?

a. Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten.

Ja Nein

b. Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.

Ja Nein

1.1 Kasuistik 2

Ein 42 jähriger Mann stürzt bei einer Reitsportveranstaltung vom Pferd; er erleidet dabei ein schweres Schädel-Hirn-Trauma und wird mit dem Rettungshubschrauber in das Krankenhaus transportiert; bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass der Patient sowohl Schädeldachfrakturen, als auch Schädelbasisfrakturen erlitten hat; außerdem bestehen ausgedehnte intrakranielle Blutungsherde; die Prognose wird von den Neurochirurgen als sehr schlecht eingestuft. Nach einer ersten chirurgischen Versorgung wird der Patient auf der Intensivstation übernommen und die entsprechenden intensivmedizinischen Behandlungsschritte eingeleitet. Die Hirndruckwerte des Patienten schwanken zwischen 30 – 40 mm Hg; der Patient wird kontrolliert beatmet und ist hämodynamisch instabil und benötigt Katcholamine zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs; im Verlauf des zweiten Tages nach dem erlittenen Trauma tritt beim Patienten eine ausgeprägte Bradykardie (HF < 35 Schläge / Minute) auf.

Bei den Ausweispapieren des Patienten findet sich eine Patientenverfügung, in der u.a. die Wertvorstellungen des Patienten sehr detailliert dargestellt sind und in der er verfügt, dass er „im Falle einer aussichtslosen Prognose seines Leidens keine wie immer geartete intensivmedizinische Maßnahme wünscht“.

Welche Schritte würden Sie in Kenntnis der schlechten Prognose und der vorhandenen Patientenverfügung setzen?

1. Würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt und unter Bedachtnahme auf die vorhandene Patientenverfügung an eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen denken

Ja Nein

2. Welche intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen würden Sie zum gegebenen Zeitpunkt zurücknehmen:

a. Beatmung Ja Nein

- b. Katecholamine Ja Nein
3. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie dem Patienten in den beschriebenen Situationen einen Schrittmacher implantieren?
- Ja Nein
4. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen?
1. 1 – 3 Wochen
 2. 4 – 6 Wochen
 3. 7 – 10 Wochen
 4. noch länger
5. Ihnen liegt eine Patientenverfügung vor, in der der Patient, falls keine Chance bestehen würde, seine gewohnten Aktivitäten (Sport etc.) wieder aufzunehmen, bestehen, die Fortführung weiterer Therapiemaßnahmen ablehnt. Wie reagieren Sie darauf?
- a. Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten.
- Ja Nein
- b. Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.
- Ja Nein

Kasuistik 3:

Eine 70-jährige Patientin wird nach operativer Versorgung eines gedeckt perforierten Bauchaortenaneurysmas auf die Intensivstation übernommen. Die Patientin war bereits vor der Operation in einem schlechten Allgemeinzustand, es bestand eine intermittierende tachykarde Vorhofflimmerarrhythmie sowie Einschränkungen der Nierenfunktion bei einem nichtinsulinpflichtigen Diabetes mellitus; postoperativ ist die Patientin kardial dekompensiert, sie benötigt hohe Dosen an Katecholaminen und lässt sich hämodynamisch nur schwer stabilisieren und wird kontrolliert beatmet. Es gelingt zwar unmittelbar postoperativ die Patientin vom Respirator zu entwöhnen, im Verlauf der weiteren Intensivbehandlung entwickelt sich jedoch ein Mehrfachorganversagen. Die Patientin benötigt erneut eine Unterstützung ihrer Atemtätigkeit, sie wird intermittierend hämodiafiltriert und benötigt weiterhin hohe Katecholamindosen. Im Verlauf von weiteren drei Wochen gelingt es den Allgemeinzustand der Patientin soweit zu stabilisieren, dass schließlich für die folgenden Tage eine Verlegung der Patientin aus der Intensivstation geplant werden kann. Bevor es jedoch endgültig zur Verlegung auf die Normalstation kommt, tritt bei der Patientin eine nosokomiale Pneumonie auf, aus der sich schließlich ein septisches Zustandsbild entwickelt; erneut tritt ein Mehrfachorganversagen auf und die Patientin wird für weitere fünf Wochen einer aggressiven intensivmedizinischen Behandlung unterzogen, die durch einen phasenhaften Verlauf von Zuständen der Besserung und Situationen eines weitgehenden Zusammenbruchs der Organfunktionen charakterisiert ist. Am Ende dieser Behandlungsphase besteht bei der Patientin eine Spontanatmung durch eine Trachealkanüle, die Nierenfunktion ist im Stadium der kompensierten Retention und hämodynamisch ist die Patientin auf einem niedrigen Niveau ohne Katecholamine stabil. In dieser Phase kommt es erneut zu einem Zusammenbruch des Kreislaufs.

Ein Bekannter der Patienten meldet sich bei Ihnen und legt eine Vorsorgevollmacht vor; er erzählt Ihnen, dass die Patientin zu einem früheren Zeitpunkt, in dem Einsichts- und Urteilsfähigkeit bestand, gesagt habe, sie wolle, sollte es ihr einmal schlecht gehen, nicht allzu lange von intensivmedizinischen Maßnahmen abhängig sein.

Welche Maßnahmen würden Sie nun im Wissen um die allgemeinen Wertvorstellungen der Patientin ergreifen?

1. Würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt und unter Bedachtnahme auf die vorhandene Patientenverfügung an eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen denken (unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Patientin wahrscheinlich während ihres weiteren Lebens ein Pflegefall bleiben wird)?

Ja Nein

2. Welche intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen würden Sie zum gegebenen Zeitpunkt zurücknehmen:

c. Dialyse	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
d. Beatmung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
e. Katecholamine	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
f. Ernährung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

3. Wenn Sie sich zur Rücknahme aller bzw. wesentlicher medizinischer Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie den Patienten dann erneut tief sedieren und eine entsprechende Schmerztherapie vornehmen, damit gewährleistet ist, dass der Patient bis zum Eintritt des Todes nicht leiden muss.

Ja Nein

4. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen?

1 – 3 Wochen
 4 – 6 Wochen
 7 – 10 Wochen
 noch länger

5. Würden Sie beim erneuten Auftreten einer respiratorischen Insuffizienz den Patienten wiederum an eine Beatmungsmaschine hängen?

Ja Nein

6. Ihnen liegt eine Vorsorgevollmacht vor, in der der Patient, falls keine Chance bestehen würde, die Fortführung weiterer Therapiemaßnahmen ablehnt. Wie reagieren Sie darauf?

a. Die Vorsorgevollmacht und die Aussagen des Bekannten der Patientin sind für mich bindend und ich muss mich daran halten.

Ja Nein

- b. Die Vorsorgevollmacht und die Aussagen des Bekannten der Patientin besitzen für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.

Ja Nein

Kasuistik 4:

Eine 84-jährige Patientin wird als Fußgängerin von einem Auto angefahren und niedergestoßen; sie erleidet dabei ein schweres Schädel-Hirn-Trauma mit einer traumatischen Subarachnoidalblutung, eine Fraktur des 5. Brustwirbelkörpers mit Verdacht auf traumatische Schädigung des Rückenmarks, ein Thoraxtrauma mit Hämatothorax, eine Beckenringfraktur sowie mehrere Frakturen im Bereich der unteren Extremitäten. Sie wird nach einer Erstuntersuchung auf die Intensivstation transferiert; aufgrund des Alters und der gesamten Befundkonstellation besteht für den Neurochirurgen keine Indikation zu einer Intervention; die Patientin befindet sich bei der Aufnahme auf der Intensivstation in einem sehr schlechten und instabilen Allgemeinzustand.

Die Tochter der Patientin informiert unmittelbar nach Aufnahme der Patientin auf der Intensivstation telefonisch darüber, dass ihre Mutter vor mehr als 5 Jahren eine Patientenverfügung gemacht habe, in der sie festgehalten habe, dass sie im Falle einer schweren Beeinträchtigung ihrer geistigen und körperlichen Funktionen nicht mehr weiterleben möchte und alle chirurgischen und intensivmedizinischen Maßnahmen ablehnt.

Welche intensivmedizinischen Maßnahmen würden Sie nun ergreifen?

1. Würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt und unter Bedachtnahme auf die Information durch die Tochter der Patientin zu einer Weiterführung der Therapiemaßnahmen entscheiden?

Ja Nein

2. Welche intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen würden Sie zum gegebenen Zeitpunkt weiterführen bzw. falls erforderlich einsetzen?:

a. Dialyse	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
b. Beatmung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
c. Katecholamine	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
d. Ernährung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

3. Wenn Sie sich zur Rücknahme bzw. Nichtweiterführung aller bzw. wesentlicher medizinischer Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie den Patienten dann tief sedieren und eine entsprechende Schmerztherapie vornehmen, damit gewährleistet ist, dass der Patient bis zum Eintritt des Todes nicht leiden muss.

Ja Nein

4. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen?

1. 1 – 3 Wochen
2. 4 – 6 Wochen
3. 7 – 10 Wochen
4. noch länger

5. Ihnen liegt eine mündlich überbrachte Patientenverfügung vor, in der die Patientin die Fortführung weiterer Therapiemaßnahmen ablehnt. Wie reagieren Sie darauf?
- a. Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten.
- Ja Nein
- b. Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.
- Ja Nein

Kasuistik 5:

Ein 55-jähriger Patient wird von einem auswärtigen Krankenhaus im septischen Schock aufgrund einer eitrigen Vier-Quadranten-Peritonitis nach Dünndarmperforation auf die Intensivstation übernommen. Als Grundkrankheit besteht beim Patienten seit Jahren ein Morbus Crohn. Beim Patienten bestehen zudem eine tachykarde Vorhofflimmerarrhythmie, eine Pneumonie sowie ein akutes Nierenversagen. Er ist intubiert und sediert, kontrolliert beatmet, hämodynamisch trotz hoher Katecholamindosen instabil und wird hämodiafiltriert. Es dauert mehrere Tage bis es mittels aggressiver Flüssigkeitsbehandlung sowie aggressiver Katecholamintherapie gelingt den Kreislauf des Patientin zu stabilisieren; der weitere Verlauf ist zwar durch eine Verbesserung der Organfunktionen charakterisiert, die intraabdominelle Situation des Patientin ist jedoch weiterhin von einer ausgeprägten Peritonitis charakterisiert, die sich trotz regelmäßiger operativer Revisionen nicht in den Griff bekommen lässt. Sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung ist der Allgemeinzustand des Patienten weiterhin stark reduziert, die Nierenfunktion beginnt sich wieder zunehmend zu verschlechtern, es besteht eine urämische Gastritis; auch hämodynamisch wird der Patient wieder zunehmend instabil und dies trotz steigender Katecholamindosen; zudem gibt es keine Möglichkeit mehr die intrabdominelle Situation chirurgisch zu sanieren.

Der Patient hat vor vier Jahren eine Patientenverfügung erstellt, in der er neben seinen allgemeinen Werthaltungen einem Leben in Würde gegenüber deutlich und sehr genau zum Ausdruck bringt, bei welcher Erkrankung er keine lebensverlängernden Maßnahmen wünscht: „Im Falle eines schweren septischen Zustandsbildes, in dem alle oder zumindest einige meiner lebenswichtigen Organe versagen und die Chance, wünsche ich keine lebensverlängernden Maßnahmen; dies trotz meines eher jungen Alters; ich möchte nur weiterleben, wenn ich allen meinen bislang durchgeführten Aktivitäten (sowohl beruflich, als auch privat) nachgehen kann und ich möchte als Pflegefall niemandem zur Last fallen.“

Zudem ist die Lebensgefährtin des Patienten erbost, weil bereits im auswärtigen Krankenhaus trotz Urgenz ihrerseits nicht auf diese Verfügung bedacht genommen wurde.

Welche weiteren Therapieschritte würden Sie nun setzen?

1. Würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt und unter Bedachtnahme auf die vorhandene Patientenverfügung an eine Rücknahme der Therapiemaßnahmen denken (unter Berücksichtigung der erfolgten Urgenz der Lebensgefährtin)?
- Ja Nein

2 Welche intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen würden Sie zum gegebenen Zeitpunkt zurücknehmen:

Dialyse	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Beatmung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Katecholamine	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Ernährung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

3. Wenn Sie sich zur Rücknahme aller bzw. wesentlicher medizinischer Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie den Patienten dann erneut tief sedieren und eine entsprechende Schmerztherapie vornehmen, damit gewährleistet ist, dass der Patient bis zum Eintritt des Todes nicht leiden muss.

Ja Nein

4. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen?

- 1 – 3 Wochen
- 4 – 6 Wochen
- 7 – 10 Wochen
- noch länger

5. Ihnen liegt eine Patientenverfügung vor, in der der Patient, falls keine Chance bestehen würde, seine gewohnten Aktivitäten (Sport etc.) wieder aufzunehmen, bestehen, die Fortführung weiterer Therapiemaßnahmen ablehnt. Wie reagieren Sie darauf?

a. Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten.

Ja Nein

b. Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.

Ja Nein

Kasuistik 6:

Ein 40-jähriger Schifahrer prallt gegen eine Baum und erleidet derart schwere Verletzungen, dass er bereits am Unfallort reanimiert werden muss. Die Wiederbelebung auf der Schipiste gelingt, der Patient wird mit dem Rettungshubschrauber in das Krankenhaus transportiert und mit folgenden Verletzungen aufgenommen: schweres Schädel-Hirn-Trauma, traumatisches Epiduralhämatom, Milzruptur, Ausriss der Nierenarterie, Rippenserienfraktur mit Hämatothorax und ausgeprägten Lungenkontusionen, Fraktur des 3. Halswirbels, mehrere Extremitätenfrakturen, Perforation mehrerer Darmabschnitte; als Vorerkrankung besteht eine schwere Leberzirrhose. Bereits während der operativen Versorgung tritt im Operationssaal erneut ein Kammerflimmern auf; auch diesmal gelingt eine weitere erfolgreiche Reanimation. Bei der Aufnahme auf die Intensivstation ist der Patient sediert und beatmet, hämodynamisch instabil und benötigt hohe Dosen an Katecholaminen; bereits am ersten posttraumatischen Tag entwickelt sich ein akutes Nierenversagen, ein akutes Lungenversagen sowie eine schwere metabolische Entgleisung. Nach einer kurzen Phase der hämodynamischen Stabilität kommt es am 3. posttraumatischen Tag erneut zu einem Zusammenbruch des Kreislaufs, der Patient ist instabil und es tritt erneut ein Kammerflimmern auf.

Nachdem Sie die Ehefrau des Patientin über den sehr bedrohlichen Zustand des Patienten informieren, teilt sie Ihnen mit, dass es eine Vorsorgevollmacht gibt und der Patient einen guten Freund als Vorsorgebevollmächtigter bestellt wurde; dieser ist zum derzeitigen Zeitpunkt jedoch im Ausland und nicht erreichbar. Die Ehefrau des Patienten ist aber über den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht auch informiert und erzählt glaubhaft, dass der Patient auf jeden Fall weiterleben möchte und solange als möglich die Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen wünscht.

Welche Maßnahmen werden Sie nun ergreifen?

- 1 Würden Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt und unter Bedachtnahme auf die vorhandene Patientenverfügung für eine aggressive Therapie und Weiterführung aller nur erdenklichen Maßnahmen entscheiden?

Ja Nein

- 2 Würden Sie nach mehrmals vorübergehend erfolgreicher Defibrillation bei Wiederauftreten erneut für diese Maßnahme entscheiden?

Ja Nein

3. Wenn Sie sich zur Rücknahme aller bzw. wesentlicher medizinischer Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie den Patienten dann erneut tief sedieren und eine entsprechende Schmerztherapie vornehmen, damit gewährleistet ist, dass der Patient bis zum Eintritt des Todes nicht leiden muss.

Ja Nein

4. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen (auch unter dem Aspekt wiederholter Reanimationen)?

1 – 3 Wochen
 4 – 6 Wochen
 7 – 10 Wochen
 noch länger

5. Ihnen liegt eine Patientenverfügung vor, in der der Patient trotz evtl. schlechter und aussichtsreicher Prognose die Weiterführung sämtlicher intensivmedizinischer Behandlungen wünscht. Wie reagieren Sie darauf?

a. Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten.

Ja Nein

b. Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.

Ja Nein

Kasuistik 7:

Eine 65-jährige Patientin erleidet im Rahmen der Behandlung einer kardialen Dekompensation auf dem Gang einer internen Normalstation den vierten Myokardinfarkt; das rasch herbeigerufene Notarztteam intubiert und reanimiert die Patientin; bei der Intubation kommt es zu einer Verletzung der hinteren Trachealwand; diese Verletzung wird nicht sofort erkannt, sodass die Patientin bis zur endgültigen Diagnose mehrere Stunden auf einer internen Intensivstation wegen ihrer kardialen Problematik behandelt wird. Nach erfolgter Diagnose wird die Verletzung operativ versorgt und die Patientin postoperativ intubiert und beatmet und bereits mit Zeichen eines septischen Geschehens auf die Intensivstation transferiert. Bereits intraoperativ ist ein Kammerflimmern aufgetreten; dieses konnte durch Defibrillation erfolgreich behandelt werden. Unmittelbar nach der Aufnahme auf der Intensivstation kommt es erneut zu einem Kammerflimmern; auch dieses wird mittels Defibrillation erfolgreich therapiert; es vergehen nur weitere 15 Minuten bis zum nächsten Auftreten eines Kammerflimmerns.

Es liegt keine Patientenverfügung vor und die Patientin hat auch keine Vorsorgebevollmächtigte bestimmt. Die Schwiegertochter der Patientin wird von der schlechten Prognose informiert und möchte, dass trotz der schlechten kardialen Situation der Patientin alles getan wird, um das Leben der Patientin zu retten.

Welche Maßnahmen würden Sie nun ergreifen?

1. Würden Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt für eine aggressive Therapie und Weiterführung aller nur erdenklichen Maßnahmen entscheiden?

Ja Nein

- 3 Würden Sie nach mehrmals vorübergehend erfolgreicher Defibrillation bei Wiederauftreten erneut für diese Maßnahme entscheiden?

Ja Nein

3. Wenn Sie sich zur Rücknahme aller bzw. wesentlicher medizinischer Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie den Patienten dann erneut tief sedieren und eine entsprechende Schmerztherapie vornehmen, damit gewährleistet ist, dass der Patient bis zum Eintritt des Todes nicht leiden muss.

Ja Nein

2. Wenn Sie sich trotz vorhandener Patientenverfügung nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen (auch unter dem Aspekt wiederholter Reanimationen)?

1 – 3 Wochen
 4 – 6 Wochen
 7 – 10 Wochen
 noch länger

3. Unter der Annahme es liege Ihnen eine Patientenverfügung vor, die vor mehr als 5 ½ Jahren ausgestellt wurde und in der die Patientin verfügt, sie wolle keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn sie einmal auf einer Intensivstation läge, wie würden Sie darauf reagieren?

a. Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten.

Ja Nein

b. Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.

Ja Nein

Kasuistik 8:

Ein 45-jähriger und bis zum Zeitpunkt der aufgetretenen Erkrankung vollkommen gesunder Patient wird in einem außereuropäischen Land an der unteren Extremität von einem Insekt gestochen; trotz bereits vor Ort auftretender septischer Symptome wird das gesamte Krankheitsbild sowohl seitens des Patienten als auch seitens der behandelnden Ärzte vernachlässigt; erst als eine nekrotisierende Fasciitis auftritt, begibt sich der Patient ins örtliche Krankenhaus und nach einer Erstversorgung tritt er trotz einer zunehmenden Verschlechterung seines Allgemeinzustandes die Rückreise nach Europa an. Er wird Tage später auf der Intensivstation im Multiorganversagen aufgenommen; als Vorerkrankung besteht beim Patienten eine Leberzirrhose alkoholischer Genese. Der Patient ist kreislaufun stabil, catecholaminabhängig; es besteht ein Leber- und dialysepflichtiges Nierenversagen sowie ein ARDS. Nach sechs Wochen intensivmedizinischer Behandlung und keiner Verbesserung des Gesamtzustandes (und dies trotz erfolgter Amputation der betroffenen Extremität), stellt sich nun für das behandelnde Team im Wissen um die hohe Mortalität dieses Krankheitsbildes die Frage der Rücknahme der aggressiven Behandlungsmethoden.

Eine Patientenverfügung sowie eine Vorsorgevollmacht liegt nicht vor; da die Gattin des Patienten ebenfalls alkoholkrank ist und an einer entsprechenden Enzephalopathie leidet, kann sie bezüglich eventueller Wünsche des Patienten keine Informationen an das Behandlungsteam geben.

Wie würden Sie sich entscheiden?

1. Würden Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt für die Weiterführung einer aggressiven Therapie und aller nur möglichen Maßnahmen entscheiden?

Ja Nein

2. Wenn Sie sich zur Rücknahme aller bzw. wesentlicher medizinischer Maßnahmen entscheiden würden, würden Sie den Patienten dann erneut tief sedieren und eine entsprechende Schmerztherapie vornehmen, damit gewährleistet ist, dass der Patient bis zum Eintritt des Todes nicht leiden muss.

Ja Nein

3. Wenn Sie sich nicht für eine Rücknahme der intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden würden: Wie lange würden Sie die Behandlung fortsetzen (auch unter dem Aspekt wiederholter Reanimationen)?

- 1 – 3 Wochen
- 4 – 6 Wochen
- 7 – 10 Wochen
- noch länger

4. Unter der Annahme es liege Ihnen eine Patientenverfügung vor, die vor mehr als 5 ½ Jahren ausgestellt wurde und in der der Patient nur schreibt, er wolle, im Falle

einer schweren Erkrankung, keine lebensverlängernden Maßnahmen, wie würden Sie darauf reagieren?

a. Die Patientenverfügung ist für mich bindend und ich muss mich daran halten.

Ja Nein

b. Die Patientenverfügung besitzt für mich keinen verpflichtenden Charakter; ich werde diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen.

Ja Nein

Lebenslauf

ANTON WILDGANS WEG 17/2 8043 GRAZ
TELEFON 06505315836 • E-MAIL:
DAVID.WINDISCH@STUD.MEDUNI-GRAZ.AT

DAVID WINDISCH

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

1. Familienstand: ledig
2. Staatsangehörigkeit: Österreich
3. Alter: 25 Jahre
4. Geburtsdatum: 09.07.1983
5. Geburtsort: Graz
6. Eltern: Karin Windisch; Franz Windisch,
7. Geschwister: Anna (23), Katharina (22), Johannes (20),
Sebastian (15), Elias (10), Mirjam (6)

FERIALJOBS

- Sommer 1998: Feriarbeit Firma CERAM Porzellanfabrik AG
- 8. Sommer 1999: Feriarbeit bei Firma CERAM Porzellanfabrik AG
- 9. Sommer 2000: Feriarbeit bei Firma CERAM Porzellanfabrik AG für 4 Monate.

AUSBILDUNG

- 1989 - 1993: Volksschule Hollenegg
- 1993 – 1997: Hauptschule Deutschlandsberg
- 1997 – 2001: Bundesoberstufenrealgymnasium in Deutschlandsberg
- 2001 – 2002: Präsenzdienst beim Artillerieregiment 2 in Klagenfurt mit Ausbildung zum Fernmelder und Funker
- Seit 2002: Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz

PRAKTISCHE AUSBILDUNG

- Famulatur an der Abteilung für Innere Medizin im LKH Deutschlandsberg bei Univ. Doz. Ing. Dr. Gerhard Stark (4 Wochen)
- Famulatur an der Abteilung für Chirurgie im LKH Deutschlandsberg bei Univ. Doz. Dr. Wilhelm Klösch. (4 Wochen)
- Famulatur am Institut für Radiologie am LKH Graz (Abteilung für MR Diagnostik, Abteilung für Nuklearmedizin)
- Famulatur im Diakonissen – Spital Schladming, Abteilung für Innere Medizin. Februar 2007 (4 Wochen)
- Famulatur in Universitätsklinikum Münster (Deutschland) – Schwerpunkt Wirbelsäulentraumatologie (4 Wochen)
- Famulatur an der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am LKH Deutschlandsberg (4 Wochen)
- Praktisches Jahr an der Abteilung für Herzchirurgie (10 Wochen),
- Praktisches Jahr an der Abteilung für Innere Medizin – Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg (10 Wochen),
- Praktisches Jahr im Krankenhaus der Elisabethinen – HNO (5 Wochen),
- Praktisches Jahr in der Lehrpraxis von Dr. Andreas Jöbstl (5 Wochen)

SONSTIGE SPRACHKENNTNISSE

- Englisch Universitätsniveau
- Latein: Maturaniveau
- Grundkenntnisse Russisch

David Windisch