

GLOSSAR

medizinische und rechtliche Begriffsbestimmungen

A Alzheimer Erkrankung: Fortschreitender Gehirngewebeschwund, Nachlassen der geistigen Fähigkeiten, Form der Demenz*, die zu Gedächtnisstörung, Orientierungs- und Ratlosigkeit führt, später zu Affektstörungen, Inkontinenz (=unwillkürlicher Abgang von Stuhl und Harn), Nicht-Mehr-Erkennen von Angehörigen, Persönlichkeitszerfall. Im »Endstadium« ist auch eine natürliche Nahrungsaufnahme i. d. R. nicht mehr möglich.

Amputation: Kunstgerechtes »Abtrennen« eines Körperteils an der durch die Erkrankung (z. B. Sepsis*) bestimmten Stelle. Oft sind bei Altersdiabetes (»Zucker«) Wundinfektionen oder Durchblutungsstörungen Anlass für eine Fuß- oder auch Beinamputation.

Antibiotika: Medikamente, welche die Vermehrung von Bakterien hemmen bzw. diese abtöten (z. B. Penicillin).

Atemnot: (Fachbegriff: Dyspnoe) Atemstörung, subjektiv die quälende Empfindung, vermehrt Atemtätigkeit leisten zu müssen (bei Lungenerkrankung, Herzschwäche, Blutarmut u. a.). Davon zu unterscheiden ist die medikamentös unterdrückte Ansprechbarkeit des Atemzentrums (Atemdepression), damit eine flache Atmung gar nicht als belastend empfunden wird: Wird erzielt durch schnell wirkendes Morphin* (bzw. morphinähnliche Medikamente) ggf. zusammen mit Beruhigungsmitteln oder Narkotika*. Kann zwar zur »indirekten« Sterbehilfe* führen, ist aber bei Atemstörung am Lebensende (auch bei Amyotropher Lateralsklerose = Muskellähmung mit Erstickungsgefahr) das palliativmedizinische* Mittel der Wahl, nicht die maschinelle bzw. künstliche Beatmung*.

Aufenthaltsbestimmungsrecht: Über die Wahl des Ortes (zu Hause, Pflegeheim, Krankenhaus) bestimmen zu können, an dem sich eine Person aufhalten soll.

B Beatmung, künstliche: Dauerhafter Ersatz (auch im Koma) oder intensivmedizinische Unterstützung der spontanen Atemtätigkeit durch ein Gerät (Respirator) mittels Beatmungsschlauch. Dieser wird über einen Luftröhrenschnitt (Folge: Sprechproblem) oder über den Mund gelegt. Zu unterscheiden von dieser Form der Beatmung ist die bloße Sauerstoffzufuhr durch Maske (=nicht invasiv*), diese setzt i. d. R. die Kooperation eines willensfähigen Patienten voraus.

Betreuungsfall: Wenn jemand seine Angelegenheiten (ganz oder teilweise) nicht mehr selbst regeln kann. Ein sogenannter Betreuer wird dann für bestimmte Aufgabenbereiche gerichtlich eingesetzt. Um dies zu vermeiden, wird für eine Vertrauensperson eine (Vorsorge-)Vollmacht – Voraussetzung: Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers – ausgestellt. Diese kann verschiedene Angelegenheiten (z. B. gesundheitliche oder finanzielle) abdecken.

C Chemotherapie: Meist ist die medikamentöse Bekämpfung von Krebs-Tumoren (mit oft gefürchteten Nebenwirkungen) gemeint. Es kann sich jedoch auch um chemische Stoffe mit schädigender Wirkung auf Infektionserreger handeln. Eine Chemotherapie kann das Ziel der Heilung, Stabilisierung oder auch Linderung haben.

D Demenz: Fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen, kognitiven, sozialen (und ggf. auch motorischen) Funktionen incl. Sprachvermögen. Geht nach mehrjährigem Verlauf meist in völlige Pflegebedürftigkeit über. Die mit über 70 % häufigste Form ist die Alzheimer-Erkrankung*. Daneben kommen auch Gefäßsklerosen (Arterienverkalkung) und andere Gehirnschädigungen* in Frage.

Dialyse: Medizinisch-apparative Blutwäsche bei akutem oder chronischem Nierenversagen, zur Verhinderung einer Harnvergiftung.

Durstgefühl: Dieses ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl* vorhanden, jedoch v. a. verursacht durch Mundtrockenheit. Zur Linderung ist deshalb im Sterben neben dem Anfeuchten der Atemluft eine fachgerechte Mundpflege sehr wichtig (z. B. Gabe von Eisstückchen). Hingegen ist die Zufuhr v. a. zu großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden sogar qualvoll und schädlich, weil sie zu Wasseransammlungen und Folgebeschwerden wie Atemnot* u. a. führt. Die subjektiven Auswirkungen der Wasserabnahme im Körper (Dehydratation) müssen abgeklärt werden. Wenn überhaupt (statt Anreichen von Flüssigkeit zum natürlichen Trinken) palliativmedizinisch noch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr am Lebensende angezeigt ist, dann nur noch in eingeschränktem Maße.

E Einwilligung: Ohne diese (entweder des Patienten oder seines legitimitierten Vertreters) ist jeder medizinische Eingriff rechtswidrig (Ausnahme: Unmittelbarer Notfall) und der Arzt kann wegen Körperverletzung belangt werden.

Ernährung, künstliche: Erfolgt in der Notfallmedizin meist mittels Infusion (Nährlösung in die Vene), mittels Mund- oder Nasensonde (weicher Gummischlauch) in den Magen oder heute sonst meist durch eine sogenannte PEG-Magensonde (dünner Schlauch durch die Bauchdecke direkt in den Magen). Die PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie) einen operativen Eingriff voraussetzt und keine Notfallmaßnahme ist, darf und wird sie von Ärzten nicht ohne Einwilligung vorgenommen. Diese Methode ist erst seit Ende des vorigen Jahrhunderts zum Standard in der Pflorgetechnik geworden.

G Gehirnschädigung /-verletzung: I. d. R. plötzlich erworbene Unfähigkeit zu bewusstem Denken, zum Gewinnen von Einsichten, ggf. auch zu gezielten Bewegungen. Als Schädel-Hirn-Trauma bezeichnet werden im umfassenden Sinn Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung. Die Schwere kann von einfacher Schädelprellung über Bewusstlosigkeit (siehe auch Koma*) mit Spätfolgen bis zur dauerhafter Schädigung des Frontalhirns reichen. Auch ein indirekt ausgelöster Sauerstoffmangel (z. B. bei Herzinfarkt oder Verschluss der Atemwege) oder ein Schlaganfall* kann zu bleibenden Gehirnschädigungen mit Bewusstseins-Störungen führen. Eine mögliche Rehabilitation erfordert die langfristige Behandlung in speziellen Einrichtungen. Leichte Gehirnschädigungen treten z. B. bei Autoauffahrunfällen auf, ohne dass eine Verletzung erkennbar wird.

H Hinterlegung: Verwahrung von Urkunden und Dokumenten. Bei Patientenverfügungen, die von Zeit zu Zeit zu aktualisieren oder zu verändern sind, ist darauf zu achten, dass eine Hinterlegungsstelle hierfür Serviceleistungen anbietet. Bei der Bundesnotarkammer erfolgt nur eine elektronische Registrierung mit Kontaktdaten.

Hirntod: Irreversibles (d. h. nicht umkehrbares) Erlöschensein der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, i. d. R. nach Kopfverletzung. Betroffen sind ca. 1 % aller Verstorbenen. Beim Hirntod sind (anders als beim darauffolgenden Herztod als klassischem Todeszeichen) durch kontrollierte Beatmung Herz-Kreislauf-Funktionen noch künstlich aufrecht zu erhalten. Die Feststellung und Dokumentation des Hirntodes ist Voraussetzung für die »Entnahme« lebensfähiger Organe zum Zweck der Organspende*.

Hospizversorgung: Bei unheilbar Schwerstkranken und Sterbenden (meist Krebspatienten) durch sorgfältige Basispflege, Schmerztherapie, psycho-soziale Ansprache und spirituelle Sterbebegleitung, wobei »aktive« Sterbehilfe als gezielte Todesbeschleunigung ethisch abgelehnt wird. I. d. R. ambulant, d. h. zu Hause, unter Beteiligung ehrenamtlicher Helfer/innen. Stationäre Aufnahme

nur, wenn eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist (Pflegeheimbewohnerinnen können nicht mehr ins Hospiz). Zur Kontrolle von Symptomen (weit fortgeschrittener Tumor, ständiges Erbrechen, Erstickungsgefahr, Angstzustände, zentralnervöser Störung) kommen Palliativstationen in Krankenhäusern in Frage – allerdings nur vorübergehend mit Entlassung nach ca. 10 Tagen. Die Verweildauer im stationären Hospiz (Sterbeort) bis zum Tod beträgt durchschnittlich 1–2 Wochen.

Hungergefühl: Das Stillen von Hunger- und Durstgefühl* gehört zu den Basismaßnahmen jeder lindernden Therapie. Viele Schwerkranken – dies gilt ausnahmslos im Sterbeprozess, mit großer Wahrscheinlichkeit auch im sogenannten Wachkoma* – haben allerdings kein Hungergefühl mehr. Künstliche Ernährung kann dann nicht mehr als lindernde Maßnahme betrachtet werden.

Invasiv: Diagnostische oder therapeutische Techniken, die gewebeverletzend in den Körper eindringen. Gegenteil: Nicht-invasiv sind (meist weniger belastende) Maßnahmen wie z. B. eine körperliche Untersuchung oder ein bildgebendes Verfahren.

Intensivmedizin: Apparative und fachpersonelle Voraussetzungen zur Überwachung und (maximaler) Therapie im akuten Notfall, bei und nach Operationen, auch bei chronischer Abhängigkeit von maschineller Lebensverlängerung (z. B. von künstlicher Beatmung* und Dialyse*).

Koma: Zustand tiefster, durch äußere Reize nicht zu unterbrechende Bewusstlosigkeit mit sehr verschiedenen Ursachen (wie Stoffwechsellentgleisung bei Diabetes, schwere Nieren- und Lebererkrankung, hirnorganische Verletzung und Blutung). Bei medizinischer Behandlung ist Lebensgefahr und Aussicht, wieder zu erwachen, sehr differenziert zu betrachten (siehe auch: Vegetativer Status*). Die Patienten sind bettlägerig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden.

Morphin: Gewonnen aus Opium, Oberbegriff auch Opiode. Indikation für den medizinischen Einsatz sind stärkste Schmerzen, die durch weniger wirksame Schmerzmittel nicht mehr gelindert werden können. Beispiel hierfür ist z. B. der unerträgliche Tumorschmerz bei Krebserkrankungen. Auch bei akuten Schmerzen durch Unfälle oder Herzinfarkt sowie qualvoll empfundenen Erstickungssymptomen sind Morphin und verwandte Substanzen Mittel der Wahl. Weniger wirksam ist Morphin bei sog. »neuropathischen« Schmerzen. Morphin wird in Form von (Retard-)Kapseln und Tabletten, als Pflaster, Zäpfchen oder als Injektionslösung verabreicht. Auch narkotisierende Wirkung möglich, ggf. unerwünschte Nebenwirkungen wie Verstopfung und oberflächlich werdender Atem. Bei palliativmedizinisch* fachgerechter Dosierung wirkt Morphin allerdings nicht bewusstseinsstrübend und auch nicht lebensverkürzend – eher im Gegenteil, denn Linderung wirkt sich i. d. R. lebensverlängernd aus.

N **Narkotika:** Betäubende Medikamente, die geeignet sind, eine Narkose herbeizuführen (=umfassende aber rückführbare Lähmung des Zentralnervensystems mit weitestgehender Ausschaltung von Bewusstsein, Schmerzempfinden, Reflexen, jedoch bei erhaltener Funktionsfähigkeit lebenswichtiger Zentren). Narkotika sind von Schlafmitteln und Sedativa (=dämpfende Beruhigungsmittel) nicht scharf abzugrenzen.

Notfall, medizinischer: Wenn – krankheits- oder unfallbedingt – eine akut lebensbedrohliche Störung der Vitalfunktionen (Atmung, Herz-Kreislauf-System, Stoffwechsel) vorliegt. Z. B. bei Herzversagen, Schock, Schädel-Hirn-Trauma (Gehirnschädigung*), Darmverschluss, lebensbedrohlicher Vergiftung mit Multiorganversagen (Sepsis*), Stoffwechselentgleisung. Siehe auch: Wiederbelebung*.

O **Organspende:** Erlaubnis zur Entnahme nach eigenem Hirntod* zur Verpflanzung eines noch intakten Organs in den Körper eines Anderen (des sogenannten Organempfängers). Dies ist nur auf der Intensivstation unter organerhaltenden Maßnahmen möglich, nachdem vorher für die Lebensrettung des Spenders – vergeblich – alles getan wurde. Organspende-Bereitschaft und Patientenverfügung* sollten aufeinander abgestimmt sein.

P **Palliativmedizin:** Ganzheitlich-interdisziplinäres medizinisches Behandlungskonzept. Alle angezeigten Maßnahmen zur Linderung von psychischen und körperlichen Symptomen, Schmerzen und Beschwerden bei unheilbar Kranken (v. a. Krebspatienten). Palliative Medizin zielt auf Stabilisierung und auf Lebensqualität bis zum Schluss, und wirkt dadurch i. d. R. eher lebensverlängernd, wenn gleich auf technische Hochleistungsmedizin grundsätzlich verzichtet wird (siehe auch: Hospizversorgung*). Ob palliative Eingriffe oder ggf. Tumorbestrahlungen bei unheilbar Schwerstkranken lebensverlängernd oder nur noch lindernd wirken, ist nicht immer klar abzugrenzen.

Patientenverfügung: Schriftliche Willenserklärung eines Volljährigen – Voraussetzung: Einwilligungsfähigkeit – über die gewünschte Anwendung, zeitliche Begrenzung oder Ablehnung medizinischer Maßnahmen. Sie gilt vorsorglich für den Fall späterer Einwilligungsfähigkeit, d. h. wenn Art, Bedeutung, Tragweite und auch die Risiken der Maßnahmen nicht mehr erfasst werden können. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ist seit 2009 gesetzlich im § 1901 a Absatz 1 BGB geregelt und setzt voraus, dass die Situationen, für die sie gelten soll, präzise beschrieben sein müssen.

Patientenvertreter: Sowohl Gesundheitsbevollmächtigter als auch gerichtlich bestellter Betreuer. Auch Ehegatten oder Kinder sind im Betreuungsfall* keinesfalls automatisch gesetzlicher Patientenvertreter.

Prognose: Ärztliche Einschätzung des Krankheitsverlaufs, wobei es sich immer um eine Vorhersage mit Unsicherheiten handelt, die sich zudem noch ändern kann. Ist die Heilungswahrscheinlichkeit hoch, spricht man von einer sehr günstigen bzw. guten Prognose. Besteht eine etwa 50 %ige Aussicht auf Besserung, kann diese als realistisch gelten. Eine sehr schlechte, zum Tode führende Prognose wird auch als »infaust« bezeichnet. Bei schwerer Grunderkrankung oder am Lebensende kann sich Hoffnung auf einen günstigen Verlauf darauf beziehen, ob z. B. eine Sepsis* noch durch Antibiotika abgewendet werden kann.

S **Schlaganfall:** Zugrunde liegt eine Durchblutungsstörung im Gehirn mit plötzlichem Mangel der Nervenzellen an Sauerstoff und anderen Substraten. Als Ursache zu unterscheiden sind eine auftretende Minderdurchblutung (Primärer Hirninfarkt infolge verstopfter Arterie) und eine akute Hirnblutung (in Folge einer geplatzten Arterie). Um den Schaden, den ein Schlaganfall im Gehirn verursacht, zu verringern und die Chancen auf eine komplette Wiederherstellung der Hirnfunktionen zu verbessern, ist es notwendig, dass die Diagnostik und Therapie so früh wie möglich beginnt.

Schmerz, chronisches Leiden: Wenn Schmerzen ihre Warnfunktion verloren haben, können sie zu einem eigenständigen Krankheitsbild führen. Diese Schmerzerkrankung ist neben den organischen auch durch die daraus folgenden psychosozialen Veränderungen definiert und sie bestimmt das ganze Leben des Patienten. Als Beispiele seien nur genannt Kopf- und Rückenschmerzen, Neuralgien, Knochen-, Rheuma- oder auch Phantomschmerzen. Sie sind meist multikausal und die Therapie wirft große Probleme auf. Der Tumorschmerz bei Krebspatienten kann demgegenüber oft besser behandelt werden.

Sedierung: Verwendet werden dämpfende und/oder angstmindernde Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Narkotika*, Sedativa (Typisch etwa Benzodiazepin, Diazepam; auch Neuroleptika bzw. Psychopharmaka und Opioiden). In der Final- oder Sterbephase werden diese auch als »Komedikation« zusammen mit Schmerzmitteln verabreicht, oder auch zur sog. palliativen oder terminalen Sedierung. Die gewünschte Sedierungstiefe und -art (andauernd oder unterbrochen) wird je nach Situation vom Arzt festgelegt, kontrolliert und bei Bedarf angepasst. Dies geschieht mit Einverständnis des betroffenen, an schwerer Symptomatik leidenden Patienten. Zu unterscheiden davon ist die Ruhigstellung von Psychiatriepatienten und von Pflegeheimbewohnern v. a. zur »Arbeits erleichterung« des Personals.

Sektion: Untersuchung der Leiche zur Klärung der Todesursache zur Vervollkommnung wissenschaftlich-medizinischer Erkenntnisse zu gewinnen (freiwillig im Unterschied zur Leichenschau, die zur juristischen Klärung angeordnet wird).

Sepsis: Auch Blutvergiftung genannt. Allgemeininfektion über die Blutbahn durch einen zunächst örtlich begrenzten Krankheitsherd (Auslöser: Keime aller Art, Bakterien, Pilze, Viren). V. a. bei geschwächten Patienten können dann Giftstoffe in kurzer Zeit den ganzen Körper überschwemmen und zu »Multiorganversagen« führen. Die Lebensbedrohung wird meist unterschätzt, dabei handelt es sich bei Sepsis um die dritthäufigste Todesursache. Die Anfangssymptome sind unspezifisch (Schüttelfrost, Fieber, Verwirrtheit, Blutdruckabfall).

Selbsttötung: Die Selbsttötung eines Freiwilligen und die Hilfe dazu ist straflos (wobei der Sterbewillige letztendlich die Tatherrschaft hat, indem er z. B. einen Becher mit tödlich wirkenden Medikamenten selber austrinkt).

Sterbehilfe: Maßnahmen zur Erleichterung des Sterbens todkranker Menschen. Alle Hilfen, die Schmerzen und Qualen lindern und ein Unterlassen von unzumutbarer Leidverlängerung bedeuten, sind ethisch und ärztlich geboten, wenn der Patient sich bereits unabwendbar im Sterbeprozess befindet. Unterlassung von Therapie wird oft als »passive« Sterbehilfe bezeichnet, obwohl damit auch ein (aktiver und zum Tode führender) Abbruch von Maßnahmen gemeint sein kann. Außerhalb des unmittelbaren Sterbeprozesses muß bei Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen der entsprechende Patientenwille dokumentiert sein. Dasselbe gilt für eine sog. »aktive indirekte« Sterbehilfe, wenn der Schwerkranken als Nebenfolge einer notwendigen Symptom- und Schmerzbehandlung früher stirbt. Verboten ist in Deutschland – auch auf Verlangen des Patienten – seine Tötung*, z. B. durch eine ärztliche »Giftspritze«.

T Tötung auf Verlangen: Gemäß § 216 Strafgesetzbuch mit Freiheitsentzug ab ½ Jahr bis zu 5 Jahren bestraft. Begrifflich oft als gleichbedeutend mit »aktiver Sterbehilfe« gebraucht. Tritt in Folge eines Tuns vorzeitig der Tod ein, ohne dass Verlangen oder auch nur eine Zustimmung vorliegt, handelt es sich hingegen um Totschlag oder Mord.

U Unterbringung: Ein besonderer Bereich im Sinne des Betreuungsgesetzes (siehe: *Betreuungsfall**). Dazu gehört die Unterbringung von psychiatrischen Patienten, die sich selbst gefährden, in geschlossenen Abteilungen einer Einrichtung; darüber hinaus freiheitsentziehende Maßnahmen aller Art (auch das Anbringen von Bauchgurten und Bettgittern). Dieser Aufgabenbereich muss gemäß § 1906 BGB in einer Gesundheitsvollmacht gesondert erwähnt werden. Sonst würde u. U. trotz Bevollmächtigung eine amtsrichterliche Betreuerbestellung erfolgen. Dabei hat der Bevollmächtigte (oder sonstige Patientenvertreter*) auch dafür zu sorgen, dass der Patient nicht missbräuch-

lich oder unnötig fixiert wird. Eine Besonderheit stellt die Zwangsbehandlung von Psychiatriepatienten mit Psychopharmaka dar. Dies sollte bei Bedarf gesondert geregelt werden.

Vegetativer Status: Auch apallisches Syndrom genannt. Andauernder Ausfall der Großhirnrinde (Bewusstlosigkeit), häufig nach Sauerstoffunterversorgung bei notwendiger Wiederbelebung*. Organfunktionen sind meist erhalten. Die internationale Abkürzung »PVS« steht für »Persistent Vegetative State«, also einen anhaltenden »vegetativen« Status (von dauerhaft bzw. »permanent« spricht man i. d. R. erst nach frühestens einem Jahr). Die Patienten in diesem Stadium können jahrelang am Leben erhalten werden. Typisch sind zyklisch geöffnete (dabei ins Leere blickende) Augen, d. h. ein Schlaf-Wach-Rhythmus, was umgangssprachlich zur irreführenden Bezeichnung Wachkoma geführt hat. Die Grenzen zum »Minimalen Bewusstseinszustand« (z. B. nach schwerem Schädel-Hirntrauma) sind fließend. Manche Experten fürchten, dass ein erheblicher Teil der Patienten mit PVS fehldiagnostiziert sein könnte. I. d. R. muss auch bei Rückkehr des Bewusstseins mit vielfältigen Behinderungen gerechnet werden. Ärztliche Empfehlungen zur Prognose* entbehren nicht subjektiver Wertungen. Manche Ärzte sehen eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, nicht mehr aufzuwachen, nach frühestens 3 bis 6 Monaten oder allenfalls nach 12 Monaten (dann in noch ca. 1–2 % der Fälle) oder sogar erst nach Jahren als gegeben an. Andere schlagen den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen nach 72 Stunden vor, sofern bei Bewusstlosigkeit dann keine Zeichen wie Pupillenreaktion, Schmerz- und Lidschlussreflex mehr festzustellen sind.

Vollmacht für gesundheitliche Angelegenheiten: Kurz »Gesundheitsvollmacht«. Umfasst die Befugnis zur Regelung aller Angelegenheiten, die erforderlich sind, um für die Gesundheit eines einwilligungsunfähig gewordenen Patienten zu sorgen sowie seinen Willen (Patientenverfügung*) zur Geltung zu bringen (ohne nach eigenem Gutdünken entscheiden zu dürfen).

Wachkoma: Siehe Vegetativer Status*

Wiederbelebung (= Reanimation): Maßnahmen bei Atem-, Herz- und Kreislaufstillstand die geeignet sind, die Sauerstoffversorgung aufrechtzuerhalten bzw. wieder in Gang zu setzen, z. B. durch Herz-Lungen-Reanimationsapparaturen. Ist die Wiederbelebung erst nach mehr als 5 Minuten erfolgreich, muss mit schwerer Gehirnschädigung* (siehe auch: Vegetativer Status*) durch den erlittenen Sauerstoffmangel im Gehirn gerechnet werden.