



Für ein
würdevolles
Leben
bis
zuletzt



2. überarbeitete Auflage, Februar 2015

Redaktion: Kornelie Rahnema und Sepp Raischl

Die redaktionelle Überarbeitung wurde unterstützt von
Dr. Christoph Fuchs, ltd. Oberarzt der Geriatrie im Städt. Klinikum München-Neuperlach
Karlo Heßdörfer, Jurist, langjähriger Berater zu Patientenverfügung und Vollmacht
Birgit Ludwig, Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, Landeshauptstadt München
Hans Steil, Palliativ-Geriatischer Dienst des Christophorus Hospiz Verein e.V.

An der 1. Auflage der Broschüre (2008) haben mitgewirkt:

Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege München
Marion Klare, Arbeiterwohlfahrt München gemeinnützige Betriebs-GmbH
Andrea Koppitz, Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.
Frank Kittelberger, Innere Mission München
Ines Nöbel, Sozialservice-Gesellschaft des Bayerischen Roten Kreuzes GmbH

Christophorus Hospiz Verein e.V., München
Sepp Raischl, Hans Steil, Ulla Wohleben

Hospizdienst Da-Sein e.V.
E. Katharina Rizzi

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Dr. Peter Scholze

Landeshauptstadt München
Kornelie Rahnema, Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege
Krystyna Stoly, Heimaufsicht
Christoph Braun, Sozialreferat

MÜNCHENSTIFT GmbH
Lisa Köck

Städtisches Klinikum München GmbH
Dr. Susanne Vogel, Vorstandsmitglied der Harlachinger Krebshilfe e.V., Leiterin der Palliativstation
Klinikum Harlaching

Außerdem haben beraten:

Prof. Dr. Gian-Domenico Borasio, Claudia Bayer-Feldmann, Dr. Christoph Fuchs, Dr. Thomas Hagen,
Dr. Hans-Joachim Heßler, Dr. Ursula-Juliane Müller, Dr. Eva Weishappel-Ketisch

Das Spannungsfeld
Selbstbestimmung, Fürsorge und Sterben
im Alten- und Pflegeheim

Für ein
würdevolles
Leben
bis
zuletzt

Orientierung und Hilfestellungen für
Bewohnerinnen und Bewohner,
Angehörige und
gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter,
Ärztinnen und Ärzte,
Verantwortliche bei Trägern und
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
in Alten- und Pflegeheimen

Inhalt

	Seite
Einführung	7
Zur Entstehung dieses Projektes	7
Zielsetzung	7
Sterben und Tod in unserer Gesellschaft	8
Eine Herausforderung für (familiäre) Beziehungen	8
Kulturelle und spirituelle Aspekte	9
Politische und strukturelle Rahmenbedingungen	9
Zu dieser Broschüre	10
1. Lebensverlängernde Maßnahmen: Entscheidungshintergründe und -prozess	11
1.1. Die medizinische Indikation	11
Lebensverlängernde Maßnahmen	11
Künstliche Ernährung und Zufuhr von Flüssigkeit	12
1.2. Der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille	14
Grundlegende Rechtsprinzipien	14
Entscheidungssituation	15
1.3. Der Entscheidungsprozess	16
Verantwortung der gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter	16
Empfehlungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Verantwortliche in Alten- und Pflegeheimen	17
Empfehlungen für behandelnde Ärztinnen und Ärzte	18
Weiterführende Hinweise für Ärztinnen und Ärzte	18
Weiterführende Hinweise für alle Beteiligten	19

	Seite
1.4. Die Dokumentation von Entscheidung, Therapieziel und Notfallplanung	20
Beitrag gesetzlicher Vertreterinnen und Vertreter zur Dokumentation	20
Beitrag der Verantwortlichen im Alten- und Pflegeheim zur Dokumentation	21
Beitrag der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Dokumentation	21
Empfehlungen für die gemeinsame Gestaltung der Dokumentation von Entscheidungsprozess und Therapieziel	22
2. Behandlung, Pflege und Begleitung bis zuletzt	23
2.1. Empfehlungen für Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter	25
2.2. Empfehlungen für Verantwortliche bei Trägern und in Alten- und Pflegeheimen	27
2.3. Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte	30
3. Anhang	31
3.1. Zusammenfassung rechtlicher Grundlagen	31
3.2. Grundsätze der Bundesärztekammer 2011	33
3.3. Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK	36
3.4. Dokumentations-Muster, CHV München	41
3.5. ECPA – Schmerzerfassung Assessment	43
3.6. Auswirkungen der künstlichen Ernährung bzw. Flüssigkeitsgabe bei Sterbenden, CHV München	46
3.7. Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz	47
Adressen und andere Hinweise	51

Einführung

Zur Entstehung dieses Projektes

Die Diskussionen um ein würdevolles Sterben in Alten- und Pflegeheimen werden zunehmend intensiver geführt. Träger und Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern haben seit 1999 Implementierungsprojekte zur Weiterentwicklung der Palliativkultur in ihren Häusern durchgeführt.

Der Christophorus Hospiz Verein e.V. in München trägt seit vielen Jahren die Hospizidee auch in die Pflegeheime und bietet gleichzeitig praktische Unterstützung an. Nachdem im Herbst 2005 mit der Heimaufsicht München insbesondere die damaligen Schwierigkeiten im Umgang mit „passiver Sterbehilfe“ angesprochen wurden, entstand die Idee für einen Fachtag (veranstaltet von Christophorus Hospiz Verein e.V., Heimaufsicht und Sozialreferat der Landeshauptstadt München am 12. Juli 2006 unter dem Thema „Sterben im Heim – Selbstbestimmung und Würde am Lebensende“). Auf diesem Fachtag wurde von Seiten der Alten- und Pflegeheime der Wunsch laut, diese Fragen noch tiefer gehend in einer breit angelegten Expertenrunde zu bearbeiten.

Im Herbst 2006 lud der Christophorus Hospiz Verein zu einer Projektgruppe ein, in der alle großen Münchner Träger, aber auch die städtischen Behörden (Sozialreferat, Heimaufsicht, Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege) und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern vertreten waren. Darüber hinaus wurden das Bayerische Staatsministerium der Justiz sowie Palliativmediziner und die Kassenärztliche Vereinigung Bayern in die Beratung einbezogen.

Die Münchner Pflegekonferenz unterstützte das Vorhaben im April 2007 mit einem einstimmigen Votum.

Zielsetzung

Der Leitgedanke der erarbeiteten Empfehlungen ist es, unter den angesprochenen Voraussetzungen in den Alten- und Pflegeheimen ein transparentes Vorgehen zu beschreiben, das den Willen und die Würde des alten Menschen ernst nimmt. Dabei ist es den Autorinnen und Autoren wichtig, nicht die bürokratischen Ansprüche zu erhöhen, sondern einen gemeinsam beschriebenen und getragenen sicheren Rahmen für einen höchst sensiblen Prozess zu schaffen, nicht Ängste zu schüren, sondern abzubauen.

Wie kann es gelingen, dass Behandlungen unterbleiben dürfen, die das Sterben alter Menschen nicht erleichtern, sondern mehr oder weniger schwerwiegend belasten oder gar unmöglich machen? Da im System eines Alten- und Pflegeheimes viele beteiligt sind, braucht es dafür eine dokumentierte Vorbereitung und Planung. Im Entscheidungsprozess laufen medizinische Indikation, Wille des alten Menschen, Rechtslage und emotionale Betroffenheit zusammen. Die emotionale, psychosoziale Seite verdient hierbei besondere Aufmerksamkeit. Wichtig ist, dass der Entscheidungs- und Kommunikationsprozess reiflich durchdacht wird, dass er in vertrauensvoller Atmosphäre stattfindet und dass Einigkeit hergestellt wird. Ein transparentes und gründliches Vorgehen soll helfen, Behandlungsentscheidungen umzusetzen und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Sterben und Tod in unserer Gesellschaft

Medizin und Gesellschaft werden von dem Bestreben, das menschliche Leben möglichst lange zu erhalten und zu verlängern, beherrscht. Die Möglichkeiten der modernen Medizin eröffnen viele Chancen, führen aber auch an ethische und juristische Grenzen. Viele Menschen begegnen Sterben und Tod erst, wenn sie im Familien- oder Freundeskreis direkt betroffen sind. Ärztinnen, Ärzte und Pflegende erleben den Tod häufig als Niederlage oder gar schuldhaftes Versagen. Zudem herrscht in Politik und Gesellschaft die Angst, durch Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen das gefährliche Signal zu setzen, sich der Belastungen alter und pflegebedürftiger Menschen entledigen zu wollen.

In den letzten Jahren wurden viele Unklarheiten rund um das Selbstbestimmungsrecht Kranker vom Gesetzgeber geklärt. Heute steht fest, dass jeder zustimmungsfähige Bürger verbindlich entscheiden kann, wie er am Ende des Lebens behandelt werden möchte und wer für ihn die Behandlungsentscheidung trifft, wenn er dazu selbst nicht mehr in der Lage ist (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht).

Eine Herausforderung für (familiäre) Beziehungen

Sterben und Tod eines nahe stehenden Menschen berühren wesentliche Grundlagen zwischenmenschlicher Beziehungen. Eine manchmal lebenslange Bindung verändert sich entscheidend. Diese Veränderung persönlich zu gestalten, wird meist als eine intensive Entwicklungsaufgabe für alle Beteiligten erlebt.

- Vielerlei intensive, manchmal sich auch widerstreitende Gefühle nehmen großen Raum ein: Sterbende selbst haben vielleicht Sorgen um ihre Nächsten. Sie plagen Ängste vor Schmerzen und anderen schwierigen Begleitumständen des Sterbens. Unerledigtes kann unruhig machen, Abschiednehmen schwer fallen, auch dann, wenn z. B. bei Demenzkranken die geistigen Fähigkeiten keine bewusste Auseinandersetzung mehr möglich machen. Auch die den Sterbenden nahe stehenden Menschen spüren vielleicht Verzweiflung angesichts der Endgültigkeit des Loslassens, Trauer oder auch Zorn über das Verlassenwerden, Angst oder Erleichterung angesichts des Zurückbleibens, unerledigte belastende Reste aus der Beziehung. Manche fühlen sich überfordert, können keine Nähe aushalten, das Leiden, den Verfall und das Sterben nicht mit ansehen.
- Die oft lange geübten Muster und Rollen vor allem in familiären Beziehungen stehen vor ihrem äußerlichen Ende. Einige Beispiele: die Ehefrau hat ihren Mann gepflegt, betreut ihn im Heim mit und überschreitet dabei nicht selten die Grenzen der eigenen Belastbarkeit; der Sohn mit sehr starker emotionaler Bindung zur Mutter kämpft gegen den drohenden Verlust; die Tochter fühlt sich hin- und hergerissen zwischen Verantwortung und Abgrenzung und durchlebt Schuldgefühle. Die Vielfalt der Beziehungen führt zu ganz unterschiedlichen Prozessen des Abschiednehmens. Eine Sicht von außen erfasst dabei schwerlich die vielen Aspekte von Beziehungen. Wertungen sind nicht angebracht und wenig hilfreich.
- Der Umbruch der Beziehungen durch Sterben und Tod mit all seinen schwierigen Begleitumständen ist für viele Beteiligte eine Kernerfahrung im Leben. Alle, die diese Prozesse begleiten – Pflegende, Ärztinnen und Ärzte, gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter – können dabei unterstützen: durch wertschätzende und einfühlsame Aufmerksamkeit für alle Beteiligten, mit Zeit und Bereitschaft zum Zuhören und für Gespräche, durch klare Informationen und Erläuterungen zum eigenen speziellen Fachwissen, mit Respekt für den individuell unterschiedlich erlebten und gestalteten Weg des Abschiednehmens und Sterbens.

Kulturelle und spirituelle Aspekte

Kulturelle und spirituelle Aspekte spielen im Prozess der Entscheidungsfindung, Kommunikation und Durchführung eine sehr wichtige Rolle. Sterben und Tod sind im Erleben wesentlich dadurch geprägt, in welcher Kultur und Religion jemand groß geworden und gelebt hat, wie jemand sein Leben, sein Sterben und seinen Tod mit Sinn erfüllt und deutet. Dieser Hintergrund wirkt in der Regel nicht nur beim sterbenden Menschen, sondern auch bei den Angehörigen und Pflegenden.

Die Achtung von Kultur, Sprache und Religion stellt sicherlich die Pflegenden vor große Herausforderungen. Pflegende und alle weiteren an der Pflege Beteiligten sollten gegenüber spirituellen Bedürfnissen des alten Menschen eine hohe Sensibilität in ihrer täglichen Arbeit aufweisen, um zu erspüren, zu erfahren und wahrzunehmen, ob eine spirituelle Begleitung erwünscht ist und helfen kann, Ängsten und Unsicherheiten zu begegnen. Pflegende sollten in der Lage sein, spirituelle Bedürfnisse anzusprechen.

Einerseits geht es darum, auf aktiv geäußerte Bedürfnisse des alten Menschen einzugehen und Kontakte für eine spirituelle Begleitung zu knüpfen. Andererseits muss eine spirituelle Begleitung aktiv vorgestellt werden. Alte Menschen trauen sich in kritischen Situationen häufig nicht, ihre spirituellen Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen. Dort, wo es von den alten Menschen gewünscht wird, sollte mit entsprechenden Gemeinden, Gemeinschaften, Kirchen und Gruppen zusammengearbeitet werden. Wichtig erscheint uns, aus der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft nicht automatisch zu folgern, dass der Betroffene einen Kontakt zu dieser Gemeinschaft wünscht; ein Kontakt sollte jedoch aktiv angeboten werden. Insbesondere sind diejenigen in ihrer Einstellung zu achten, die sich von ihrem Hintergrund gelöst und distanziert haben.

Politische und strukturelle Rahmenbedingungen

Trotz des Wunsches vieler Menschen, ihren letzten Lebensabschnitt zu Hause verbringen zu dürfen, sterben viele Menschen im Krankenhaus oder im Alten- und Pflegeheim. Für eine gelingende Regelversorgung müssen Kernelemente von Palliativ-Versorgung und Hospizarbeit (s. Anhang 3.7) ebenso konsequent in Krankenhäusern, aber auch in Alten- und Pflegeheimen Anwendung finden. Deshalb ist die Forderung von sektorenübergreifenden Konzepten ebenso zu unterstützen wie die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Wir fordern

- den Ausbau der Finanzierung von Projekten und Beratungsmodellen zur Integration von Palliativversorgung und Hospizarbeit in Alten- und Pflegeheimen,
- die Bezuschussung von Fortbildungen für die Basisqualifizierung und Supervision von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen in der stationären Altenhilfe und der Hospiz- und Palliativversorgung,
- die Pflege und Begleitung schwerstkranker und sterbender alter Menschen im Sinne einer palliativen Kultur durch eine dauerhafte und umfassende Finanzierung von Leistungen durch das SGB V in Alten- und Pflegeheimen,
- weitere Integration palliativpflegerischen und -medizinischen Wissens in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen.

Eindrucksvoll wurden diese Anliegen in den letzten Jahren durch eine breit angelegte Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband und der Bundesärztekammer unterstützt, der sog. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de). Die Charta, im September 2010 veröffentlicht, wurde bis zum Februar 2015 von über 1000 Institutionen unterzeichnet.

Zu dieser Broschüre

Im Folgenden wollen wir die Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Beteiligten (gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Pflegende) diskutieren und Empfehlungen für diese Zielgruppen vorstellen. Dabei stellen wir die Frage nach der ärztlichen Indikation an den Anfang, weil diese sorgfältige Prüfung bereits viele problematische Situationen auflösen kann. Erst dann wird in drei Schritten die Entscheidungsphase dargestellt. Im letzten Abschnitt widmen wir uns schließlich der tatsächlichen Durchführung einer Sterbebegleitung in Alten- und Pflegeheimen.

In der Regel leben in den stationären Pflegeeinrichtungen ältere Menschen, weshalb wir im Folgenden vor allem die palliative Versorgung der alten Menschen beschreiben. Die Darstellungen können jedoch in gleicher Weise auf die Begleitung jüngerer Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner übertragen werden.

Mit den im Anhang abgedruckten Texten hoffen wir, wichtige Grundlagen als Arbeitshilfen zur Verfügung zu stellen.

1. Lebensverlängernde Maßnahmen: Entscheidungshintergründe und -prozess

1.1. Die medizinische Indikation

Allein die Indikation (Behandlungsgrund) rechtfertigt das Angebot von diagnostischen Verfahren oder Behandlungen in einem Krankheitsfall. Konkret bedeutet dies für Ärztinnen und Ärzte, das medizinisch Mögliche und Sinnvolle im Blick auf den jeweiligen Patienten abzuwägen (Prof. Dr. G. Marckmann, PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung, siehe Anhang 9). Sie tragen die alleinige Verantwortung für die Richtigkeit einer Indikation. Sie haben gegenüber dem Patienten eine Aufklärungspflicht (Ärztliche Standesordnung § 8).

Besteht Lebensgefahr, liegt ein zwingender Behandlungsgrund (vitale Indikation) vor, während es bei geringerer Gefährdung meist Wahlmöglichkeiten (relative Indikation) gibt, unterschiedliche, alternative Behandlungen sowie deren Nebenwirkungen zu prüfen.

Wo keine Indikation besteht, gibt es weder für betroffene alte Menschen, noch ihre Angehörigen und Pflegenden etwas zu entscheiden. Niemand kann eine Behandlung fordern, die medizinisch nicht angezeigt ist.

Die Bundesärztekammer hat in ihren Grundsätzen von 2011 (siehe Anhang 1) betont, dass eine offensichtliche Sterbesituation jegliche Form der Lebensverlängerung ausschließt.

Lebensverlängernde Maßnahmen

Eine lebensverlängernde Maßnahme ist jede Maßnahme, die allein oder im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen für das Überleben notwendig ist. Darunter fallen sowohl lebensrettende Sofortmaßnahmen als auch lebensunterstützende längerfristige Maßnahmen.

Folgende medizinische Behandlungen dienen der Lebensverlängerung:

- künstliche Ernährung
- künstliche Flüssigkeitszufuhr
- künstliche Beatmung
- Antibiotika
- Fortführung sonstiger Medikation (z. B. Insulin)
- Verabreichung von Blutbestandteilen
- Dialyse (Blutreinigung)
- Reanimation (Wiederbelebung)

In diesem Abschnitt beschränken wir uns beispielhaft auf die Fragen von Ernährung und Flüssigkeit. Das Vorgehen ist allerdings auch für oben genannte Maßnahmen anzuwenden. Jede medizinische Maßnahme, auch bei bereits längerer Anwendung, ist immer wieder auf ihre aktuelle Indikation und Therapiezielsetzung zu hinterfragen.

Künstliche Ernährung und Zufuhr von Flüssigkeit

Essen und Trinken sind grundlegende Lebensvorgänge, die nicht selten zum Symbol des Lebens schlechthin werden können. Sie sind mit tiefgreifenden Emotionen verbunden. Wenn die Nahrungsaufnahme über den Mund nicht mehr möglich ist, ist eine elementare Lebensfunktion gestört. Bei der Prüfung der therapeutischen Möglichkeiten, die diesem Verlust Abhilfe schaffen können, schwingen bei allen Beteiligten unterschiedlichste Gefühle mit. Abhilfe kann geschaffen werden durch Ernährungssonde (PEG = Perkutane Endoskopische Gastrostomie) oder Infusion.

- Bei diesen Formen künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr handelt es sich um klassische therapeutische Maßnahmen, bei denen der Arzt sowohl die zu verabreichende Kalorienmenge (Anzahl der Kcal/KJ) als auch die Flüssigkeitsmenge festlegt.
- Die Entscheidung über die Anlage einer Ernährungssonde (PEG) sollte nie in einer akuten Krisensituation und unter Zeitdruck getroffen werden.
- Bei folgenden Erkrankungen sollte die Indikation besonders sorgfältig geprüft werden:

Erkrankungen	Indikation besonders sorgfältig zu prüfen
<ul style="list-style-type: none"> - Schlaganfall mit Schluckstörungen - Demenz mit zunehmenden Schluckstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> - künstliche Ernährung
<ul style="list-style-type: none"> - fortgeschrittene Herzschwäche (Herzinsuffizienz mit kardialer Kachexie) 	<ul style="list-style-type: none"> - künstliche Flüssigkeitsgabe
<ul style="list-style-type: none"> - fortgeschrittene Tumorerkrankungen - langsam fortschreitende Lungenerkrankung (COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung) mit krankhafter Abmagerung (pulmonaler Kachexie) - fortgeschrittene arterielle Verschlusskrankung (AVK) mit zunehmender krankhafter Abmagerung (Kachexie) 	<ul style="list-style-type: none"> - künstliche Flüssigkeitsgabe und Ernährung

- Um die Frage der Notwendigkeit einer medizinischen Maßnahme zu beantworten, ist vorher zwingend eine genaue, möglichst ambulante Diagnostik notwendig. Hier wird besonderes Augenmerk auf Symptomkontrolle, genaue Diagnose der Schluckstörung, Schmerzen, Analyse des Ernährungsstatus, Mundpflege und Zahnstatus gelegt. Durchgeführt wird diese Diagnostik von geriatrisch weitergebildeten Fachärztinnen und -ärzten, Logopädinnen und Logopäden und geriatrischen Fachabteilungen in Kliniken und entsprechenden anderweitigen Fachabteilungen (z. B. Psychiatrie).
- Die Indikation der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe ist in regelmäßigen Abständen zu überprüfen (spätestens nach und regelmäßig alle zwei bis drei Monate) und entsprechend zu dokumentieren.

- Eine künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr sind niemals indiziert
 - > im unmittelbaren Sterbeprozess,
 - > bei akuter Verschlechterung einer weit fortgeschrittenen nicht heilbaren Erkrankung,
 - > bei fortgeschrittener Demenz mit konsekventer Nahrungsverweigerung und durchgeführter differenzierter Diagnostik (Post S.G., Tube feeding and advanced progressive dementia, Hastings Cent. Rep 2001; 31 (1); 36-42),
 - > allein auf Wunsch Angehöriger oder Pflegender.

Ärztinnen und Ärzten empfehlen wir, die Beobachtungen der Pflegenden in geeigneter Weise bei der Indikationsfindung einzubeziehen. Wünschenswert wäre es, im Dialog aller Beteiligten zu einer gemeinsamen Einschätzung der aktuellen Krankheitssituation zu kommen. Bei Unsicherheiten kann externe Fachberatung hinzugezogen werden (siehe S. 51f.).

1. 2. Der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille

Eine medizinische Behandlung, die indiziert ist, bedarf fortwährend der Zustimmung der alten Menschen bzw. ihrer Stellvertretung. Ob es dabei um die Beendigung einer bereits laufenden Behandlung oder den Verzicht auf den Beginn einer Behandlung geht, macht ethisch und rechtlich keinen Unterschied. Allerdings ist es häufig emotional schwieriger, eine bereits laufende Behandlung abubrechen. Auch besteht häufig eine Unsicherheit, ob es sich bei dem Entfernen einer Ernährungs-sonde oder dem Abschalten eines Beatmungsgerätes nicht um ein aktives Tun handelt und somit um eine strafbare Tötung. Dem ist nicht so: Ein Therapieabbruch ist im rechtlichen Verständnis eine Unterlassung, selbst wenn er mit aktivem Tun verbunden ist. Selbstverständlich kann man sich auch durch eine Unterlassung strafbar machen. Diese Gefahr besteht jedoch nicht, wenn die Unterlassung dem Willen der betreffenden Person entspricht.

Grundlegende Rechtsprinzipien

Die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) umfasst wesentlich ein Leben in Freiheit. Ein Eingriff in den absolut geschützten Kernbereich privater Lebensgestaltung ist niemals zulässig. Es widerspricht der menschlichen Würde, den Menschen zum Objekt (des Staates) zu machen. Das Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 Grundgesetz) schützt die leiblich-seelische Ganzheit des Menschen insbesondere auch gegenüber zu Heilzwecken vorgenommenen Eingriffen. Dabei ist jeder Mensch frei, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu leben und zu entscheiden. Der Arzt hat diese Entscheidungen zu respektieren, auch wenn der Patient es ablehnt, einen lebensrettenden Eingriff zu dulden. Das Freiheitsrecht gibt dem Kranken einen Anspruch, unter Beachtung seines Selbstbestimmungsrechts in Würde sterben zu dürfen. Die Ausschöpfung intensiv-medizinischer Technologie gegen den Patientenwillen ist rechtswidrig. Der Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17.03.2003 stellt klar, dass das Selbstbestimmungsrecht aus der Menschenwürde folgt und dass beim sterbenden Menschen lebenserhaltende Maßnahmen einschließlich der künstlichen Ernährung unterbleiben müssen, wenn diese dem Willen des Patienten widersprechen.

Ohne Freiheit gibt es keine Grundrechte, ohne Willensfreiheit keine vertragliche Bindung und damit kein bürgerliches Recht, ohne Willensfreiheit gibt es auch keine Schuld und ohne Schuld keine Strafe und damit auch kein Strafrecht. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gilt die Menschenwürde als „der oberste Wert im grundrechtlichen Wertsystem“. Im Zweifel gilt nach unserer Verfassung, dass das Wohl eines Menschen nicht von seinem Willen gelöst werden kann. Im Zweifel hat die persönliche Würde den Vorzug vor der absoluten Lebenserhaltung.

„Weder die Autonomie noch die Gewissensfreiheit des Arztes berechtigen zu Eingriffen in die körperliche Integrität des Patienten oder deren Fortsetzung, die von dessen erklärter oder mutmaßlicher Einwilligung nicht oder nicht mehr getragen werden.“ (Empfehlungen der Bundesärztekammer, siehe Anhang 3.2). Dasselbe gilt selbstverständlich auch für die pflegerische Versorgung in den stationären Einrichtungen.

Patienten können nur medizinische Eingriffe fordern, die der Rechtsordnung entsprechen und indiziert sind.

Entscheidungssituation

Ist diese Voraussetzung für eine medizinische Maßnahme fachlich gegeben, stellen sich zwei Fragen:

- Ist der Patient/die Patientin einwilligungsfähig?
- Gibt es eine auf diese Situation bezogene Willenserklärung oder -äußerung?

Die Geschäftsfähigkeit ist mit der Entscheidungs- bzw. Einwilligungsfähigkeit nicht gleichzusetzen. Eine Person ist dann einwilligungsfähig, wenn sie die nötige Einsichts- und Steuerungsfähigkeit besitzt, um Folgen und Tragweite einer medizinischen Behandlung geistig zu erfassen und ihren Willen danach zu bestimmen (siehe Anhang 3.3, lange Fassung). Eine geschäftsunfähige Person kann sehr wohl im Hinblick auf eine bestimmte Behandlungsentscheidung einwilligungsfähig sein. Auch Demenzkranke können, wenn sie die oben genannte Definition erfüllen, einwilligungsfähig sein.

Die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit ist juristisch von der behandelnden Ärztin bzw. Arzt zu verantworten. In Alten- und Pflegeheimen sollten die verantwortlichen Pflegefachkräfte einbezogen werden.

Die Prüfung einer Entscheidungssituation muss sich medizin-rechtlich und -ethisch an folgenden, aufeinander aufbauenden Stufen orientieren. Stufe 2 kommt nur in Frage, wenn Stufe 1 nicht erfüllt ist, ebenso wie Stufe 3 nur dann zu prüfen ist, wenn die Stufen 1 und 2 nicht gegeben sind.

Stufe 1: Der aktuell erklärte Wille des aufgeklärten und einwilligungsfähigen alten Menschen ist immer vorrangig.

Stufe 2: Sofern eine schriftliche Patientenverfügung, ein vorausverfügter Wille, für eine bestimmte Behandlungssituation vorhanden ist, ist diese Entscheidung fortwirkend und verbindlich.

Stufe 3: Der mutmaßliche Wille (§ 1901a Abs. 2 BGB) ist auf Grund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln; dabei sind frühere Äußerungen, religiöse Überzeugungen und persönliche Wertvorstellung zu berücksichtigen.

Der Wille des einwilligungsfähigen alten Menschen, der sich weder verbal noch schriftlich eindeutig äußern kann, ist besonders achtsam über Körpersignale (z. B. eindeutiger Händedruck, Augenbewegungen) im Beisein von zwei Zeugen zu erfragen und mit Unterschriften zu dokumentieren. Neben Ärztin bzw. Arzt sollten sowohl vertraute Bezugspersonen bzw. gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter wie auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheimes vertreten sein.

1.3. Der Entscheidungsprozess

Emotionale und rechtliche Unsicherheiten und Ängste, die die Entscheidung um das Sterben-Zulassen begleiten, bewegen alle Beteiligten. Deshalb ist es von maßgeblicher Bedeutung, dass der Weg zur Entscheidung gemeinsam gegangen wird. Gespräche, Transparenz und Offenheit sind wichtige Voraussetzungen. Bereits beim Erstellen von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder Betreuungsverfügungen ist es wichtig, dass Beteiligte darüber sprechen. Besonders hervorheben möchten wir die Bedeutung von Vorsorgevollmachten.

Verantwortung der gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter

Aufgabe der gesetzlichen Vertretung (Bevollmächtigung oder rechtliche Betreuung) ist es, dem Willen des Patienten im Gespräch mit den Ärzten Geltung zu verschaffen. Liegt eine Patientenverfügung vor, die auf die aktuelle Situation zutrifft, dann hat der Kranke vorab selbst entschieden, wie er behandelt werden will. Der Vertreter braucht keine Entscheidungen mehr zu treffen; er hat lediglich die Entscheidung des Patienten durchzusetzen (§ 1901a Abs. 1 BGB). In allen anderen Fällen treffen die Vertreter anstelle des Patienten die Behandlungsentscheidung. Wichtig ist, dass der Vertreter nicht nach seinen eigenen Wertvorstellungen handelt, sondern die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Kranken zur Entscheidungsgrundlage macht.

Eine Patientenverfügung, die auf die aktuelle Situation zutrifft, lässt keinen Raum für Interpretationen, solange es nicht klare Hinweise darauf gibt, dass sich der Wille des Patienten geändert hat. Sie ist für das Handeln der gesetzlichen Vertretung bindend.

Empfehlenswerte Schritte:

- Bei sich abzeichnenden Veränderungen oder eventuell zu erwartenden Komplikationen ist es wichtig, frühzeitig das Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu suchen.
- Bei Situationen, die nicht eindeutig in einer Patientenverfügung geregelt sind oder für die die Patientenverfügung nicht zutrifft, empfiehlt es sich, das Gespräch mit anderen nahen und wichtigen Bezugspersonen des alten Menschen zu suchen. Die emotionale Belastung kann reduziert werden, wenn diese ihre Sichtweise einbringen können, um besser zwischen dem Willen des alten Menschen und eigenen Vorstellungen unterscheiden zu können.
- In der Kommunikation mit allen Beteiligten muss das Hauptaugenmerk auf den Willen des alten Menschen gelegt werden.
- Wenn man den Willen belegen oder bezeugen kann, schafft das Transparenz und Vertrauen, z. B. empfiehlt sich eine schriftliche Darstellung, aus welchen lebensgeschichtlichen Themen, Ereignissen und Äußerungen sich der mutmaßliche Wille ableiten lässt. Auch das Einbeziehen der Sichtweise (weiterer) Angehöriger kann wichtig sein.

Wenn ein Angehöriger nicht bevollmächtigt ist, empfiehlt sich:

- Alle Angehörigen und Beteiligten sollten reflektieren, warum gerade eine bestimmte Person bevollmächtigt wurde. Was lässt dies für Rückschlüsse auf den mutmaßlichen Willen zu? Die bevollmächtigte Person stellt die Runde der Beteiligten zusammen.
- Die Verantwortung sollte geteilt werden, indem man den Angehörigen stützt, der rechtlich die Verantwortung trägt.

Empfehlungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Verantwortliche in Alten- und Pflegeheimen

Aufgabe der hier Verantwortlichen ist es sicherzustellen, dass eine getroffene Behandlungsentscheidung im Alltag beachtet und umgesetzt werden kann. Alten- und Pflegeheime sind aufgrund ihrer Fürsorgepflicht gehalten, auf akute Verschlechterungen und Notfälle zu reagieren (§ 80 SGB XI bzw. interne Verfahrensstandards und Regelungen). Häufig sind in diesen Situationen weder behandelnde Ärztinnen und Ärzte noch gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter des alten Menschen vor Ort und können somit die notwendigen Entscheidungen nicht unterstützen. Grundsätzlich ist die zwischen Arzt und alten Menschen bzw. deren gesetzlicher Vertretung getroffene Behandlungsentscheidung verbindlich. Die Verantwortlichen im Alten- und Pflegeheim sind dafür verantwortlich, dass alle getroffenen Behandlungsentscheidungen den beteiligten Pflegenden bekannt sind und von diesen in ihrem Handeln beachtet werden.

Durch folgende Maßnahmen kann der Prozess der Behandlungsentscheidung durch jeweils verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen unterstützt werden:

- Standards in der jeweiligen Einrichtung zum konkreten Umgang mit Behandlungsentscheidungen sollten entwickelt und eindeutige Verantwortlichkeiten für die einzelnen Schritte in den Alten- und Pflegeheimen festgelegt werden.
- Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten bzw. Betreuungsverfügungen sind hinsichtlich der Behandlung bei entscheidungsunfähigen, schwerkranken Menschen für Alten- und Pflegeheime von zentraler Bedeutung. Sie stellen im Entscheidungsprozess eine erhebliche Erleichterung dar. Sie sollten deshalb bei jedem Einzug mit gebotener Sensibilität angeregt werden.
- Die Verantwortlichen im Alten- und Pflegeheim wirken auf eine geregelte gesetzliche Vertretung hin, wenn Anzeichen dafür erkennbar sind, dass alte Menschen nicht mehr einwilligungsfähig sind.
- Veränderungen, die auf die Notwendigkeit einer Behandlungsentscheidung hinweisen, werden beobachtet, dokumentiert und mit Ärztin oder Arzt und gesetzlicher Vertretung frühzeitig kommuniziert.
- Klare Willensäußerungen, relevante Gesprächsinhalte und konkretes Verhalten bei nicht einwilligungsfähigen alten Menschen werden durch die Pflegenden kontinuierlich beobachtet und dokumentiert.

Flankierende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen:

- Die Einrichtung unterstützt generell sowohl die Angehörigen als auch die Pflgeteams durch Beratung und psychosoziale Unterstützung.
- Zur Unterstützung der Pflegenden empfehlen wir insbesondere Supervision und Fortbildungen zur Stärkung ihrer palliativen und ethischen Kompetenz.
- Konzepte zur Krisenvorsorge werden entwickelt und implementiert.
- Die Begleitung von Pflgeteams in ethisch komplexen Situationen durch interne oder externe Beraterinnen oder Berater sollte sichergestellt sein (z. B. Seelsorge, Supervision, Hospizdienst).
- Es sollte möglich sein, dass in einzelnen Fällen emotional zu stark belastete Pflegenden bzw. Pflegenden, die die Behandlungsentscheidung nicht mittragen können, im Rahmen des Möglichen von der Pflege des alten Menschen entlastet werden und ein Supervisionsangebot erhalten.

Empfehlungen für behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Die behandelnden Ärzte prüfen, welche Behandlung indiziert ist. Sie erörtern diese Maßnahme mit dem Patienten oder (falls dieser nicht einwilligungsfähig ist) mit seinem Vertreter unter Berücksichtigung des Patientenwillens. Jeder Patient hat das Recht, eine ärztlich indizierte Behandlung abzulehnen.

Folgende Aspekte sind wichtig:

- Für die Indikation kommt es sowohl auf den Gesamtzustand des Patienten wie auf seine Prognose an. Nutzen und Risiko der Behandlung sind abzuwägen, Behandlungsalternativen aufzuzeigen. Eine medizinische Behandlung kann nicht gegen den Willen des Patienten erfolgen. Das Selbstbestimmungsrecht ist dabei stets zu wahren.
- Der Wille des Patienten wird in dieser Reihenfolge festgestellt: aktuell geäußelter Wille, Patientenverfügung, mutmaßlicher Wille. Der schriftlich vorausverfügte Wille ist rechtlich bindend, wenn er auf die aktuelle Situation anwendbar ist. Auch frühere Äußerungen aus Arzt-Patienten-Gesprächen sind wichtig, z. B. im Rahmen von Gesprächen zur Eröffnung der Diagnose oder der Krankheitsentwicklung. Zudem ist zu prüfen, ob aktuelle Hinweise für eine Willensänderung der alten Menschen vorliegen.
- Ist eine Behandlung medizinisch nicht indiziert, stellt sich die Frage nach dem Willen des Patienten nicht.
- Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten bzw. die gesetzliche Vertretungssituation muss geklärt werden. Gibt es für nicht einwilligungsfähige alte Menschen keine Patientenverfügung oder keine Bevollmächtigten, ist beim Betreuungsgericht eine rechtliche Betreuung zu beantragen.
- Solange ein Patient eigenverantwortlich entscheiden kann, kommt die Anrufung des Betreuungsgerichts nicht in Frage. Auch die Entscheidung eines Vertreters bedarf keiner gerichtlichen Genehmigung, wenn Arzt und Vertreter einig sind, dass die Entscheidung dem Willen des Patienten entspricht. Bei fehlender Einigkeit muss das Gericht folgenschwere Entscheidungen des Vertreters genehmigen. Gespräche und Entscheidungen zur Fortführung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen sind sorgfältig zu dokumentieren.
- Relevante Behandlungsentscheidungen werden im Alten- und Pflegeheim kommuniziert und dokumentiert.
- Eine situationsgerechte Notfallplanung und Bedarfsmedikation wird vereinbart bzw. Rufbereitschaft angeboten. Aussagekräftige Dokumente für den Notarzt werden gut auffindbar hinterlegt (z. B. aktueller Arztbrief, Patientenverfügung, Gesprächsprotokolle).

Weiterführende Hinweise für Ärztinnen und Ärzte

- Die präventive ärztliche Beratung zur Auseinandersetzung mit den Konsequenzen bestimmter Diagnosen hat sehr große Bedeutung. Frühzeitig sollten Ärztinnen und Ärzte auf die Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Voraus hinweisen.
- Die Erstellung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung sollte angeregt werden.
- Frühzeitige Gespräche über den Willen des Patienten bei fortschreitender Erkrankung bzw. bei möglichen Komplikationen sind anzustreben. Dabei ist die Einbeziehung von Vertrauenspersonen bzw. Bevollmächtigten sinnvoll. In komplexen Entscheidungssituationen kann die Hinzuziehung weiterer Angehöriger oder Bezugspersonen, von Pflegenden oder weiterer externer Fachstellen sinnvoll sein. Hierzu empfehlen wir:
- Die Einbindung von **Pflegenden** in den Entscheidungsprozess ist insbesondere dann sinnvoll, wenn bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens Unklarheiten auftauchen. Diese können unter Umständen wichtige Gesprächsinhalte oder Beobachtungen beitragen. Die Einbindung des Pflegeteams ist auch wichtig, wenn große emotionale Betroffenheit, starke Ambivalenzen oder Konflikte, etwa bei Einstellung einer künstlichen Ernährung, auftreten. Die Mitwirkung im Entscheidungsprozess schafft für das Pflegeteam Transparenz, führt zu emotionaler Entlastung und erhöht die Akzeptanz der Entscheidung des Vertreters. Dies gilt in gleicher Weise für **Angehörige**, die die gesetzliche Vertretung nicht innehaben.

- Es ist sinnvoll entsprechend weitergebildete Ärztinnen und Ärzte bzw. Fachärztinnen und -ärzte hinzu zu ziehen, wenn Fragen zur Prognose, zur Einwilligungsfähigkeit, zur konkreten Indikation einer Behandlung oder zu Fragen nach Behandlungsalternativen offen sind (z. B. Neurologe, Palliativmediziner, Psychiater oder Geriater).

Weiterführende Hinweise für alle Beteiligten

- Die Einbeziehung **externer Beratung** (z. B. Hospiz- oder Palliativdienst) zur Feststellung des mutmaßlichen Willens, zur Moderation des Entscheidungsprozesses oder zur Unterstützung von Angehörigen, gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern, Ärztinnen und Ärzten oder des Pflegeteams ist sinnvoll, wenn bei vielen Beteiligten ambivalente Gefühle oder konfliktbehaftete Beziehungen vorliegen.
- Eine **Gesprächsrunde** für ethisch schwierige oder konfliktbehaftete Situationen bietet die Möglichkeit, den Willen festzustellen, Verantwortung zu teilen und zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung zu kommen. Solche Gespräche können auch ein wichtiges Instrument der emotionalen Entlastung für alle Beteiligten sein. Im Idealfall halten Alten- und Pflegeheime die Möglichkeit bereit, flexibel auf solche Situationen zu reagieren. Vorstellbar wäre, dass unter der Leitung geschulter Moderatoren auf der Ebene einzelner Stationen oder Wohnbereiche ein Kreis von Menschen zusammentrifft, um den Entscheidungsträgern (Betreuer oder Bevollmächtigte) bei der aktuellen Einschätzung der Situation zur Seite zu stehen. Entscheidend ist, dass die Beteiligten sich genügend Zeit nehmen, die Situation zu betrachten, verschiedene Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und deren Konsequenzen miteinander zu diskutieren. Insbesondere wird der Lebensgeschichte und dem Lebensentwurf des alten Menschen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Alle Beteiligten tauschen verschiedene, auch sehr persönliche Sichtweisen und Beurteilungen einer Behandlung und Therapie aus, machen ihre Position transparent und diskutieren die Konsequenzen möglicher Entscheidungen. Einzuschließen sind natürlich auch die Unterstützungsmaßnahmen für die, die diese Entscheidungen schließlich durchführen. Wichtig ist, dass alle die Erfahrung eines offenen Dialoges machen können. Ob das Heim die Moderation stellt oder diese extern hinzugezogen wird (z. B. auch die Seelsorge im Haus), ist zweitrangig. Entscheidend ist, dass solche Gesprächsrunden schnell zusammengerufen werden und unter Wahrung der erforderlichen Vertraulichkeit offen reden können. Die Ergebnisse werden in der Dokumentation zusammengefasst und von allen Beteiligten mit ihrer Unterschrift bestätigt. (siehe Anhang 3.4)
- Die Anrufung des **Betreuungsgerichts ist in aller Regel nicht notwendig** und zur Bewältigung persönlicher Unsicherheiten und Ängste nicht geeignet. Sie ist als letzte Konsequenz nur dann veranlasst, wenn im beschriebenen Prozess zwischen Ärztin bzw. Arzt und gesetzlicher Vertretung kein Konsens zum Willen in Bezug auf eine konkret angebotene ärztliche Behandlung besteht oder wenn konkrete Hinweise vorliegen, dass der Wille missbräuchlich angeführt wird oder bei begründetem Verdacht, dass ein alter Mensch geschädigt wird.
- Juristen hinzu zu ziehen ist sinnvoll, wenn konkrete juristische Fragen offen sind oder wenn bei einzelnen Beteiligten ein großes Bedürfnis nach Rechtssicherheit besteht.
- Die Einbindung des **Medizinischen Dienstes der Krankenkassen** oder der Heimaufsicht ist nicht erforderlich, da beide keine Aufsicht über die Aufgabenwahrnehmung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder der gesetzlichen Vertretung ausüben. Ihre Aufgaben enthalten vielmehr die Überprüfung, ob Alten- und Pflegeheime Patientenverfügungen bzw. Behandlungsentscheidungen in ihrem Handeln beachten. In Fragen der Dokumentation von Behandlungsentscheidungen und daraus resultierenden pflegerischen Maßnahmen kann im Einzelfall die Einbindung dieser Stellen zur Beratung sinnvoll sein.

1.4. Die Dokumentation von Entscheidung, Therapieziel und Notfallplanung

Um sicherzustellen, dass eine getroffene Behandlungsentscheidung (Therapieziel) im Alltag beachtet und umgesetzt werden kann, ist eine lückenlose Dokumentation notwendig. Sie sorgt für Sicherheit und Orientierung für alle Beteiligten, auch für die nicht am Entscheidungsprozess beteiligten Personen (z. B. Pflegepersonal, Bereitschaftsärzte, weitere An- und Zugehörige sowie Vertraute). Dabei sollte der Entscheidungsprozess, der zum Therapieziel führt, nachvollziehbar sein und sich in der Dokumentation des Therapiezieles widerspiegeln. Nur so können

- Transparenz und Vertrauen geschaffen werden,
- Handlungssicherheit für alle Beteiligten erreicht werden,
- unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden,
- emotionale Entlastung bis zu einem gewissen Grade herbeigeführt werden.

So sehr wir zu Austausch und Dialog auffordern, so wollen wir dabei auch die Notwendigkeit von **Vereinbarungen zu Vertraulichkeit**, der Einhaltung von Schweigepflicht und Datenschutzbestimmungen zum Schutz der Persönlichkeit eines alten Menschen betonen.

Beitrag gesetzlicher Vertreterinnen und Vertreter zur Dokumentation

Angehörigen, Bevollmächtigten und rechtlichen Betreuern wird empfohlen, frühere Äußerungen des alten Menschen – soweit vorhanden – in schriftlicher Form festzuhalten und diese – soweit möglich – von anderen Angehörigen durch Unterschrift bestätigen oder ergänzen zu lassen.

Folgende Leitfragen können dabei dienlich sein:

- Gab es frühere Äußerungen? Wenn ja, in welchem Zusammenhang oder bei welchen Gelegenheiten?
- Welche Bedeutung ist diesen Aussagen beizumessen?
- Wurden oder werden diese Aussagen öfters wiederholt?
- Gab oder gibt es widersprüchliche Aussagen? Gibt es Zeugen dafür?
- Können Sie sich in etwa an die Zeit oder das Datum der Aussagen erinnern?

Sollte eine Patientenverfügung vorhanden sein, ist diese bereitzustellen.

Darüber hinaus wäre es auch wünschenswert, wenn Indizien aus dem gesamten Lebenszusammenhang (persönliche Lebenserfahrung, Religion, Weltanschauung, kulturelle Prägung u. ä.) ebenfalls ihren Niederschlag finden und deutlich dargelegt werden. Wichtig ist, dass in beiden Fällen deutlich wird, dass es sich um eine Wiedergabe der Haltung der alten Menschen handelt und nicht um die Haltung von Betreuern/ Angehörigen.

Beitrag der Verantwortlichen im Alten- und Pflegeheim zur Dokumentation

Es ist Aufgabe der Verantwortlichen in Alten- und Pflegeheimen, gemäß den Regelungen in § 80 SGB XI dafür Sorge zu tragen, dass eine geeignete Dokumentationsform vorhanden ist, in die alle Beteiligten die jeweiligen Informationen einfließen lassen können.

Sollte die Patientenverfügung einer betroffenen Person oder die schriftliche Erklärung von gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern oder Angehörigen vorhanden sein, ist diese in der Dokumentation des alten Menschen für jeden Beteiligten gut auffindbar zu hinterlegen. Die Regelungen zur gesetzlichen Vertretung müssen unmittelbar auf dem Stammbblatt erkennbar gemacht werden. Der Verlauf wird mit allen Veränderungen in den täglichen Pflegeberichten dokumentiert. Die aktuelle Relevanz von Pflegemaßnahmen wird überprüft (analog Pflegeplanung). Diese Dokumentation liegt in der fachlichen Zuständigkeit der Pflegenden.

Beitrag der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Dokumentation

Es ist besonders wichtig, dass der Arzt mit Hilfe einer der Situation angemessenen Notfallplanung und Bedarfsmedikation schriftlich deutlich macht, was von Seiten der Pflegenden als auch von Seiten des ggf. herbeigerufenen Bereitschaftsarztes getan werden bzw. unterlassen werden soll.

Die Aufgabe des Arztes ist es insbesondere sicherzustellen, dass in Situationen, in denen er selbst nicht anwesend oder erreichbar ist, das festgelegte Therapieziel beibehalten wird. Es ist sinnvoll, dass vom Arzt eine Bedarfsmedikation für Notfälle verordnet wird, in der beispielsweise das Medikament mit Einzeldosis und maximaler Tagesdosis sowie dem Zweck festgelegt wird.

Ein Beispiel für die Bedarfsmedikation, wie sie nach dem aktuellen Stand der Palliativmedizin praktiziert wird:

Medikament	Einzeldosis	maximale Tagesdosis	Zweck
Metamizol (z. B. Novalgin® Zäpfchen)	1000 mg	6000 mg	Fieber (über 38,5° C)
Metamizol (z. B. Novalgin® Zäpfchen)	1000 mg	6000 mg	körperliche Schmerzen oder Verdacht auf körperliche Schmerzen
Natriumhydrogencarbonat (z. B. Lecicarbon® Suppositorien)	1	2	Verstopfung (kein Stuhlgang länger als 3 Tage)
Lorazepam (z. B. Tavor® 1,0 mg expidet)	1	6	Atemnot, Angst, Unruhe

Empfehlungen für die gemeinsame Gestaltung der Dokumentation von Entscheidungsprozess und Therapieziel

Es ist sinnvoll, sich über folgende Inhalte auszutauschen und Ergebnisse festzuhalten. Doppelungen mit bereits vorhandenen Unterlagen sind zu vermeiden. Ein mögliches Muster finden Sie im Anhang 3.4.

- Name und Funktion der am Entscheidungsprozess (z. B. Gesprächsrunde) beteiligten Personen (z. B. Arzt, gesetzliche Vertretung, Bezugspflegerperson). Ausdrücklich ist die gesetzliche Vertretung und die Art und Umfang ihrer Autorisierung (Vollmacht oder rechtliche Betreuung einschließlich der Wirkungskreise) zu nennen.
- Versammlungsort mit Datum und Uhrzeit
- die Gesamtsituation aus der Perspektive aller Beteiligten
 - > Krankheitsgeschichte
 - > aktuelle Diagnose und Prognose
 - > aktuelle Symptome
 - > zu erwartende Notsituationen
 - > derzeitige Behandlung/Umgang und deren Nutzen für den Patienten
 - > alternative Behandlung und ihr Nutzen für den alten Menschen im medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Sinne
- die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten
- der vorausverfügte Wille: eine schriftliche Patientenverfügung, die sich auf die konkrete Behandlungssituation bezieht
- der mutmaßliche Wille
 - > wesentliche und für die Entscheidung relevante Elemente aus früheren Äußerungen
 - > aktuelle Äußerungen (auch körpersprachlich)
 - > Ausschluss anderer Ursachen für diese Äußerungen

„Entscheidend ist der mutmaßliche Wille... Hierbei sind frühere schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen. Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als gemeinhin „vernünftig“ oder „normal“ sowie den Interessen eines verständigen Patienten üblicherweise entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung; sie können lediglich Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein.“
(Urteil des Bundesgerichtshofes vom 13.9.1994 [BGHSt 40, 257 ff. = NJW 1995, 204 f.] – 1 StR 357/94 – LG Kempten).
- Therapieziel und Behandlungsentscheidung mit Begründung (Nutzen für den Patienten und Abgleich mit dessen Willen, gemeinsam getragener Beschluss bzw. Gegenstimmen)
- Bestätigung durch Unterschrift aller Beteiligten

2. Behandlung, Pflege und Begleitung bis zuletzt

Wenn die vorher beschriebenen Schritte miteinander gegangen wurden und eine Behandlungsentscheidung zum Abbruch bzw. zum Nicht-Einleiten lebensverlängernder Maßnahmen getroffen und dokumentiert vorliegt, stellt sich die Herausforderung, den alten Menschen in seiner vertrauten Umgebung bis zuletzt möglichst optimal zu unterstützen. Dabei steht als Grundsatz allem voran, dass die körperlichen, geistigen, seelischen und spirituellen Bedürfnisse des jeweiligen Menschen im Mittelpunkt stehen.

In diesem letzten Teil möchten wir auf wesentliche Aspekte der Behandlung, Pflege und Begleitung hinweisen.

Verstehen und verstanden werden

Besonders bei Sterbenden mit physischer oder psychischer Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit (z. B. Demenz, Aphasie) ist es wichtig, körpersprachlichen Ausdruck von Bedürfnissen und Befindlichkeiten zu erkennen und zu berücksichtigen. Wenn z. B. bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz die Körperorientierung verloren geht, können Berührungen, Bewegungen oder Pflegehandlungen Angst auslösen. Die jeweils individuelle Reaktion muss wahrgenommen und berücksichtigt werden.

Um die Kommunikation mit Sterbenden nutzen und ihren Willen und ihre Wünsche bis zuletzt erkennen zu können, ist es wichtig, im fachlich vertretbaren Rahmen auf Ruhigstellung z. B. durch Psychopharmaka zu verzichten.

Eine erkennbare Verweigerung von Kontakten, Angeboten, Nahrungsaufnahme oder Pflegemaßnahmen ist so weit möglich zu beachten und zu respektieren.

Es ist uns wichtig, dass alle an der Begleitung Sterbender Beteiligten an einer offenen Kommunikation unter Wahrung der Vertraulichkeit teilnehmen. Auch die Seelsorge hat dazu einen wichtigen Beitrag zu leisten.

Sich körperlich möglichst wohl fühlen

Im Rahmen der Körperpflege kann dies unterstützt werden durch Vermeidung oder Verringerung von unangenehmen Gerüchen, Schwitzen, Mundtrockenheit, unangenehmen oder belastenden Positionen (z. B. Liegeschmerz), belastenden Pflegehandlungen.

Bedarfsgerecht mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden

Pflegerische Ziele sind dabei, Symptome wie Verschleimung, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle oder Flüssigkeitseinlagerungen möglichst gut zu lindern.

Sich möglichst angstfrei und ruhig fühlen

Um Ängste zu reduzieren und Entspannung zu fördern ist es wichtig, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und zu berücksichtigen wie Nähe oder Distanz, Rituale (z. B. religiöse, spirituelle Handlungen, Gebete), Raumgestaltung (z. B. Musik, Beleuchtung, Duft), die Regelung letzter Dinge (z. B. noch jemand sehen, Angehörige, Seelsorge). Spirituelle Bedürfnisse können dabei eine wesentliche Rolle spielen.

Angemessen auf Veränderungen reagieren

Bei allmählichen und akuten Ereignissen wie z. B. Infekt, Herzinfarkt oder Schlaganfall entspricht es in der Regel den Bedürfnissen Sterbender, in der gewohnten Umgebung bleiben zu können. Unnötige Krankenhausaufenthalte gilt es zu vermeiden. Wichtig ist eine symptomatische Erleichterung bei Schmerzen, Atemnot, Fieber, Verstopfung (Darmverschluss), Unruhe und Angst.

Alte Menschen haben – wie alle anderen – ein Recht auf ein individuell begleitetes Sterben, in dem ihr persönlicher Lebensweg und ihre Lebensweise Achtung findet. Auch ideale Vorstellungen von einem „richtigen“, „friedlichen“, „ruhigen“ Sterben müssen zurückstehen vor der Würde des Einzelnen und dürfen nicht übergestülpt werden.

2.1. Empfehlungen für Angehörige und gesetzliche Vertretung

Verstehen und verstanden werden

Soweit sie über die Lebensgeschichte des Sterbenden etwas wissen, sollen sie dies einbringen und an andere Beteiligte (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende) weitergeben.

Sie sollen gemeinsam mit dem Arzt/ der Ärztin die Medikation (z. B. Psychopharmaka) im Sinne des Sterbenden besprechen und regeln.

Wenn es Angehörigen schwer fällt, z. B. die Unruhe oder Verwirrtheit Sterbender auszuhalten, oder wenn sie sich schlecht informiert fühlen über Veränderungen und Maßnahmen, können sie Hilfestellung bei geschultem Personal suchen.

Bevollmächtigte und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter halten eigene Entscheidungen schriftlich fest. Sinnvoll wäre dies auf einem geeigneten Blatt, das die Einrichtung vorhält und das von allen Pflegenden eingesehen und beachtet wird.

Sich körperlich möglichst wohl fühlen

Sie können sich auf Wunsch an der Körperpflege Sterbender beteiligen, um damit Nähe und Zuwendung zu vermitteln.

Wenn Angehörige sich durch unangenehme Gerüche belästigt fühlen und daher den Kontakt eher vermeiden, ist eine gezielte Abhilfe durch die Bezugspflegekraft anzustreben.

Wenn „nichts mehr getan wird“, entstehen schnell der Eindruck und daraus der Vorwurf, Pflegende würden zu wenig tun. Es ist daher für Pflegende wichtig, Angehörige und Bezugspersonen über die erforderlichen Veränderungen bei der Körperpflege zu informieren.

Bedarfsgerecht mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden

Individuelle Wunschkost und Bedürfnisse können durch biographische Kenntnisse unterstützt werden.

Angehörige können sich auf Wunsch an der Nahrungs- und Flüssigkeitseingabe beteiligen, um damit Nähe und Zuwendung zu vermitteln.

Wenn Angehörige hinsichtlich eines möglichen „Verhungerns und Verdurstens“ Befürchtungen haben, können sie Information und Aufklärung durch die Bezugspflegekraft oder auch durch neutrale Fachstellen erhalten.

Gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter halten eigene Entscheidungen schriftlich fest (z. B. „Es sollen dem alten Menschen nur entsprechende Angebote gemacht werden, über die Menge entscheidet er aber selbst“). Sinnvoll wäre dies auf einem geeigneten Formblatt, das die Einrichtung vorhält und das von allen Pflegenden eingesehen und beachtet wird.

Sich möglichst angstfrei und ruhig fühlen

Biographisches Wissen kann durch Angehörige soweit möglich eingebracht und genutzt werden. Sie können aktiv an der individuellen Raumgestaltung mitwirken (z. B. Bilder, Musik, Gerüche, Parfum, Seifen), Kontakte zur Seelsorge herstellen oder bei der Regelung letzter Wünsche (evtl. gemeinsam mit Pflegenden).

Gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter halten eigene Entscheidungen schriftlich fest (z. B. zu Ritualen). Sinnvoll wäre dies auf einem geeigneten Formblatt, das die Einrichtung vorhält und das von allen Pflegenden eingesehen und beachtet wird.

Angemessen auf Veränderungen reagieren

Im Vorfeld finden alle Beteiligten nach ausführlicher Beratung gemeinsam getragene Regelungen.

Bevollmächtigte und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer halten eigene Entscheidungen (z. B. zu Klinik-einweisungen, Reanimation, Information) auf einem geeigneten Blatt fest, das die Einrichtung vorhält und das von allen Pflegenden eingesehen und beachtet wird.

2.2. Empfehlungen für Verantwortliche bei Trägern und in Alten- und Pflegeheimen

Die Träger und die Leitungsebenen sind verantwortlich für die Schaffung von Rahmenbedingungen, Strukturen und Qualitätssicherung:

- Im Leitbild ist der Grundsatz würdevollen und selbstbestimmten Sterbens aufzugreifen.
- Leitungen schaffen eine grundsätzliche Sensibilität für das Thema (durch Schulungen, Fortbildungen, exemplarische Fallbesprechungen).
- Leitungen fördern die Klarheit und Sicherheit für die Pflegenden (z. B. durch die eigene Haltung der Leitung „Es darf gestorben werden“, durch Verdeutlichung rechtlicher Positionen, Standardentwicklung, oder die grundsätzliche Berücksichtigung von Biographiearbeit).
- Schon bei Einzug sprechen die Verantwortlichen das Thema Sterben an (mit alten Menschen und Angehörigen) und sind stets dazu als Ansprechpartner in der Einrichtung präsent.
- Leitungen fördern Netzwerke durch Kooperation mit Hospizen (mit Fallbegleitung und ggf. Nachbesprechung), durch das Einbeziehen von Palliativfachkräften, Ehrenamtlichen und Seelsorge.
- Leitungen schaffen Strukturen, damit Zeit für eine Sterbebegleitung vorhanden ist: kurzfristige personelle Aufstockung (z. B. nachts) durch Bezugspflegepersonal, Ehrenamtliche, Helferkreise oder Hospizhelfer.
- Leitungen schaffen die Voraussetzungen für geeignete äußere Bedingungen: Duftkerzen, stufenlos einstellbares Licht, Musik (CD-Player), Gästebett für Angehörige. Sie ermöglichen grundsätzlich die Versorgung von Angehörigen mit Essen, den vorübergehenden Umzug des Mitbewohners in ein anderes Zimmer, eine Wunschkost für Sterbende u. ä.
- Leitungen stellen eine Moderation gemeinsamer Gesprächsrunden aller Beteiligten sicher (Medizin, Pflege, gesetzliche Vertretung, ggf. externe Beratung, Seelsorge) und stimmen die Teilnehmenden mit der gesetzlichen Vertretung ab.
- Leitungen schaffen grundsätzliche Strukturen zum Umgang mit Verstorbenen: Abschiedsrituale für Angehörige, Pflegenden, Mitbewohner (z. B. Kerze vor dem Zimmer oder am Platz im Aufenthaltsraum, Foto aufstellen an geeignetem Platz, kurze Besinnung mit Erinnerungen); Abschiedsraum oder Regelungen für einen Verbleib im Einzelzimmer über 24 Stunden, Regelungen zur Abholung durch Bestatter (z. B. nicht nachts, Anwesenheit von Pflegenden zur Gewährleistung eines würdevollen Umgangs mit dem Verstorbenen).
- Leitungen klären Vorgaben zum Umgang mit Verstorbenen: Verständigung des Arztes oder der Ärztin („Die Leichenschau ist unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.“ – Bayer. Bestattungsverordnung § 1). Der Leichnam muss unverändert bleiben, ein Notarzt kann nur eine vorläufige Todesbescheinigung ausstellen. Ein Standard zur Versorgung von Verstorbenen durch Pflegenden ist zu erstellen (siehe Münchner Verordnung: Ein Leichnam darf 24 Stunden in seinem Bett und nach Einsargung bis zu 72 Stunden in der Einrichtung verbleiben).

Die Pflegenden sind verantwortlich für die fachkompetente und einfühlsame pflegerische Begleitung

Grundsätzlich sind die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der alten Menschen für die Pflegehandlungen entscheidend und nicht Standards oder allgemeine Vorgaben wissenschaftlicher Erkenntnisse. Pflegende beziehen Erkenntnisse aus der Biographiearbeit in die Sterbebegleitung ein und passen die Pflegeprozessplanung entsprechend an. Pflegende bemühen sich um empathische Pflege und um wertfreies Begleiten von Sterbeprozessen.

Verstehen und verstanden werden

Pflegende lassen zu, dass über das Sterben gesprochen wird. Sie hören aktiv zu ohne zu werten. Sie schaffen Ruhe für Begegnungen und haben den grundsätzlichen Wunsch zu verstehen. Pflegende beobachten und deuten Gestik und Mimik (z. B. Verspannung, Abwehrbewegungen, Atemveränderungen, Lautäußerungen, Augenkontakt, Reaktion auf Berührung, Reaktion auf Geräusche oder Musik, Unruhe, Angst). Bei kopfnahen Berührungen (Haare streichen, Schulterberührung) bei Dementen sind sie vorsichtig und beachten individuelle Reaktionen. Das Schamempfinden wird auch bei Bewusstseinsstrübung und in der Sterbephase stets berücksichtigt. Pflegehandlungen sind ruhig und nicht zu leise anzukündigen und zu erklären. Orientierungshilfen zu Wochentag oder Uhrzeit können hilfreich sein.

Pflegende vermeiden unangebrachten Aktivismus (andere Arbeiten, Putzen, Aufräumen, Vitalwerte messen u.a.), der sie von einem direkten Kontakt mit Sterbenden abhält. Sie reflektieren ihr eigenes Verhalten, wenn sie aufgrund eigener Ängste und Gefühle (Ekel) den Kontakt zu Sterbenden versuchen zu vermeiden. Sie machen nicht eigene Werte und Vorstellungen zum Maßstab. Pflegende vermeiden oberflächliche Aufmunterungen.

Pflegende dokumentieren sorgfältig besonders auffallende verbale Äußerungen von Wünschen und Bedürfnissen sowie besonders auffallende nonverbale Signale von Wohlbefinden oder Abwehr.

Sich körperlich möglichst wohl fühlen

Pflegende beachten Anzeichen für anhaltende oder wiederkehrende Schmerzen (z. B. auch Unruhe) und informieren gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, Ärztinnen und Ärzte zur Einleitung einer geeigneten Schmerztherapie. Die Mundpflege dient der Vermeidung von Mundtrockenheit und dem Setzen positiver Reize entsprechend individueller Vorlieben, z. B. durch gefrorene zerstoßene oder warme Lieblingsgetränke über Sprayflaschen, Joghurt, Butter (erbsengroßes Stück), Öl (Tupfer mit behandschuhtem Finger oder mit Plastikklammer). Pflegende machen Angebote der entlastenden Lagerung (Oberkörper leicht höher als 30° zur Atmungs erleichterung, Beine leicht angewinkelt), häufige Mikrolagerungen, stets unter Berücksichtigung individueller Vorlieben. Sie bieten erleichternde Maßnahmen je nach individuellem Bedarf an (z. B. Füße wärmen, leichte Massage). Pflegende nutzen positiv besetzte bekannte Düfte (z. B. frisch geschältes Obst, Seifen oder Kölnisch Wasser). Sie machen häufig kleine Angebote zur körperlichen Erfrischung (z. B. Hände, Nacken, Gesicht). Sie regeln die Raumtemperatur und lüften auf der Grundlage der Bedürfnisse vorrangig von Sterbenden, ggf. auch von Besuchern (eher warm).

Pflegende vermeiden Glycerinhaltige Präparate (z. B. Lemonstick) bei der Mundpflege, die die Mundschleimhaut austrocknen. Sie beachten Erschöpfung und mögliche Belastungen durch Ganzkörperwaschungen. Große Lagerungen können trotz Dekubitusgefährdung belastend sein.

Pflegende dokumentieren sorgfältig die Wirkung besonderer individueller Maßnahmen.

Bedarfsgerecht mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden

Ernährungs- und Flüssigkeitsgabe dürfen keine zusätzlichen belastenden Symptome hervorrufen (z. B. Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Wassereinlagerungen). Pflegende sind detailgenau in der Krankenbeobachtung und der Weitergabe von Erkenntnissen an gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter sowie Ärztinnen und Ärzte. Sie bemühen sich um einen engmaschigen Austausch mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden,

ermöglichen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eine angepasste Körperhaltung, um Erbrechen zu vermeiden und brechen gegebenenfalls die Maßnahme ab.

Wenn Pflegende Befürchtungen hinsichtlich eines möglichen „Verhungerns und Verdurstens“ haben, brauchen sie fachkompetente Beratung und Ansprechmöglichkeiten in der Einrichtung oder durch neutrale Fachstellen.

Pflegende führen eine engmaschige Verlaufsdokumentation mit genauer Dokumentation der aktuellen ärztlichen Anordnungen (evtl. bestätigt durch Fax oder Anordnung über E-Mail).

Sich möglichst angstfrei und ruhig fühlen

Pflegende beachten den Ausdruck von Ängsten und Unruhe in Mimik und Gestik. Sie beseitigen nach Möglichkeit erkennbare Ursachen (alleingelassen werden, Atemnot, Schmerzen). Sie nutzen Kenntnisse zu Vorlieben für eine gezielte Förderung von Entspannung (z. B. Licht anpassen, Musik, Berührungen). Sie beobachten das individuelle Bedürfnis nach Nähe (Art der Nähe bis zu Körperkontakt, wessen Nähe) und auch wechselnde Gefühlslagen und gehen angemessen darauf ein. Sie unterstützen bei Bedarf gewünschte Kontakte zur Regelung letzter Dinge ebenso wie erkennbare Wünsche nach religiösen Ritualen.

Pflegende vermeiden Hektik und unvermittelte Pflegehandlungen.

Pflegende dokumentieren Wünsche, Reaktionen, hilfreiche Handlungen (was hilft zur Entspannung, welche Berührungen werden als angenehm empfunden) ebenso wie Auslöser für Angst oder Unruhe engmaschig in der Verlaufsdokumentation.

Angemessen auf Veränderungen reagieren

Pflegende haben eine Mitverantwortung dafür, dass im Vorfeld Absprachen für Krisensituationen (z. B. Fieber) getroffen worden sind. Diese sind bekannt und liegen griffbereit, um den mutmaßlichen Willen auszuführen. Pflegende verabreichen die dafür angesetzten Bedarfsmedikationen. Sie machen ggf. entsprechend ärztlicher Anordnungen das Angebot einer Wickel- oder Kälte-Wärmebehandlung. Sie achten auf eine die Atmung erleichternde Haltung und Ablenkung (z. B. Musik). Der ärztliche Bereitschafts- oder Notdienst wird nur gerufen, wenn die geplanten Maßnahmen zur Linderung der Symptome nicht ausreichen.

Pflegende nutzen in der Krisensituation vorhandene entlastende Strukturen und bewahren Ruhe.

Engmaschige Dokumentation in der Verlaufsdokumentation.

2.3. Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte

Verstehen und verstanden werden

Ärztinnen und Ärzte beachten sprachliche und nicht sprachliche Äußerungen Sterbender und gehen darauf ein. Sie informieren Sterbende, ihre gesetzliche Vertretung und ggf. Angehörige ausreichend und in Ruhe über die aktuelle medizinische Sicht und mögliche Entwicklung und nehmen sich Zeit für Fragen. Ärztinnen und Ärzte bemühen sich nach Möglichkeit bei jedem Besuch vor Ort die Patienten selbst zu sehen. Dies wird in der ärztlichen Dokumentation festgehalten.

Sich körperlich möglichst wohl fühlen

Belastende Symptome (z. B. Schmerz, Atemnot, Fieber) werden adäquat gelindert. Bei Bedarf kann kollegiale Beratung (palliative Pflege und Medizin) stattfinden.

Diagnostik ist nur sinnvoll, wenn daraus Konsequenzen für eine weitere Therapie abgeleitet werden. Diagnostische Maßnahmen bedeuten für die Sterbenden meist eine zusätzliche Belastung. Verordnungen einschließlich der Bedarfsmedikationen (Notfallplan) sind zusätzlich zur ärztlichen Dokumentation im Formblatt der Einrichtung fest zu halten.

Bedarfsgerecht mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden

Hunger und Durst als subjektive Empfindungen (nicht im Rahmen vorgegebener Standardmengen) müssen gestillt werden. Dies ist Aufgabe der Pflegenden, ärztliche Verordnungen sind nicht erforderlich. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Ein Nierenversagen muss nicht zwangsläufig verhindert werden. Eine enterale Ernährung sollte reduziert werden, wenn sie zu Belastungen für die Sterbenden führt. Zusätzlich zur ärztlichen Dokumentation sollte das Reduzieren oder Absetzen von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr im Formblatt der Einrichtung festgehalten werden.

Sich möglichst angstfrei und ruhig fühlen

Wenn Schmerzen als Grund für die Unruhe nicht ausgeschlossen werden können, ist zunächst der Versuch einer Schmerztherapie zu unternehmen. Ansonsten ist bei Angst, Unruhe und Atemnot die Verordnung von Anxiolytika angezeigt. Neuroleptika sollten nur nach psychiatrischem Konsil verordnet werden. Es ist sinnvoll, Verordnungen einschließlich der Bedarfsmedikationen (Notfallplan) zusätzlich zur ärztlichen Dokumentation im Formblatt der Einrichtung fest zu halten.

Angemessen auf Veränderungen reagieren

Ärztinnen und Ärzte tragen eine Mitverantwortung dafür, dass im Vorfeld Absprachen für Krisensituationen (z. B. Fieber) getroffen werden. Ebenso wird vorsorglich mit allen Beteiligten abgestimmt, welche Gründe evtl. eine Klinikeinweisung notwendig machen (z. B. Stürze oder sonstige Unfallgeschehen zur chirurgischen Versorgung). Bei akuten Veränderungen werden belastende Symptome (z. B. Schmerz, Atemnot, Fieber) adäquat gelindert. Bei Bedarf kann kollegiale Beratung über Palliativmedizin und -pflege stattfinden. Unnötige Klinikeinweisungen sollten unterbleiben.

Verordnungen einschließlich der Bedarfsmedikationen (Notfallplan) sollten zusätzlich zur ärztlichen Dokumentation im Formblatt der Einrichtung festgehalten werden.

3. Anhang

3.1. Zusammenfassung rechtlicher Grundlagen von Karlo Heßdörfer, Jurist

Unser Grundgesetz schützt die Menschenwürde, die freie Entfaltung der Persönlichkeit und die körperliche Unversehrtheit (Art. 1 und 2). Während die meisten Grundrechte durch Gesetz eingeschränkt werden können, ist die Menschenwürde als oberster Wert unantastbar. Sie darf selbst dann nicht verletzt werden (z.B. durch Androhung von Folter), wenn dadurch Menschenleben gerettet werden könnten.

Seit der ersten Auflage dieser Broschüre 2008 hat der Gesetzgeber viele umstrittene Rechtsfragen geklärt. Im BGB sind vor allem folgende Neuerungen wichtig:

- das „Patientenverfügungsgesetz“ von 2009 (§§ 1901a – 1906)
- die Regelung des ärztlichen Behandlungsvertrags (§§ 630a – 630h)
- Die Novellierung der Zwangsbehandlung (§ 1906 III)

Jede medizinische Behandlung bedarf der Zustimmung des einwilligungsfähigen Patienten (§ 630d BGB); das gilt sowohl für Diagnose wie Therapie. Wenn der Patient einwilligungsunfähig ist, entscheidet für ihn sein Vertreter, also sein rechtlicher Betreuer oder Bevollmächtigter. Auch in Notfällen, die sofortiges Handeln verlangen, darf der Arzt nur dann ohne Einwilligung tätig werden, wenn die Behandlung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht (§ 630d I 4 BGB). Zwar kann ein Arzt in der Regel davon ausgehen, dass Patienten lebenserhaltend behandelt werden wollen, doch ist dies in der Endphase einer schweren Krankheit nicht selbstverständlich, im Sterbeprozess sogar kontraindiziert.

Das Bundesverfassungsgericht hat 2011 entschieden, dass medizinische Behandlung gegen den natürlichen Willen des Patienten (Zwangsbehandlung) in schwerwiegender Weise in sein Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit eingreift (Beschluss vom 23.3.2011, 2 BvR 882/09). Daraufhin hat der Gesetzgeber die zivilrechtliche Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht neu geregelt (§ 1906 III BGB). Zwangsbehandlung ist jetzt noch in sehr engen Grenzen möglich bei Patienten, die in freiheitsentziehender Weise „untergebracht“ sind. In allen „offenen“ Einrichtungen ist ärztliche Behandlung gegen den natürlichen Willen unzulässig.

Aufgabe des Arztes ist es, die Krankheit zu diagnostizieren, den Patienten umfassend aufzuklären und mit ihm zu besprechen, welche Therapie bei seinem Gesamtzustand und seiner Prognose indiziert ist (§ 1901b BGB). Der Patient darf die indizierte Behandlung ablehnen, und zwar auch dann, „wenn sie seine ohne Behandlung zum Tode führende Krankheit besiegen oder den Tod weit hinausschieben könnte“ (BGH-Beschluss vom 17.9.2014, XII ZB 202/13 Rn 22). Auch „der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme ist bei entsprechendem Willen des Betroffenen... grundsätzlich zulässig“ (BGH a.a.O.). Bei länger dauernder Therapie (z.B. künstlicher Ernährung) muss der Arzt laufend prüfen, ob Indikation und Zustimmung noch gegeben sind.

Diese Patientenrechte sind heute unbestritten. Verbotenes (z.B. Tötung auf Verlangen) oder Wirkungsloses (z.B. eine nicht indizierte Therapie) kann der Patient vom Arzt nicht verlangen.

Patienten, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, brauchen einen Vertreter, der die Behandlungsentscheidung für sie trifft (§ 630d I 2 BGB). Legitimierte Vertreter sind nicht automatisch die nächsten Angehörigen, sondern nur vom Betreuungsgericht eingesetzte rechtliche Betreuer oder vom Patienten selbst bestellte Bevollmächtigte. Beide haben im Wesentlichen die gleichen Rechte und Pflichten, der Betreuer wird aber im Gegensatz zum Bevollmächtigten vom Betreuungsgericht beaufsichtigt. Der Vertreter entscheidet nach den Behandlungswünschen des Patienten oder (falls diese fehlen) nach dessen mutmaßlichem Willen (§ 1901a II BGB). Eigene Wertvorstellungen muss der Vertreter zurückstellen.

Jeder einwilligungsfähige Volljährige kann in einer schriftlichen Patientenverfügung festlegen, wie er später ärztlich behandelt werden möchte. Diese Festlegungen sind für alle Beteiligten verbindlich, wenn sie auf die aktuelle Behandlungssituation zutreffen (§ 1901a I BGB). Der Vertreter braucht in diesem Fall keine Behandlungsentscheidung mehr zu treffen, weil der Patient selbst vorab entschieden hat (BGH-Beschluss vom 17.9.2014 XII ZB 202/13 Rn 14). Aufgabe des Vertreters ist es, die Patientenverfügung gegenüber Ärzten und Pflegenden durchzusetzen.

Das Gesetz lässt Festlegungen für jedes Stadium der Erkrankung zu (§ 1901a III BGB). Da Patientenverfügungen oft „in guten Tagen“ erstellt werden, in denen der Verfasser nicht voraussehen kann, welche Krankheiten ihn später treffen werden, sollte man möglichst nur Krankheitssituationen regeln, die man auch überblicken kann. Dies sind vor allem die Endstadien schwerer, zum Tode führender Krankheiten und der irreversible Verlust des Bewusstseins. In früheren Phasen verläuft die Krankheit oft so unvorhersehbar, dass man hierzu ohne Krankheitserfahrung in der Regel keine Vorausentscheidung treffen sollte. Empfehlenswerte, nahezu gleichlautende Muster von Patientenverfügungen haben das Bayerische Justizministerium und die Stadt München erarbeitet („Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter“ und Formularsatz der Münchener Betreuungsstelle „Vorsorge“).

Menschen, die bereits an einer schweren Krankheit leiden und genügend Therapieerfahrung haben, können im fortgeschrittenen Zustand ihrer Krankheit sehr viel genauere Behandlungswünsche äußern als dies einem gesunden Menschen möglich ist. In Zusammenarbeit mit ihren Ärzten können sie in einem Krisenplan festlegen, ob sie weiter kurativ oder nur noch palliativ behandelt werden wollen, wenn Komplikationen der Grunderkrankung auftreten oder neue Krankheiten hinzukommen. Obwohl sich Krisenpläne in der Praxis gut bewährt haben, wird von ihnen noch zu wenig Gebrauch gemacht. Überflüssige Krankenhauseinweisungen und belastende, aber chancenarme Therapien können so vermieden werden. Für Patienten, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, können ihre Vertreter den Krisenplan im Sinne des Kranken mit den Ärzten erarbeiten.

Behandlungsentscheidungen eines Vertreters bedürfen keiner betreuungsgerichtlichen Genehmigung, wenn zwischen Arzt und Vertreter Einvernehmen darüber besteht, dass die Entscheidung dem Willen des einwilligungsunfähigen Patienten entspricht (§ 1904 IV BGB). Aber auch im Konsensfall können andere Personen (z.B. Verwandte), eine betreuungsgerichtliche Kontrolle in Gang setzen, wenn sie der Auffassung sind, dass Arzt und Vertreter das Recht missbrauchen (BGH-Beschluss vom 17.9.2014, XII ZB 202/13). In Konfliktfällen ist eine gerichtliche Genehmigung erforderlich, falls die unterlassene Behandlung zu einer schweren Gesundheitsgefährdung oder zum Tod führen kann (§ 1904 II BGB).

3.2. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

2011, Auszüge aus dem Deutsches Ärzteblatt/Jg.108/Heft 7/18. Februar 2011, online unter:

[www.bundesaerztekammer.de//Sterbebegleitung/Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de//Sterbebegleitung/Grundsätze%20der%20Bundesärztekammer%20zur%20ärztlichen%20Sterbebegleitung.pdf)

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.

Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Diese Grundsätze sollen dem Arzt eine Orientierung geben, können ihm jedoch die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls getroffen werden. In Zweifelsfällen kann eine Ethikberatung hilfreich sein.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt soll auch Angehörige des Patienten und diesem nahestehende Personen informieren, soweit dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen...

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter getroffen. Das Behandlungsziel, die Indikation der daraus abgeleiteten Maßnahmen, die Frage der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und der maßgebliche Patientenwille müssen daher im Gespräch zwischen Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter erörtert werden.

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine medizinisch indizierte Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ist die Erklärung ihres Bevollmächtigten bzw. ihres Betreuers maßgeblich. Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Falls diese nicht bekannt sind, haben sie so zu entscheiden, wie es der Patient selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille). Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Bestehen Anhaltspunkte für einen Missbrauch oder für eine offensichtliche Fehlentscheidung, soll sich der Arzt an das Betreuungsgericht wenden.

Ist kein Vertreter des Patienten vorhanden, hat der Arzt im Regelfall das Betreuungsgericht zu informieren und die Bestellung eines Betreuers anzuregen, welcher dann über die Einwilligung in die anstehenden ärztlichen Maßnahmen entscheidet.

Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB vor (vgl. VI.2.), hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln. Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich.

In Notfallsituationen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, den ärztlich indizierten Maßnahmen zuzustimmen. Im weiteren Verlauf gelten die oben dargelegten allgemeinen Grundsätze. Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getragen werden. Ein Vertreter des Patienten ist sobald wie möglich einzubeziehen; sofern erforderlich, ist die Einrichtung einer Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen...

3.3. Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis

Auszüge aus dem Deutschen Ärzteblatt/ Jg. 110/ Heft 33-3419. August 2013

Online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/Sterbebegleitung/>

Vorbemerkungen

Ziele und Grenzen jeder medizinischen Maßnahme werden durch die Menschenwürde, das allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich des Rechts auf Selbstbestimmung sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bestimmt. Diese bilden auch die Grundlage der Auslegung aller Willensbekundungen der Patienten. Jede medizinische Maßnahme setzt in der Regel die Einwilligung des Patienten nach angemessener Aufklärung voraus (§ 630 d Abs. 1 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]).

Die umfangreichen Möglichkeiten der modernen Medizin und die unterschiedlichen Wertorientierungen der Patienten lassen es sinnvoll erscheinen, dass sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären. Ärzte sollten mit ihren Patienten über diese Möglichkeiten sprechen. Besonders ältere Personen und Patienten mit prognostisch ungünstigen Leiden sollten ermutigt werden, die künftige medizinische Versorgung mit dem Arzt ihres Vertrauens zu besprechen und ihren Willen zum Ausdruck zu bringen... Deshalb ist der Dialog zwischen Patient und Arzt, die Beratung und Aufklärung über diese Fragen besonders wichtig...

2. Patientenverfügungen und andere Willensbekundungen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung

Arzt und Vertreter haben stets den Willen des Patienten zu beachten. Der aktuelle Wille des einwilligungsfähigen Patienten hat immer Vorrang; dies gilt auch dann, wenn der Patient einen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) hat. Auf frühere Willensbekundungen kommt es deshalb nur an, wenn sich der Patient nicht mehr äußern oder sich zwar äußern kann, aber einwilligungsunfähig ist. Dann ist die frühere Willensbekundung ein Mittel, um den Willen des Patienten festzustellen.

... Es sind drei verschiedene Formen von Willensbekundungen zu unterscheiden:

a) Mitteilung von Überzeugungen, Wertvorstellungen u. Ä.

Der Patient kann sich seinem Vertreter bzw. dem behandelnden Arzt anvertrauen und ihnen die Aufgabe überantworten, die für ihn in der jeweiligen Situation angemessene Art und Weise der ärztlichen Behandlung festzulegen. Der Vertreter hat dann ggf. die erforderliche Einwilligung zu erteilen und dabei nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu handeln, d. h. zu fragen, ob der Patient in dieser Situation in die Behandlung eingewilligt hätte. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund „konkreter Anhaltspunkte“ zu ermitteln (§ 1901 a Abs. 2 BGB). Dabei sind alle verfügbaren Informationen über den Patienten zu berücksichtigen, insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen. Ist nichts über die Präferenzen des Patienten bekannt, dürfen Vertreter und Arzt davon ausgehen, dass der Patient den ärztlich indizierten Maßnahmen zustimmen würde.

b) Behandlungswünsche

Der Patient kann konkrete Behandlungswünsche über Art, Umfang und Dauer sowie die Umstände seiner Behandlung in jeder Form äußern. Die Einwilligungsfähigkeit ist dafür nicht erforderlich. Der Bevollmächtigte oder Betreuer hat diese Wünsche in den Behandlungsprozess einzubringen und auf dieser Grundlage ärztlichen Maßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen (§ 1901 a Abs. 2 S. 1 1. Alt. und Abs. 5 BGB). Behandlungswünsche können vorsorglich für den Fall geäußert werden, dass der Patient sich später nicht mehr äußern kann. Behandlungswünsche sind immer an die ärztliche Indikation gebunden. Ärztlicherseits besteht keine Verpflichtung, den Behandlungswünschen Folge zu leisten, wenn keine Indikation für eine Behandlung (mehr) besteht oder die geäußerten Wünsche den gesetzlichen Rahmen überschreiten, z. B. ein vom Patienten geäußertes Verlangen nach aktiver Sterbehilfe.

c) Patientenverfügung

Der Patient kann eine Patientenverfügung (im Sinne der Definition des § 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB) verfassen, mit der er selbst in bestimmte ärztliche Maßnahmen, die nicht unmittelbar bevorstehen, sondern erst in Zukunft erforderlich werden können, im Vorhinein einwilligt oder diese untersagt. Sie muss daher konkrete Festlegungen für bestimmte beschriebene Situationen enthalten...

In der Praxis wird gefragt, ob der Arzt in Fällen, in denen der Patient weder einen Bevollmächtigten noch einen Betreuer hat, selbst bei Vorliegen einer einschlägigen Patientenverfügung stets die Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht anregen muss. Der Gesetzgeber hält dies nicht für erforderlich. Davon geht auch § 630 d Abs. 1 S. 2 BGB aus. Die Bundesärztekammer und die ZEKO sind – wie das Bundesministerium der Justiz – daher der Auffassung, dass eine eindeutige Patientenverfügung den Arzt direkt bindet.

Sofern der Arzt keinen berechtigten Zweifel daran hat, dass die vorhandene Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, hat er auf ihrer Grundlage zu entscheiden. Sofern ein Bevollmächtigter oder Betreuer vorhanden ist, hat er zu prüfen, ob die Patientenverfügung wirksam und einschlägig ist; sofern dies zutrifft, hat er ihr Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901 a Abs. 1 und 5 BGB)...

4. Ärztliche Beratung und Aufklärung

Ärzte sollen mit Patienten über die Abfassung einer vorsorglichen Willensbekundung sprechen. Dabei sollte die Initiative für ein Gespräch in der Regel dem Patienten überlassen bleiben. In bestimmten Fällen kann es jedoch die Fürsorge für den Patienten gebieten, dass der Arzt die Möglichkeiten vorsorglicher Willensbekundungen von sich aus anspricht. Ein solcher Fall liegt beispielsweise vor, wenn bei einer bevorstehenden Behandlung oder in einem absehbaren Zeitraum der Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und der Patient ohne Kenntnis von den Möglichkeiten der vorsorglichen Willensbekundung seine Sorge über den möglichen Zustand fehlender Selbstbestimmung angesprochen hat.

Äußert der Patient die Absicht, eine vorsorgliche Willensbekundung zu verfassen, sollte der Arzt seine Beratung für damit zusammenhängende medizinische Fragestellungen anbieten, so dass der Patient diese Sachkenntnis in seine Entscheidungsfindung einbeziehen kann. Zwar kann der Arzt dem Patienten die oftmals schwierige und als belastend empfundene Entscheidung über das Ob und Wie einer vorsorglichen Willensbekundung nicht abnehmen, wohl aber Informationen für das Abwägen der Entscheidung beitragen. So kann der Arzt beispielsweise über medizinisch mögliche und indizierte Behandlungsmaßnahmen informieren, auf die mit Prognosen verbundenen Unsicherheiten aufmerksam machen und allgemein über Erfahrungen mit Patienten, die sich in vergleichbaren Situationen befunden haben, berichten. Indem der Arzt den Patienten möglichst umfassend informiert, kann er zugleich Vorsorge gegen aus ärztlicher Sicht nicht gebotene Festlegungen des Patienten treffen, etwa indem er über Missverständnisse – z. B. über die sogenannte Apparatedizin – aufklärt, Fehleinschätzungen hinsichtlich der Art und statistischen Verteilung von Krankheitsverläufen korrigiert und die Erfahrungen aus dem Umfeld des Patienten, an denen sich dieser orientiert und aus denen er möglicherweise falsche Schlüsse zieht, hinterfragt. Der Arzt darf dem Patienten nicht seine

Sicht der Dinge aufdrängen. Er kann aber wesentlich dazu beitragen, die Meinungsbildung des Patienten zu verbessern und abzusichern. Er kann dem Patienten nicht nur das Für und Wider seiner Entscheidungen vor Augen führen, sondern ihm durch die Aufklärung auch Ängste nehmen...

5. Schweigepflicht

Gegenüber dem Bevollmächtigten und dem Betreuer ist der Arzt zur Auskunft berechtigt und verpflichtet, da Vollmacht und Gesetz den Arzt von der Schweigepflicht freistellen. In der vorsorglichen Willensbekundung können weitere Personen benannt werden, gegenüber denen der Arzt von der Schweigepflicht entbunden wird und denen Auskunft erteilt werden soll.

6. Form einer vorsorglichen Willensbekundung

... Rechtlich ist es weder erforderlich, die Unterschrift durch Zeugen bestätigen zu lassen, noch eine notarielle Beglaubigung der Unterschrift herbeizuführen. Um Zweifeln zu begegnen, kann sich eine Unterschrift vor einem Zeugen (z. B. dem Arzt) empfehlen, der seinerseits schriftlich die Echtheit der Unterschrift sowie das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit des Verfassers bestätigt.

7. Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit

Eine Vorsorgevollmacht kann nur von einer Person erteilt werden, die in vollem Umfang geschäftsfähig ist. Wird eine Vorsorgevollmacht von einem Notar beurkundet, was sich anbietet, wenn die Vorsorgevollmacht nicht nur gesundheitliche Angelegenheiten, sondern auch andere Bereiche (z. B. Vermögensvorsorge) umfasst, sind Zweifel an der Geschäftsfähigkeit so gut wie ausgeschlossen, weil der Notar hierzu Feststellungen in der Urkunde treffen muss.

Patientenverfügungen sind nur wirksam, wenn der Patient zur Zeit der Abfassung volljährig und einwilligungsfähig ist (§ 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB). Sofern keine gegenteiligen Anhaltspunkte vorliegen, kann der Arzt von der Einwilligungsfähigkeit des volljährigen Patienten ausgehen. Die Einwilligungsfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn die Einsichts- und Urteilsfähigkeit eines Patienten durch Krankheit und/oder Behinderung so stark beeinträchtigt sind, dass er die Art und Schwere einer möglichen Erkrankung oder Behinderung nicht erfasst oder Wesen, Bedeutung und Tragweite der Patientenverfügung nicht mehr zu beurteilen vermag. Es kann auch aus diesem Grund angezeigt sein, dass Arzt und Patient eine Patientenverfügung durchsprechen und der Arzt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten bestätigt.

8. Ärztliche Dokumentation

Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufs getroffenen Feststellungen und Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation (vgl. § 630 f BGB und § 10 Abs. 1 [Muster-] Berufsordnung). Die Pflicht zur Dokumentation gilt auch für Gespräche des Arztes mit dem Patienten über eine vorsorgliche Willensbekundung. Es kann hilfreich sein, eine Kopie einer solchen Willensbekundung (z. B. Patientenverfügung) zur ärztlichen Dokumentation zu nehmen. Damit ist der Arzt in der Lage, bei wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes des Patienten eine Konkretisierung oder eine Aktualisierung anzuregen. Zudem steht er anderen Ärzten als Gesprächspartner zur Verfügung, wenn es gilt, den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen und umzusetzen...

10. Entscheidungsfindung

10.1. Entscheidungsprozess

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertretern getroffen. Dieser dialogische Prozess ist Ausdruck der therapeutischen Arbeitsgemeinschaft zwischen Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter. Das Behandlungsziel, die Indikation, die Frage der Einwilligungsunfähigkeit des

Patienten und der maßgebliche Patientenwille müssen daher im Gespräch zwischen Arzt und Patientenvertreter erörtert werden. Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist.

Die Indikationsstellung und die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ist Aufgabe des Arztes; sie ist Teil seiner Verantwortung. Er hat zum einen zu beurteilen, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Zustand, die Prognose und auf das Ziel der Behandlung des Patienten indiziert sind. Zum anderen hat der Arzt zu prüfen, ob der Patient einwilligungsfähig ist (zur Einwilligungsfähigkeit, vgl. 7.). In Zweifelsfällen sollte ein psychiatrisches oder neurologisches Konsil eingeholt werden.

... Der Arzt hat die Entscheidung zur Durchführung oder Unterlassung einer medizinischen Maßnahme (z. B. Beatmung, Sonden Ernährung, Reanimation) im weiteren Verlauf der Behandlung kontinuierlich zu überprüfen. Dafür gelten die oben dargestellten Grundsätze entsprechend.

10.2. Konfliktsituationen

In der Praxis lässt sich nicht immer ein Konsens erreichen. Konflikte können im Wesentlichen in zwei Konstellationen auftreten:

- a) Aus ärztlicher Sicht besteht eine medizinische Indikation zur Behandlung, d. h., es gibt eine ärztliche und/oder pflegerische Maßnahme, bei der ein Therapieziel (Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation oder Erhaltung der Lebensqualität) und eine realistische Wahrscheinlichkeit gegeben sind, dass durch diese Maßnahme das Ziel erreicht werden kann. Der Patientenvertreter (Bevollmächtigter, Betreuer) lehnt die Behandlung jedoch ab. Besteht Einigkeit darüber, dass der Patient auch ablehnen würde, so muss die medizinische Maßnahme im Einklang mit dem Willen des Patienten unterlassen werden. Bestehen Zweifel über den Willen des Patienten, kann das Betreuungsgericht angerufen werden. Im Übrigen ist das Betreuungsgericht anzurufen, wenn ein Dissens über den Patientenwillen besteht und der Patient aufgrund der Weigerung des Vertreters, der vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahme zuzustimmen, in die Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens gerät (vgl. 10.1).
- b) Der Patientenvertreter oder die Angehörigen des Patienten verlangen die Durchführung oder Weiterführung einer medizinisch nicht (mehr) indizierten Maßnahme. Besteht keine medizinische Indikation zur Einleitung oder Weiterführung einer Maßnahme, so darf diese nicht (mehr) durchgeführt werden. Die Übermittlung der Information über eine fehlende medizinische Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen und die damit verbundene Therapiezieländerung hin zu palliativen Zielen stellt für Patienten und deren Angehörige meist eine extrem belastende Situation dar, die vom aufklärenden Arzt hohe kommunikative Kompetenzen verlangt. Es kann gerechtfertigt sein, eine Maßnahme, wie die künstliche Beatmung oder Ernährung, begrenzt weiterzuführen, um den Angehörigen Zeit für den Verarbeitungs- und Verabschiedungsprozess zu geben, solange die Fortführung der Maßnahme für den Patienten keine unzumutbare Belastung darstellt. Weder der Patient noch sein Vertreter oder seine Angehörigen können verlangen, dass der Arzt eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme durchführt. Ein Gesprächsangebot sollte immer bestehen bleiben. Auch in solchen Fällen wird das Betreuungsgericht gelegentlich durch Angehörige angerufen, wenn die Kommunikation scheitert. Das Betreuungsgericht hat jedoch nicht die Frage der medizinischen Indikation zu entscheiden, sondern zu prüfen, ob eine indizierte Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht...

11. Notfallsituation

In Notfallsituationen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, den ärztlich indizierten Maßnahmen zuzustimmen.

Im weiteren Verlauf gelten die oben dargelegten allgemeinen Grundsätze. Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getragen werden.

Ein Vertreter des Patienten ist sobald wie möglich einzubeziehen; sofern erforderlich, ist die Einrichtung einer Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen (vgl. 10.1).

3.4. Ermittlung und Dokumentation des Willens¹ bei einwilligungsunfähigen, schwerkranken Menschen

Behandlungsentscheidung im Fall der Einwilligungsunfähigkeit Christophorus Hospiz Verein e.V., München

1. Zur Person

Herrn/ Frau _____

geboren am _____ in _____

2. Einschätzung zur Einwilligungsfähigkeit

3. Gesetzliche Vertretung und nahe Angehörige

Vollmacht bzw. Betreuung / Wer soll einbezogen werden? Wer nicht (Begründung)?

4. Krankheits- und Behandlungssituation

Diagnose, aktuelle Symptome und erwartete Notsituationen, mögliche Interventionen und Alternativen

1 Vgl. Bundesgerichtshof XII ZB 201/13 vom 1. September 2014 und BGB §§ 1901 a und 1904.

3.5. ECPA – Schmerzerfassung Assessment

Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (Morello R., Jean A., Alix M., Groupe Regates 1998, deutsche Version Kunz R. 2000)

Datum:		Patient:			
vis. :		Geb.:		Zimmer:	

Dimension 1: Beobachtungen ausserhalb der Pflege

ITEM 1 – verbale Äusserungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien	
0	Patient macht keine Äusserungen
1	Schmerzäusserungen, wenn Pat. angesprochen wird
2	Schmerzäusserungen, sobald jemand beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäusserungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen

ITEM 2 – Gesichtsausdruck: Blick und Mimik	
0	entspannter Gesichtsausdruck
1	besorgter, gespannter Blick
2	ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen
3	verkrampfter u./o. ängstlicher Blick
4	vollständig starrer Blick / Ausdruck

ITEM 3 – Spontane Ruhehaltung	
0	keinerlei Schonhaltung
1	Vermeidung einer bestimmten Position, Haltung
2	Patient wählt eine Schonhaltung (kann sich aber bewegen)
3	Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung
4	Patient bleibt vollständig immobil

Dimension 2 : Beobachtungen während der Pflege

ITEM 4 – ängstliche Abwehr bei Pflege	
0	Patient zeigt keine Angst
1	ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck
2	Patient reagiert mit Unruhe
3	Patient reagiert aggressiv
4	Patient schreit, stöhnt, jammert

ITEM 5 – Reaktionen bei der Mobilisation	
0	Patient steht auf / lässt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung
1	Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten
2	Patient klammert mit Händen / macht Gebärden während Mobilisation und Pflege
3	Patient nimmt während Mobilisation / Pflege Schonhaltung ein
4	Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege

ITEM 6 – Reaktionen während Pflege von schmerzhaften Zonen	
0	keinerlei negative Reaktionen während Pflege
1	Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung
2	Reaktion beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen
3	Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen
4	Unmöglichkeit, sich schmerzhafter Zone zu nähern

ITEM 7 – verbale Äusserungen während der Pflege	
0	keine Äusserungen während der Pflege
1	Schmerzäusserung, wenn man sich an den Patienten wendet
2	Schmerzäusserung, sobald Pflegende beim Patienten ist
3	spontane Schmerzäusserung oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	spontanes Schreien bzw. qualvolle Äusserungen

Dimension 3 : Auswirkungen auf Aktivitäten

ITEM 8 – Auswirkungen auf den Appetit	
0	keine Veränderungen bezüglich Appetit
1	leicht reduzierter Appetit, isst nur einen Teil der Mahlzeiten
2	muss animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen
3	isst trotz Aufforderung nur ein paar Bissen
4	verweigert jegliche Nahrung

ITEM 9 – Auswirkungen auf den Schlaf	
0	guter Schlaf, beim Aufwachen ist der Patient ausgeruht
1	Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen
2	Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen
3	zusätzliches nächtliches Erwachen
4	seltener oder fehlender Schlaf

ITEM 10 – Auswirkungen auf Bewegungen	
0	Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt
1	Patient bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen
2	seltener / verlangsamte Bewegungen
3	Immobilität
4	Apathie oder Unruhe

ITEM 11 – Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit	
0	üblicher Kontakt
1	Herstellen von Kontakt erschwert
2	Patient vermeidet Kontaktaufnahme
3	Fehlen jeglichen Kontaktes
4	totale Indifferenz

Total Punkte (0 = kein Schmerz, 44 = maximaler Schmerz)	
---	--

3.6. Mögliche Auswirkungen der künstlichen Ernährung bzw. Flüssigkeitsgabe bei Sterbenden

Christophorus Hospiz Verein e.V., München

Aus: Gastrointestinale Probleme bei Schwerstkranken und Sterbenden,
Hrsg. Christophorus Hospiz Verein e.V., München, S. 23.

ohne Flüssigkeitsgabe	←	Problem	→	mit Flüssigkeitsgabe
Abnahme	←	Atemnot	→	Zunahme
Abnahme	←	Absaugen	→	Zunahme
Abnahme	←	„Rasselatmung“	→	Zunahme
Abnahme	←	Menge der Sekretbildung im GI-Trakt	→	Zunahme
Abnahme	←	Erbrechen	→	Zunahme
Abnahme	←	Cerebrale Ödeme Periphere Ödeme	→	Zunahme
Abnahme	←	Schmerzen	→	Zunahme
Abnahme	←	Dekubitusgefahr	→	Zunahme
Ungleichgewicht, vermehrte Endorphinausschüttung	←	Flüssigkeit und Elektrolyte	→	korrigiert
vermeidet oft Dauerkatheter und häufiges schmerzhaftes Heben auf Bettschüssel	←	Diurese	→	hat meist Legen eines Dauerkatheters zur Folge
Zunahme	←	Verwirrtheit	→	Abnahme

3.7. Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2006)*

Im Folgenden werden die Aspekte Leitungsverantwortung, Basisorientierung, Interprofessionalität und zeitliche Kontinuität behandelt.

Aspekt Leitungsverantwortung

Beschreibt eine Leitungskultur mit Projektarbeit und dokumentierten Leitlinien, die auf ihre Nachhaltigkeit hin evaluiert wird, Lösungsmodelle für Ethikkonflikte entwickelt und dies alles auch öffentlich macht.

1. INDIKATOR: PROJEKTARBEIT

Hat sich das Haus eine Zeit lang schwerpunktmäßig mit der Sterbe- und Abschiedskultur beschäftigt?

Gibt es ein Projekt zur Implementierung von Palliative Care und Hospizidee? Wurden dazu Freiräume und Strukturen geschaffen?

Ist dazu Arbeitszeit und Ressourceneinsatz (oder eine Stelle) vorgesehen? Wird dazu externe Hilfe, Projektbegleitung und Beratung herangezogen?

2. INDIKATOR: LEITLINIEN

Wird oder wurde hausintern und schriftlich ein Text mit „Leitgedanken zur Sterbegleitung“ entwickelt, der Auskunft gibt, welche Grundauffassung von den Mitarbeitenden getragen und gelebt wird, wenn es um die Themen Sterben-Tod-Abschied geht?

Spiegeln sich diese Leitgedanken im Leitbild der Einrichtung und in den Veröffentlichungen über die Einrichtung? (z. B. im Hausprospekt)

Sind diese Leitgedanken konkret und operationalisierbar?

Sind sie zu den bestehenden Standards und Richtlinien in Bezug gesetzt?

3. INDIKATOR: KULTUR UND LEITUNG

Wird oder wurde die Sterbe- und Abschiedskultur der Einrichtung ausführlich im Zusammenhang erfasst und benannt (Analyse der bestehenden Kultur) und auch gewürdigt? Bestehen strukturelle und finanzielle Spielräume für neue und sinnvolle Maßnahmen zu diesem Thema?

Sind das Thema und der Prozess von der Leitung der Einrichtung gewollt und getragen? Sind die damit verbundenen Entscheidungen der Projektbeteiligten hierarchisch abgesichert und gedeckt?

– S. Hinweis Nr. 6 auf S. 50.

4. INDIKATOR: NACHHALTIGKEIT / EVALUATION

Gibt es besondere Verfahren oder Vereinbarungen, wie die vorhandene Sterbe- und Abschiedskultur des Hauses regelmäßig gesichert, überprüft und weiterentwickelt wird?

5. INDIKATOR: ETHIK IM KONFLIKTFALL

Gibt es besondere Verfahren für ethische Konfliktfälle im Haus? (wie z. B. Vorsorgevollmachten)

Werden in solchen Fällen alle Betroffenen beteiligt?

Gibt es ein Ethikkomitee?

Ist Ethikberatung implementiert?

6. INDIKATOR: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Ist „Sterben und Sterbebegleitung“ in den regelmäßigen Veranstaltungen und Veröffentlichungen des Hauses ein wiederkehrendes Thema?

Aspekt Basisorientierung

Beschäftigt sich nicht nur mit den Bedürfnissen der Bewohner, sondern auch mit den Vorstellungen der Mitarbeitenden. Ebenso müssen dabei auch die Angehörigen sowie die Mitbewohner als Teil einer „Abschiedskultur“ einbezogen werden.

7. INDIKATOR: BEWOHNER

Werden die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Bewohner und Angehörigen zu diesem Thema erfasst? (z. B. beim Heimeinzug, der Beratung zur Patientenverfügung, der Dokumentation der Vorsorgevollmacht)

Werden sie laufend erhoben, kommuniziert und dokumentiert?

Werden sie berücksichtigt? (z. B. in der Pflegeplanung; speziell in der Terminalphase)

8. INDIKATOR: MITARBEITER

Werden die Ideen, Bedürfnisse und Vorstellungen aller Mitarbeitenden erfasst und gewürdigt? Besteht hier Spielraum für individuelle Vorlieben, Abneigungen und Fähigkeiten?

Gibt es Supervisionsangebote für Mitarbeitende?

Werden neue Mitarbeiter auf das Thema eingestimmt? (Bewerbungsgespräch) Werden neue Mitarbeiter und Auszubildende in die Sterbebegleitung und in die Abschiedskultur eingeführt? (Einarbeitungskonzept)

9. INDIKATOR: ANGEHÖRIGE

Werden Angehörige und Bezugspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner zu diesem Thema gehört und ernst genommen?

Wie werden diese Personen ggf. in die Sterbebegleitung einbezogen?

Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht?

10. INDIKATOR: MITBEWOHNER

Sind die Mitbewohner von Sterbenden im Blick?

Werden sie ggf. im Sterbeprozess eines Bewohners besonders betreut oder in die Begleitung einbezogen?

Haben ihre Bedürfnisse dabei Gewicht?

Haben sie die Möglichkeit, sich von Verstorbenen zu verabschieden?

Aspekt Interprofessionalität

Beschreibt die Vernetzung aller an der Hospizkultur Beteiligten mit allen Betroffenen innerhalb und nach außen hin sowie mit den befähigten Ehrenamtlichen.

11. INDIKATOR: INTERDISZIPLINARITÄT UND VERNETZUNG

Ist interdisziplinäres bzw. interprofessionelles Denken und Handeln möglich?

Gibt es interdisziplinäre Foren oder Gruppen, die sich zu diesen Fragen austauschen? (z. B. in der Pflegekonferenz)

Gibt es eingeübte und erprobte Vernetzungen mit externen Einrichtungen? (Palliativpflegedienste; Hospizvereine; stationäre Hospize und Palliativstationen, Kirchengemeinden, Bestatter, Sozialämter, Beratungsstellen, andere Heime, Krankenhäuser, Einsatzleitstellen, niedergelassene Ärzte, Sozialstationen)

12. INDIKATOR: PALLIATIVE FACHPFLEGE

Ist die palliativpflegerische Kompetenz im Haus verfügbar oder Thema von Fortbildungen?

Gibt es Fachkräfte mit Palliative-Care-Ausbildung im Haus?

Enthalten die Pflegestandards spezielle Hinweise auf lindernde und palliative Maßnahmen?

Kann das Haus auf Palliativdienste im Umfeld zurückgreifen?

Wenn „nein“, welche Möglichkeiten solcher Vernetzungen wurden erwogen?

13. INDIKATOR: HAUSÄRZTE

Ist in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten Palliativmedizin ein Thema?

Sind palliativmedizinisch geschulte Ärzte im Blick und ggf. einbezogen?

Werden in der Terminalphase die Therapieziele im Konsens mit Bewohnern, Familien, Pflege und Ärzten festgelegt?

Existieren Notfallpläne und Verfahren für kritische Situationen, besondere Eingriffe und Krankenhauseinweisungen?

Wird der (mutmaßliche) Wille der Bewohner in Fragen des Lebensendes erhoben, dokumentiert und ggf. durchgesetzt?

Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen?

14. INDIKATOR: EHRENAMTLICHE

Sind Ehrenamtliche Teil des Betreuungssystems?

Sind speziell (nach dem Qualitätsverständnis der BAG Hospiz) befähigte Ehrenamtliche verfügbar? Ist deren Profil klar? Ist die Zusammenarbeit mit dem Personal geregelt? Ist der Einsatz der Ehrenamtlichen transparent und bekannt?

Ist die Begleitung der Ehrenamtlichen angemessen gesichert?

Gibt es Kooperationen mit Hospizvereinen vor Ort?

Gibt es für Ehrenamtliche einen eigenen Ansprechpartner?

15. INDIKATOR: SEELSORGE

Werden die konfessionellen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und gewürdigt? Ist regelmäßige Seelsorge im Haus möglich und organisierbar?

Ist für den Bedarfsfall der Kontakt zu den umliegenden Gemeinden oder religiösen Gemeinschaften organisiert?

16. INDIKATOR: SOZIALE FÜRSORGE

Bekommen Bewohner und Angehörige in ihren existentiellen und finanziellen Sorgen und Nöten speziell im Kontext von Sterben, Tod und Bestattung sozialberaterische Unterstützung?

17. INDIKATOR: WEITERE MITARBEITER

Sind die Ressourcen der anderen Berufsgruppen im Haus (z. B. Hauswirtschaft, Therapie, Verwaltung) bei der Gestaltung der Hospizkultur im Blick?

Wie werden diese Mitarbeiter einbezogen und gefördert?

<p>Aspekt zeitliche Kontinuität</p> <p><i>Weist auf folgende Situationen eines Prozesses hin:</i></p> <p><i>(a) der Blick auf Vergangenes (z. B. das vergangene Leben, Trauer über erlebte Todesfälle Nahestehender)</i></p> <p><i>(b) das jetzige (eigene) Sterben</i></p> <p><i>(c) danach das Abschiednehmen vom Verstorbenen</i></p>

18. INDIKATOR: TRAUER

Ist die Trauer aller Beteiligten und Betroffenen ein Thema?

Werden (Frei)Räume zur Erinnerung für Mitbewohner, Angehörige und Mitarbeitende geschaffen?

Gibt es Angebote zur nachgehenden Trauerbegleitung?

Gibt es Rituale, die auch nach einiger Zeit die Erinnerung an Verstorbene ermöglichen? (z. B. Gedenkfeiern)

19. INDIKATOR: STERBEPHASE

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Sterbephase von Bewohnern?

20. INDIKATOR: UMGANG MIT VERSTORBENEN

Gibt es spezielle Aufmerksamkeiten, Verfahren, Maßnahmen und Regelungen für die Zeit unmittelbar nach dem Versterben von Bewohnern? Existieren Rituale für den Abschied aller Betroffenen? (Familie und Betreuende)

Gibt es Standards und Absprachen zur Aufbahrung, Verabschiedung, Überführung, Bestattung? Gibt es regelmäßige Kontakte mit Bestattern zu diesem Thema?

Adressen und andere Hinweise

Träger, die an der 1. Auflage der Broschüre mitgewirkt haben:

AWO München, gemeinnützige Betriebs-GmbH

Gravelottestr. 8, 81667 München, Tel.: (089) 4 58 32-0, awo-muenchen.de

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V.

Hirtenstr. 4, 80335 München, Tel.: (089) 5 51 69-0, caritas-muenchen.de

Hilfe im Alter gemeinnützige GmbH der Inneren Mission München

Landshuter Allee 40, 80637 München, Tel.: (089) 12 69 91-132,

im-muenchen.de/altenhilfe/start.php

MÜNCHENSTIFT GmbH

Severinstr. 2, 81541 München, Tel.: (089) 6 20 20-3 00, muenchenstift.de

Sozialservice-Gesellschaft des BRK GmbH

Hofmannstr. 54, 81379 München, Tel.: (089) 61 30 47-0, seniorenwohnen.brk.de

Weitere Adressen von Palliativstationen, stationären Hospizen, ambulanten Hospizdiensten und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung in München:

muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Gesundheitliche_Versorgung/Hospiz_und_Palliativversorgung/Alte_Menschen.html

Hospiz- und Palliativnetzwerk München (im Aufbau)

Sonstige

Alzheimer Gesellschaft München e.V.

Josephsburgstr. 92, 81673 München, Tel.: (089) 47 51 85, agm-online.de

Bayerische Stiftung Hospiz

Hegelstr. 2, 95447 Bayreuth, Tel.: (09 21) 6 05-33 50,

bayerische-stiftung-hospiz.de

Bayerischer Hospiz- und Palliativverband e. V.

Innere Regensburger Str. 13, 84002 Landshut, Tel.: (0871) 9 75 07-30, bhpv.de

Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, Burgstr. 4, 80331 München,

Tel.: (089) 233-9 69 66, muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege

Betreuungsstelle München, Sozialreferat der Landeshauptstadt München Mathildenstraße 3a,

80336 München, Tel.: (089) 233-2 62 55,

[muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/](http://muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Betreuungsstelle.html)

[Sozialamt/Betreuungsstelle.html](http://muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Betreuungsstelle.html)

Christophorus Akademie, Klinik für Palliativmedizin der Universität München Marchioninstr. 15,

81377 München, Tel.: (089) 4 40 07 79 30,

christophorus-akademie.de

Geriatric im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, München-Nymphenburg

Romanstr. 93, 80639 München, Tel.: (089) 17 97-24 01,

geriatrie.barmherzige-muenchen.de

Seniorenbeirat, Burgstr. 4, 80331 München, Tel.: (089) 2 33-2 59 86,

[muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/](http://muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Alter-und-Behinderung/Seniorenbeirat.html)

[Alter-und-Behinderung/Seniorenbeirat.html](http://muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Alter-und-Behinderung/Seniorenbeirat.html)

Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation (ZAGF), Städtisches Klinikum

München-Neuperlach, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München Tel.: (089) 67 94-22 29,

klinikum-muenchen.de/kliniken-zentren/neuperlach/fachbereiche-kn/akutgeriatrie

Ethik und Seelsorge

Erzbischöfliches Ordinariat München, Ressort Seelsorge und kirchliches Leben, Haupt-

abteilung Seelsorge in Lebensumständen und Lebenswelten, Pacellistr. 8 , 80333 München,

Tel.: (089) 21 37-23 11, Lebensumstaende@eomuc.de

Evangelische Altenheimseelsorge München, Herzog-Wilhelmstr. 24/3, 80331 München,

(089) 51 56 78 87, evangelische-altenheimseelsorge-muenchen.de

Ethikrat des Caritasverbandes der Erzdiözese München-Freising e.V.,

caritas-nah-am-naechsten.de/Wir-ueber-uns/Page003162.aspx

Fachstelle Spiritualität – Palliative Care – Ethik – Seelsorge, Hilfe im Alter gemeinnützige

GmbH (IMM), Baierbrunnerstr.103, 81379 München, Tel: (089) 3 22 98 21 62,

spes@im-muenchen.de

im-muenchen.de/pflegeheime/hospizprojekt/index.php

Andere Hinweise

1. **Bay. Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz** (2015; 16. Auflage) Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung; bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=STMUG&DIR=stmug&ACTIONxSETVAL%28artdtl.htm,APGxNODENR:283773,AARTxNR:04004713,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMJV,AKATxNAME:StMJV,ALLE:x%29=X
2. **Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen** (2010) Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; stmgp.bayern.de/pflege/dokumentation/index.htm
3. **Bayerische Stiftung Hospiz,** bayerische-stiftung-hospiz.de/schriften.htm:
Schriftenreihe Nr. 1: „Leben bis zuletzt in Alten- und Pflegeheimen“ (2002; F. Kittelberger); Ein Leitfaden für die Implementierung.
Schriftenreihe Nr. 5: „... nicht sang- und klanglos gehen“ (2005; C. Orth/ M. Alsheimer); Abschlussbericht über eine Implementierung.
Schriftenreihe Nr. 7: „Dasein wenn es still wird“ (2007; Donata Beckers); Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung.
4. **Bundesministerium der Justiz** und für Verbraucherschutz zum Thema Patientenverfügung (2014): bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung_node.html
5. **Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.** und **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin** (2012) Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen; dhpv.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/BAG_broschuere_hospizkultur-im-alten-u-pflegeheim.pdf
6. Das Zertifizierungsverfahren „Exzellenz in Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der stationären Hilfe für Menschen mit Behinderung“ würdigt die besonderen Leistungen von Einrichtungen für eine gute allgemeine Palliativversorgung. Die Bayerische Stiftung Hospiz hat die Entwicklung dieses Verfahrens 2010 gefördert. Der Bayerische Hospiz- und Palliativverband hat dafür 2014 einen Leitfaden vorgelegt. Die Zertifizierung soll helfen, nach den Implementierungsphasen das Erreichte nach innen und außen transparent zu machen und Nachhaltigkeit über Projektfristen hinaus zu sichern. Detaillierte Informationen zum Verfahren und seiner mögliche Anwendung erhält man unter pallcert-europe.de oder bhpv.de
7. Fuchs C, Gabriel H, Raischl J, Steil H, Wohlleben U (2012) Palliative Geriatrie – Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.
8. **Landeshauptstadt München,** Betreuungsstelle (2013; 14. Auflage) Vorsorge durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung – Formularsatz der Münchner Betreuungsstelle (mit Beglaubigungsvermerk); muenchen.info/soz/pub/pdf/formularsatz_der_muenchner_betreuungsstelle.pdf
9. Marckmann G. (2007): PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. In: Ärzteblatt Baden-Württemberg 01/2007, S. 23 – 27; en.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/marckmann/materialien/publikationen/ethischegrundlagen.pdf

Impressum

Projektleitung: Sepp Raischl
Christophorus Hospiz Verein e.V. Effnerstr. 93, 81925 München Birgit Ludwig
Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, Landeshauptstadt München

Redaktion: Kornelie Rahnema und Sepp Raischl Christophorus Hospiz Verein e.V.

V.i.S.d.P.: Christophorus Hospiz Verein e.V. Effnerstr. 93, 81925 München

Druck: DruckArt, c/o Gebr. Geiselberger GmbH Kaufering

Wir danken dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München für die Übernahme der Kosten.

Stand: Februar 2015. Alle Verweise auf Internet-Seiten wurden aktuell überprüft.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Für den Inhalt sind die Mitwirkenden verantwortlich. Alle Rechte sind vorbehalten, insbesondere das Recht auf Nachdruck und Verbreitung.

Der Text steht als kostenfreier Download zur Verfügung unter: www.chv.org

Die Broschüre kann kostenfrei in der städtischen Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, Burgstraße 4, 80331 München, Erdgeschoss, Zimmer 19 abgeholt werden.

Alle Angaben in diesem Text erfolgten nach bestem Wissen, entbinden behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende jedoch nicht ihrer Pflicht zur Überprüfung.

