



Arbeitsgemeinschaft der freien  
Wohlfahrtsverbände München



**Bayerischer  
Hospizverband**



**Christophorus Hospiz  
Verein e.V., München**



*Harlachinger Krebshilfe e.V.*



**Hospizdienst Da-Seine e.V.**  
Ambulante Hospiz- und Palliativberatung



**KVB**



Landeshauptstadt  
München

Gemeinnützige Gesellschaft der Landeshauptstadt mbH  
**MÜNCHENSTIFT** 

**Für ein  
würdevolles  
Leben  
bis  
zuletzt**

## **An der Broschüre haben mitgewirkt:**

### **Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände 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 Wohlleben

### **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

## **Beratend haben die Broschüre begleitet:**

**Prof. Dr. Gian-Domenico Borasio**, Lehrstuhl für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München – Großhadern

**Claudia Bayer-Feldmann**, Vorsitzende der Alzheimer Gesellschaft München e.V.

**Dr. Christoph Fuchs**, Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation am Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Neuperlach

**Dr. Thomas Hagen**, Fachreferent für Palliative Care und Hospizpastoral, Erzdiözese München und Freising

**Dr. Hans-Joachim Heßler**, Bayerisches Staatsministerium der Justiz

**Dr. Ursula-Juliane Müller**, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern

**Dr. Eva Weishappel-Ketisch**, Gerontopsychiatrische Fachambulanz, Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost

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
<b>Einführung</b> .....	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
<b>1. Lebensverlängernde Maßnahmen: Entscheidungshintergründe und -prozess</b> .....	11
<b>1.1. Die medizinische Indikation</b> .....	11
• Lebensverlängernde Maßnahmen .....	11
• Künstliche Ernährung und Zufuhr von Flüssigkeit .....	12
<b>1.2. Der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille</b> .....	14
• Grundlegende Rechtsprinzipien .....	14
• Entscheidungssituation .....	15
<b>1.3. Der Entscheidungsprozess</b> .....	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

1.4.	<b>Die Dokumentation von Entscheidung, Therapieziel und Notfallplanung</b> .....	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
<b>2.</b>	<b>Behandlung, Pflege und Begleitung bis zuletzt</b> .....	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
<b>3.</b>	<b>Anhang</b> .....	31
3.1.	Grundsätze der Bundesärztekammer, 7. Mai 2004 .....	31
3.2.	Empfehlungen der Bundesärztekammer, 30. März 2007 .....	33
3.3.	Klinikum der Universität München-Großhadern: Empfehlungen zur Frage der Therapieziel-Änderung und zum Umgang mit Patientenverfügungen .....	37
3.4.	Dokumentations-Muster .....	39
3.5.	ECPA - Schmerzerfassung Assessment .....	40
3.6.	Mögliche Auswirkungen der künstlichen Ernährung bzw. Flüssigkeitgabe bei Sterbenden, Christophorus Hospiz Verein e.V., München .....	42
3.7.	Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz .....	43
3.8.	Wichtige Adressen für München .....	47
3.9.	Weiterführende Hinweise .....	50

# Einführung

## Zur Entstehung dieses Projektes

Die Diskussionen um ein würdevolles Sterben in Alten- und Pflegeheimen wurden in den letzten Jahren zunehmend intensiver geführt. Träger und Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern haben seit 1999 Implementierungsprojekte zur Weiterentwicklung der Palliativkultur in ihren Häusern durchgeführt, gefördert durch die Bayerische Stiftung Hospiz.

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

Schnell wurde klar, dass sich die Projektgruppe ausschließlich auf die Situation in Alten- und Pflegeheimen konzentrierte. Wir hoffen natürlich, dass andere Bereiche dieses Thema ebenso aufgreifen und für ihre Verhältnisse anpassen. Die Dynamik in einer häuslichen Privatwohnung ist eine andere und sollte auch von Experten auf diesem Gebiet bearbeitet werden. Wir sehen uns ebenso wenig in der Lage, für die ganz eigene Prägung von Behinderteneinrichtungen zu sprechen.

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 uns 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 der alten 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. Fremdbestimmung und Zwangsbehandlung resultieren nicht selten daraus. Betroffene versuchen sich mittels Patientenverfügung und Vollmacht abzusichern. Eine tiefe Verunsicherung kennzeichnet sowohl die private, gesellschaftliche wie fachliche Ebene.

## **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, nicht von der Zugehörigkeit auf eine Kontaktaufnahme zu schließen, ohne das Einverständnis des sterbenden alten Menschen eingeholt zu haben. 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 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

- die 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.

## **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.

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 2004 (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"> <li>• Schlaganfall mit Schluckstörungen</li> <li>• Demenz mit zunehmenden Schluckstörungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• künstliche Ernährung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• fortgeschrittene Herzschwäche (Herzinsuffizienz mit cardialer Kachexie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• künstliche Flüssigkeitsgabe</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• fortgeschrittene Tumorerkrankungen</li> <li>• langsam fortschreitende Lungenerkrankung (COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung) mit krankhafter Abmagerung (pulmonaler Kachexie)</li> <li>• fortgeschrittene arterielle Verschlusskrankung (AVK) mit zunehmender krankhafter Abmagerung (Kachexie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• künstliche Flüssigkeitsgabe und Ernährung</li> </ul>

- 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 konsequenter 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 Anhang 8).

## 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 abzubrechen. Auch besteht häufig eine Unsicherheit, ob es sich bei dem Entfernen einer Ernährungssonde 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 intensivmedizinischer 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 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 seinen Willen danach zu bestimmen (siehe Anhang 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 Stufe 3 nur dann zu prüfen ist, wenn die Stufen 1 und 2 nicht gegeben sind.

- Der aktuell erklärte Wille des aufgeklärten und einwilligungsfähigen alten Menschen ist immer vorrangig.
- Sofern eine mündliche oder schriftliche Patientenverfügung, ein vorausverfügter Wille, für eine bestimmte Behandlungssituation vorhanden ist, ist diese Entscheidung fortwirkend und verbindlich.
- Der mutmaßliche Wille ist aus früheren Äußerungen und Werteinstellungen, aber auch aus dem aktuellen Alter und dem Krankheitsverlauf bzw. dem persönlichen Leiden zu ermitteln.

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, den Willen des Patienten gegenüber Dritten deutlich zu machen. Sie willigen anstelle des Patienten in vorgeschlagene Behandlungen ein oder lehnen sie ab. Hierbei ist sehr wichtig, dass es nicht um die eigenen Wertvorstellungen und den eigenen möglichen Willen in einer vergleichbaren Situation geht, sondern den aus seinem gesamten Lebenszusammenhang und dem vorausverfügten Willen sich ergebenden Willen des Betroffenen für die konkrete aktuelle Behandlungssituation.

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:

- Entwicklung von 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 Pflegeteams 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 Pflegeteams 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

Ärztinnen und Ärzte treffen gemeinsam mit dem einwilligungsfähigen alten Menschen bzw. dessen gesetzlicher Vertretung unter Einbeziehung der Erkenntnisse der Pflege Behandlungsentscheidungen. Dabei sind aus unserer Erfahrung folgende Aspekte von Bedeutung:

- Die Grundlagen für den weiteren Entscheidungsprozess werden festgelegt: die Indikation einer möglichen Behandlung, der Nutzen für den Patienten sowie die Klärung von Behandlungsalternativen, der Abgleich erreichbarer Behandlungsziele mit dem Willen des Patienten.
- 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 oder mündlich vorausverfügte Wille ist rechtlich bindend, wenn er auf die aktuelle Situation anwendbar ist. Dabei sind auch frühere Äußerungen aus Arzt-Patienten-Gesprächen 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 die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung anzustreben (Antrag beim Vormundschaftsgericht).
- „Das Vormundschaftsgericht sollte nur dann angerufen werden, wenn die genannten Personen zu keinem einheitlichen Votum gelangen“ (siehe Anhang 2: Bundesärztekammer; ebenso Anhang 3: Empfehlungen Großhadern, Flussdiagramm).
- Gespräche und Entscheidungen zur Fortführung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen sind sorgfältig zu dokumentieren. Alle Behandlungsentscheidungen werden kommuniziert und im Alten- und Pflegeheim dokumentiert.
- Eine situationsgerechte Notfallplanung und Bedarfsmedikation wird bereitgestellt 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 Pflorgeteams 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 Pflorgeteam Transparenz, führt zu emotionaler Entlastung und erhöht die Akzeptanz der zwischen Arzt oder Ärztin und gesetzlicher Vertretung getroffenen Entscheidung. 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 Pflorgeteams 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 (behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter) 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 des Gesprächs werden schließlich in der Dokumentation zusammengefasst und von allen Beteiligten mit ihrer Unterschrift bestätigt. (siehe Anhang 4)
- Die Anrufung des **Vormundschaftsgerichts 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 Krankenseinweisungen 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 Stammblatt 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, durch seine Dokumentation 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	Einzel-dosis	maximale Tagesdosis	Zweck
Metamizol-Zäpfchen	1000 mg	6000 mg	Fieber (über 38,5° C)
Metamizol- Zäpfchen	1000 mg	6000 mg	körperliche Schmerzen oder Verdacht auf körperliche Schmerzen
Natriumhydrogencarbonat-Zäpfchen	1	2	Verstopfung (kein Stuhlgang länger als 3 Tage)
Lorazepam-Zungenplättchen	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 4.

- Name und Funktion der am Entscheidungsprozess (z. B. Gesprächsrunde) beteiligten Personen (z. B. Arzt, gesetzliche Vertretung, Bezugspflegeperson).  
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 oder mündliche 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 mündliche oder 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 soweit 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“ entsteht 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 Klinikeinweisungen, 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 eines 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 Bewusstseinstrübung 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 Plastikklemme). Pflegende machen Angebote der entlastenden Lagerung (Oberkörper leicht höher als 30° zur Atmungserleichterung, 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 Glycerin-haltige 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.

# Anhang 3.1.

## Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

2004, A 1298-1299, online unter:  
[www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf)

### Präambel

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

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische 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 Unterbrin-

gung, 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; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

### 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 unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für 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 zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen

werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

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 kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

### 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, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die

Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen. ▷

### III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I – II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

### IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung 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 notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.

Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung

zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

### V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Eine Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizini-

sche Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein.

Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.

Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden. Eine Betreuung kann vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen. □



## **Anhang 3.2.**

### **Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis**

Auszüge aus dem Deutsches Ärzteblatt/ Jg. 104/ Heft 13/ 30. März 2007  
Online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.5044>

#### **Vorbemerkungen**

... Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten ist grundsätzlich verbindlich, deshalb dürfen sich Ärzte nicht über die in einer Patientenverfügung enthaltenen Willensäußerungen hinwegsetzen. ...

Die umfangreichen Möglichkeiten der modernen Medizin und die unterschiedlichen Wertorientierungen der Patienten lassen es sinnvoll erscheinen, sich vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der dann gewünschten Behandlung zu erklären. Besonders ältere Personen und Patienten mit prognostisch ungünstigen Leiden sollen ermutigt werden, die künftige medizinische Versorgung mit dem Arzt ihres Vertrauens zu besprechen und ihren Willen zum Ausdruck zu bringen. Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sind grundsätzlich verbindlich und können damit eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes sein. Ärzte sollten Patienten motivieren, von diesen Möglichkeiten Gebrauch zu machen. Empirische Untersuchungen haben festgestellt, dass der Wille eines Patienten insbesondere in Bezug auf die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen eine hohe Konsistenz aufweist. ...

#### **1. Möglichkeiten der Willensbekundung**

... Betreuern, Bevollmächtigten und Ärzten ist zu raten, vor entsprechenden Maßnahmen um gerichtliche Genehmigung nachzusuchen bzw. diese abzuwarten. Solche Fälle liegen beispielsweise vor, wenn zwischen dem Bevollmächtigten und dem Arzt oder zwischen verschiedenen Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt oder zwischen den Bevollmächtigten oder zwischen mehreren behandelnden Ärzten ein Dissens über die weitere Heilbehandlung oder einzelne Maßnahmen i. S. v. § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB besteht. ...

#### **1.2 Patientenverfügung**

... Adressat der Verfügung ist nicht nur der behandelnde Arzt, ... sondern jeder (z. B. Pflegepersonal), der an der Behandlung und Betreuung teilnimmt. Der in der Patientenverfügung geäußerte Wille ist, sofern die Wirksamkeit der Erklärung gegeben ist und keine Anhaltspunkte für eine Veränderung des Willens vorliegen, zu beachten. ... Patientenverfügungen sind auch außerhalb der eigentlichen Sterbephase zu beachten. Um Zweifeln an der Bindungswirkung und an der Aktualität einer Patientenverfügung zu begegnen, sollten folgende Aspekte beachtet werden: Die Patientenverfügung beschreibt den individuellen Willen des Verfügenden. Da der verfügenden Person medizinische Fachkenntnisse für die Beschreibung eines bestimmten Krankheitszustandes fehlen können, wird vor der Erstellung der Patientenverfügung ein ärztliches Beratungsgespräch empfohlen. In dem Gespräch sollten die medizinischen Aspekte geklärt und Krankheitsbilder erörtert werden. Der Patient kann so seine eigenen Vorstellungen hinterfragen und sich mit einem Arzt beraten.

## **1.4 Bewertung**

Die Vorsorgevollmacht bzw. eine Kombination aus Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung wird gegenüber einer Patientenverfügung ohne Vorsorgevollmacht präferiert. Mit der Vorsorgevollmacht benennt der Vollmachtgeber einen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten. Damit hat der Arzt einen Ansprechpartner, der den Willen des Verfügenden zu vertreten hat und der bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens mitwirkt. Die Praxis hat gezeigt, dass ein grundsätzlicher Unterschied besteht, ob Menschen in gesunden Tagen und ohne die Erfahrung ernsthafter Erkrankung eine Verfügung über die Behandlung in bestimmten Situationen treffen oder ob sie in der existenziellen Betroffenheit durch eine schwere unheilbare Krankheit gefordert sind, über eine Behandlung zu entscheiden.

... Die Aufnahme in ein Krankenhaus, ein Alten- oder Pflegeheim darf nicht von dem Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Patientenverfügung abhängig gemacht werden.

## **2. Wesentlicher Inhalt**

### **2.1 Situationen**

Willensbekundungen im Sinne der vorstehenden Nr. 1 sollen Aussagen zu den Situationen enthalten, für die sie gelten sollen, zum Beispiel: Sterbephase, nicht aufhaltbare schwere Leiden, dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit (z. B. Demenz, apallisches Syndrom, Schädelhirntrauma), akute Lebensgefahr, irreversible Bewusstlosigkeit.

### **2.2 Ärztliche und damit im Zusammenhang stehende Maßnahmen**

Für die genannten Situationen können Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen auch Aussagen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen enthalten, etwa künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse, Organersatz, Wiederbelebung, Verabreichung von Medikamenten wie z. B. Antibiotika, Psychopharmaka oder Zytostatika, Schmerzbehandlung, Art der Unterbringung und Pflege, andere betreuende Maßnahmen, Hinzuziehung eines oder mehrerer weiterer Ärzte, alternative Behandlungsmaßnahmen, Gestaltung des Sterbeprozesses. ...

### **2.4 Ärztliche Beratung und Aufklärung**

Ärzte sollen mit Patienten über die Abfassung einer Vorsorgevollmacht oder einer Patientenverfügung sprechen. Dabei sollte die Initiative für ein Gespräch in der Regel dem Patienten überlassen bleiben. In bestimmten Fällen kann es die Fürsorge für den Patienten gebieten, mit ihm die Möglichkeiten antizipierter Willensäußerungen zu erörtern. ... Äußert der Patient die Absicht, eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung aufzusetzen, sollte der Arzt seine Beratung für damit zusammenhängende medizinische Fragestellungen anbieten, so dass der Patient diese Sachkenntnis in seine Entscheidungsfindung einbeziehen kann. ... Dies gilt vor allem, wenn aufgrund einer diagnostizierten Erkrankung die voraussichtlichen Entscheidungssituationen und Behandlungsoptionen relativ konkret benannt werden können. Der Dialog zwischen Patient und Arzt kann dazu beitragen, dass der Arzt, insbesondere der Hausarzt, ein differenziertes Bild vom Willen des Patienten erhält und diesem auch Geltung verschaffen kann, wenn in einer Vollmacht oder Patientenverfügung festgehalten ist, dass und mit wem das Gespräch stattgefunden hat.

### **2.5 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 Patientenverfügung können weitere Personen benannt werden, gegenüber denen der Arzt von der Schweigepflicht entbunden wird und denen Auskunft erteilt werden soll.

### **3. Form**

... Eine Patientenverfügung bedarf keiner besonderen Form. Aus Beweisgründen sollte sie schriftlich abgefasst sein. ...

### **4. Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit**

... Die Einwilligungsfähigkeit liegt vor, wenn die Einsichts- und Urteilsfähigkeit einer Person nicht durch Krankheit und/oder Behinderung beeinträchtigt ist, sondern die Person ihr Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten eigenverantwortlich ausüben kann. Diese Einwilligungsfähigkeit ist gegeben, wenn der Patient um Art und Schwere einer möglichen Erkrankung oder Behinderung weiß sowie Wesen, Bedeutung und Tragweite der Verfügung zu beurteilen vermag. Dies ist keine Frage des Alters; einwilligungsfähig können auch Minderjährige sein. Es kann auch aus diesem Grund angezeigt sein, dass Arzt und Patient eine Patientenverfügung durchsprechen und der Arzt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten bestätigt.

### **5. Ärztliche Dokumentation**

Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen 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. § 10 Abs. 1 (Muster-Berufsordnung)). Die Pflicht zur Dokumentation gilt auch für Gespräche des Arztes mit dem Patienten über eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung. Es kann hilfreich sein, eine Kopie einer solchen Verfügung 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.

### **6. Aufbewahrung**

... Patienten sollten durch den Dialog mit dem behandelnden Arzt und mit ihren Angehörigen dafür Sorge tragen, dass diese Personen um die Existenz einer Vorsorgevollmacht oder einer Patientenverfügung wissen, einschließlich des Ortes, an dem sie hinterlegt oder aufbewahrt werden. Von einem Notar beurkundete oder beglaubigte Vorsorgevollmachten werden an ein elektronisches Zentralregister der Bundesnotarkammer gemeldet. Seit dem 1. März 2005 können auch Patienten ihre Vorsorgevollmacht in einem zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer speichern lassen. Formularvordrucke für die Eintragung sind unter [www.zvr-online.de](http://www.zvr-online.de) abrufbar.

### **7. Wirksamkeit einer Vorsorgevollmacht**

Eine Vorsorgevollmacht ist grundsätzlich wirksam. Sollten Zweifel an der Wirksamkeit einer Vollmacht bestehen, weil die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers fragwürdig ist, kann bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht ein Verfahren zur Betreuerbestellung eingeleitet werden. In diesen Fällen erweist es sich als hilfreich, wenn der Bevollmächtigte vom Vollmachtgeber in einer Betreuungsverfügung gleichzeitig als Betreuer vorgeschlagen wurde. Das Vormundschaftsgericht wird dann zu entscheiden haben, ob und welcher Betreuer bestellt wird oder ob mit einem sogenannten Negativattest bestätigt wird, dass die Vollmacht wirksam ist und einer Betreuerbestellung gem. § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB vorgeht.

### **8. Verbindlichkeit einer Patientenverfügung**

... Gleichwohl können Situationen eintreten, die nicht konkret beschrieben sind oder sich nicht voraussagen ließen. ... Fehlinterpretationen von Patientenverfügungen lassen sich reduzieren, wenn eine bevollmächtigte Vertrauensperson als Ansprechpartner für den Arzt oder für das Pflegepersonal zur Verfügung steht. Denn im weiteren Krankheitsverlauf

kann eine Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen erforderlich sein, und es können Bedenken hinzutreten, ob der antizipierte und der aktuelle Wille des Patienten noch identisch sind. Solche Zweifel führen nicht zur Unbeachtlichkeit der gesamten Patientenverfügung, sondern sie bleibt insoweit verbindlich, wie sich daraus bestimmte Wertorientierungen des Patienten und der mutmaßliche Wille erkennen lassen, die für die Behandlung und den Umgang zu beachten sind. Darüber hinaus können konkrete Anhaltspunkte und Willensäußerungen in der Patientenverfügung enthalten sein, die sich auf die spezifische Behandlungssituation beziehen und beachtlich sind oder die auf die vorliegende Situation übertragbar sind und insofern den mutmaßlichen Willen des Patienten widerspiegeln.

Den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erforschen, bedeutet, nach bestem Wissen und Gewissen zu beurteilen, was der Patient für sich selbst in der Situation entscheiden würde, wenn er es könnte. Eine solche Beurteilung kann im Einzelfall gerade bei sehr schlechten und infausten Prognosen schwierig sein. Der in einer Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung niedergelegte Wille kann eine entscheidende Hilfe sein.

... In der Praxis können sich Konflikte ergeben, wenn das aktuelle Verhalten des nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten Anhaltspunkte dafür zeigt, dass er unter den gegebenen Umständen den zuvor schriftlich geäußerten Willen nicht (mehr) gelten lassen würde. Um auf der einen Seite das Rechtsinstitut der Patientenverfügung nicht ins Leere laufen zu lassen und um andererseits dem Respekt vor aktuellen Willensänderungen des Patienten gerecht zu werden, liegt in solchen Konfliktfällen eine prozedurale Lösung nahe. Eine solche Lösung verhindert, dass die Ausführung einer Patientenverfügung zu einem Automatismus ohne Ansehung der Situation des konkret betroffenen Patienten wird. Zugleich ist es die Zuwiderhandlung gegen eine Patientenverfügung, die hinreichend begründet werden muss. Es muss verdeutlicht werden, dass der vorausverfügte Wille in der konkreten Situation keine Gültigkeit mehr beanspruchen kann. ...Das Vormundschaftsgericht sollte nur dann angerufen werden, wenn die genannten Personen zu keinem einheitlichen Votum gelangen. In Notfallsituationen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und auch für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. ...

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. ...

Sehr hilfreich kann es sein, das Ziel ärztlichen und pflegerischen Handelns jeweils zu überprüfen. Der Arzt hat zu hinterfragen, ob im konkreten Fall noch eine medizinische Indikation für eine bestimmte Therapie vorliegt. Wenn eine Behandlung nicht medizinisch indiziert ist, stellt sich die Frage nicht, ob der Patient mit dem Abbruch einverstanden wäre. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Versorgung und pflegerische Maßnahmen.

## Anhang 3.3. Empfehlungen des Klinikums der Universität München

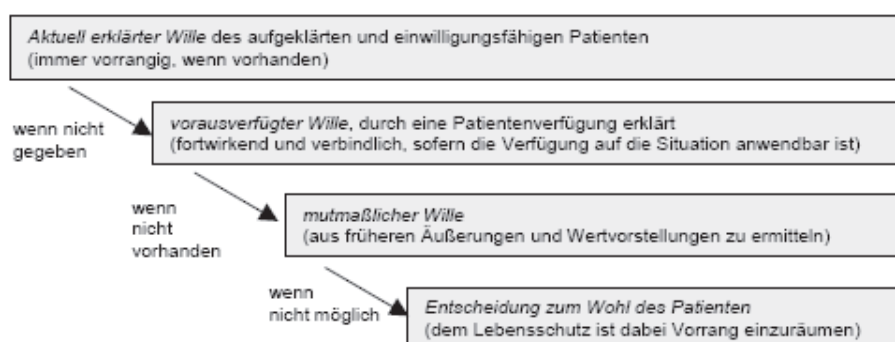
Die Langfassung dieser Empfehlungen finden Sie im Internet unter <http://palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de/docs/EmpfehlungenLangfassung.pdf>

### Empfehlungen zur Frage der Therapieziel-Änderung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen - Kurzfassung

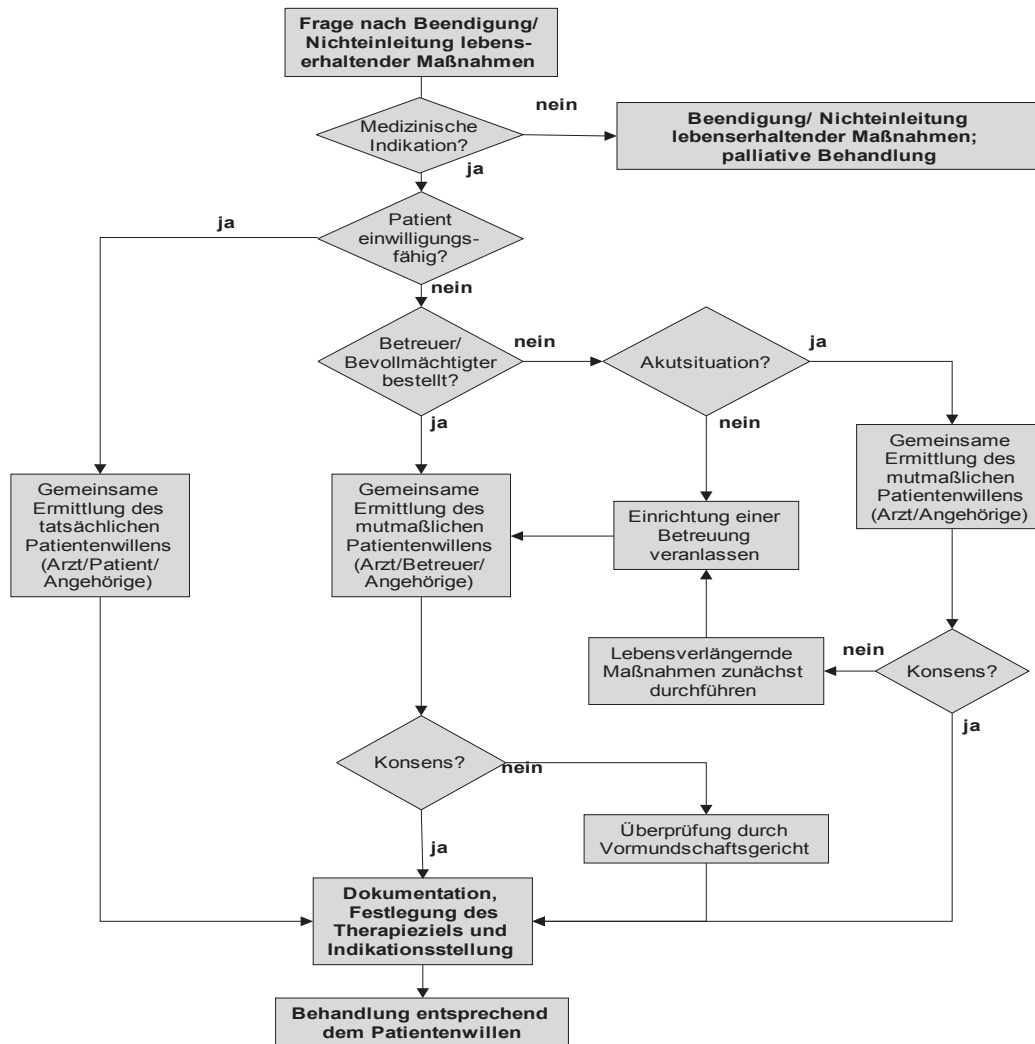
Verfasser: AK Patientenverfügungen am Klinikum der Universität München (Leitung: Prof. Dr. G.D. Borasio, Palliativmedizin; Peter Jacobs, Pflegedirektor; RD Jürgen Weber, Leiter der Rechtsabteilung)

- Einem **einwilligungsfähigen Patienten** steht es frei, jede Form medizinischer Behandlung abzulehnen oder seine Einwilligung zu einer Behandlung jederzeit zu widerrufen.
- Bei **nicht einwilligungsfähigen Patienten** muss nach dem vorausverfügten Willen oder, falls eine solche Verfügung nicht vorhanden ist, dem mutmaßlichen Willen gehandelt werden. Wenn – wie etwa in Notfallsituationen – auch kein mutmaßlicher Wille bekannt ist, hat der Lebensschutz Vorrang. Bei der Ermittlung des Patientenwillens ist das untenstehende Flussdiagramm zu beachten.
- Langfristig nicht einwilligungsfähige Patienten bedürfen zur Sicherung ihrer Grundrechte eines **gesetzlichen Vertreters**, entweder ein Bevollmächtigter (zuvor vom Patienten bestimmt) oder ein Betreuer (vom Vormundschaftsgericht bestellt).
- Eine **Patientenverfügung** ist für Behandelnde, gesetzliche Vertreter und Gerichte rechtlich bindend, wenn die Verfügung auf die aktuelle Situation anwendbar ist. Die Patientenverfügung bedarf keiner besonderen Form und kann auch mündlich erklärt worden sein.
- Die Behandelnden sollten stets versuchen, im Dialog mit dem Bevollmächtigten/Betreuer und den Angehörigen eine **Einigung** zu erreichen, welches Vorgehen dem vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.
- Bei Uneinigkeit oder Unklarheit bezüglich eines bestimmten Patienten bietet das Klinikum ein **spezielles Konsil** an, das über den palliativmedizinischen Dienst angefragt werden kann (Funk 2737 am Standort Großhadern; Prof. Dr. Borasio, Tel.7095-4930). Dieses Konsil kann (1) die medizinische, ethische und rechtliche Situation analysieren, (2) über palliative Behandlungsmöglichkeiten informieren, (3) zur Klärung des Therapieziels beitragen und (4) in Konfliktfällen vermitteln.
- Wenn zwischen Arzt und gesetzlichem Vertreter auch mit Hilfe dieses Konsils keine Einigung erzielt werden kann, ob nach dem Patientenwillen eine lebensverlängernde Maßnahme durchgeführt werden soll, ist das **Vormundschaftsgericht** (Amtsgericht) anzurufen. Bis zur gerichtlichen Klärung sollten lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden.
- Gespräche und Entscheidungen über Reanimation oder lebenserhaltende Maßnahmen sind sorgfältig zu **dokumentieren**.

Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens:



## Flussdiagramm zur Entscheidungshilfe



### Definitionen:

**Einwilligungsfähigkeit:** natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, die dann gegeben ist, wenn der Patient Folgen und Tragweite einer Behandlung geistig zu erfassen und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen vermag (nicht gleichzusetzen mit der Geschäftsfähigkeit)

**Patientenverfügung:** schriftlich oder mündlich erklärte Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten, durch welche er vorsorglich für den Fall, dass er seinen Willen zukünftig nicht mehr wird äußern können, seine Einwilligung in eine bestimmte Behandlung erklärt oder verweigert

**Vorsorgevollmacht:** vorsorgliche schriftliche Bestimmung einer oder mehrerer Personen durch einen Volljährigen, damit diese im Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit anstatt eines Betreuers rechtsverbindliche Entscheidungen treffen können (§ 1896 II BGB)

**Betreuung:** gesetzliche Stellvertretung für Volljährige, die ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (§§ 1896 ff BGB); ein Betreuer wird durch das Vormundschaftsgericht bestellt; immer bezogen auf bestimmte Aufgabenbereiche (z. B. Finanzen, Gesundheit); nicht nötig, wenn eine Vorsorgevollmacht vorliegt

**Betreuungsverfügung:** Vorschlag eines Volljährigen, eine bestimmte Person als Betreuer zu bestellen oder ausdrücklich nicht zu bestellen; wird vom Gericht befolgt, wenn es nicht dem Wohl des Betreuten zuwiderläuft (§§ 1897 IV, 1901 a BGB)

## Anhang 3.4. Dokumentations-Muster

### 1. Zur Person

Herr / Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

### 2. Einschätzung zur Einwilligungsfähigkeit

\_\_\_\_\_

### 3. Gesetzliche Vertretung evtl. weitere wichtige Personen

ggf. Teilnehmer und Datum einer Gesprächsrunde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Krankheits- und Behandlungssituation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille

ggf. Hinweise auf Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Therapieziel und Behandlungsentscheidung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Unterschriften der Beteiligten

## Anhang 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)

<b>Datum :</b>		<b>Patient:</b>	
<b>vis. :</b>		<b>Geb.:</b>	<b>Zimmer:</b>

### Dimension 1 : Beobachtungen ausserhalb der Pflege

<b>ITEM 1 – verbale Äusserungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien</b>	
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

<b>ITEM 2 – Gesichtsausdruck: Blick und Mimik</b>	
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

<b>ITEM 3 – Spontane Ruhehaltung</b>	
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

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

<b>ITEM 5 – Reaktionen bei der Mobilisation</b>	
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



<b>ITEM 6 – Reaktionen während Pflege von schmerzhaften Zonen</b>	
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

<b>ITEM 7 – verbale Äusserungen während der Pflege</b>	
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**

<b>ITEM 8 – Auswirkungen auf den Appetit</b>	
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

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

<b>ITEM 10 – Auswirkungen auf Bewegungen</b>	
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

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

<b>Total Punkte ( 0 = kein Schmerz, 44 = maximaler Schmerz)</b>
---

### Anhang 3.6.

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

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

<b>ohne Flüssigkeitsgabe</b>	←	<b>Problem</b>	→	<b>mit Flüssigkeitsgabe</b>
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

## **Anhang 3.7. Indikatoren für Hospizkultur und Palliativkompetenz**

### **Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz**

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 Sterbebegleitung“ 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?

#### **4. INDIKATOR: NACHHALTIGKEIT / EVALUATION**

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

### **Aspekt zeitliche Kontinuität**

*Weist auf folgende Situationen eines Prozesses hin:*

- (a) der Blick auf Vergangenes (z. B. das vergangene Leben, Trauer über erlebte Todesfälle Nahestehender)*
- (b) das jetzige (eigene) Sterben*
- (c) danach das Abschiednehmen vom Verstorbenen*

## 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?

## Anhang 3.8. Wichtige Adressen für München

### Träger von Alten- und Pflegeheimen, die an der Broschüre mitgewirkt haben

AWO München, gemeinnützige Betriebs- GmbH	Gravelottestr. 8 81667 München Tel.: (089) 4 58 32-1 22 Fax: (089) 4 58 32-2 00	<a href="http://www.awo-muenchen.de">www.awo-muenchen.de</a>
Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V.	Hirtenstr. 4 80335 München Tel.: (089) 5 51 69-0 Fax: (089) 5 51 69-2 84	E-Mail: <a href="mailto:info@caritasmuenchen.de">info@caritasmuenchen.de</a> <a href="http://www.caritasmuenchen.de">www.caritasmuenchen.de</a>
Innere Mission München, Diakonie in München und Oberbayern e.V.	Landshuter Allee 40 80637 München Tel.: (089) 12 69 91-0 Fax: (089) 12 69 91-1 09	<a href="http://www.im-muenchen1.de">www.im-muenchen1.de</a> <a href="http://www.hospizprojekt.de">www.hospizprojekt.de</a>
MÜNCHENSTIFT GmbH	Severinstr. 2 81541 München Tel.: (089) 6 20 20-3 40 Fax: (089) 6 20 20-3 36	E-Mail: <a href="mailto:info@muenchenstift.de">info@muenchenstift.de</a>
Sozialservice- Gesellschaft des BRK GmbH	Hofmannstr. 54 81379 München Tel.: (089) 61 30 47-0 Fax: (089) 61 30 47-99	<a href="http://www.seniorenwohnen.brk.de">www.seniorenwohnen.brk.de</a>

### Palliativstationen

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativ- medizin, Klinikum der Universität München – Großhadern	Marchioninstr. 15 81377 München Tel.: (089) 70 95-49 33 Fax: (089) 70 95-49 49	E-Mail: <a href="mailto:palliativstation@med.uni-muenchen.de">palliativstation@med.uni-muenchen.de</a>
St. Johannes von Gott am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	Romanstr. 93, 80639 München Tel.: (089) 17 97-29 30 Fax: (089) 17 97-29 08	E-Mail: <a href="mailto:palliativ@barmherzige-muenchen.de">palliativ@barmherzige-muenchen.de</a>
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching	Sanatoriumsplatz 2, 81545 München Tel.: (089) 62 10-28 49 Fax: (089) 62 10-24 42	E-Mail: <a href="mailto:tumorzentrum.palliativstation@khhm.de">tumorzentrum.palliativstation@khhm.de</a>
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Neuperlach	Oskar-Maria-Graf-Ring 51 81737 München Tel.: (089) 67 94-1 Fax: (089) 67 94-23 46	E-Mail: <a href="mailto:info@kh-neuperlach.de">info@kh-neuperlach.de</a>
Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing	Kölner Platz 1 80804 München Tel.: (089) 30 68-0 Fax: (089) 30 68-37 70	E-Mail: <a href="mailto:kms@kms.mhn.de">kms@kms.mhn.de</a>

## Stationäre Hospize

Christophorus Hospiz München	Effnerstr. 93 81925 München Tel.: (089) 13 07 87-0 Fax: (089) 13 07 87-13	E-Mail: <a href="mailto:info@chv.org">info@chv.org</a>
Johannes-Hospiz der Barmherzigen Brüder	Notburgastr. 4c 80639 München Tel.: (089) 17 95-93 10 Fax: (089) 17 95-93 19	E-Mail: <a href="mailto:hospiz@barmherzige-muenchen.de">hospiz@barmherzige-muenchen.de</a>

## Ambulante Hospizdienste

Caritas Ambulanter Hospizdienst am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München	Romanstr. 93 80639 München Tel.: (089)17 97-29 06 oder -29 09 Fax: (089)17 97-29 08	E-Mail: <a href="mailto:caritas-hospizdienst@barmherzige-muenchen.de">caritas-hospizdienst@barmherzige-muenchen.de</a>
Christophorus Hospiz Verein e.V.	Effnerstr. 93 81925 München Tel.: (089) 13 07 87-0 Fax: (089) 13 07 87-23	E-Mail: <a href="mailto:info@chv.org">info@chv.org</a>
Hospizdienst Da-Sein e.V	Karlstr. 56 - 58 80333 München Tel.: (089) 30 36 30 Fax: (089) 30 72 99 09	E-Mail: <a href="mailto:info@hospiz-da-sein.de">info@hospiz-da-sein.de</a> <a href="http://www.hospiz-da-sein.de">www.hospiz-da-sein.de</a>
Hospizverein Ramersdorf-Perlach e.V	Lüdersstr. 10 81737 München Tel.: (089) 67 82 02-40 Fax: (089) 67 82 02-15	E-Mail: <a href="mailto:hospiz-rp@gmx.de">hospiz-rp@gmx.de</a>

## Spezialisierte ambulante palliative Beratung

Christophorus Hospiz Verein e.V. in Kooperation mit dem Klinikum Großhadern (s.o.)

Palliativ-Geriatischer Dienst des Christophorus Hospiz Vereins e.V. (s.o.)

Palliativ-Geriatischer Dienst des Hospizdienstes Da-Sein e.V. (s.o.)



## Sonstige

Alzheimer Gesellschaft München e.V.	Josephsburgstr. 92 81673 München Tel.: (089) 47 51 85 Fax: (089) 4 70 29 79	E-Mail: <a href="mailto:info@agm-online.de">info@agm-online.de</a> <a href="http://www.agm-online.de">www.agm-online.de</a>
Bayerische Stiftung Hospiz	Hegelstr. 2 95447 Bayreuth Tel.: (09 21) 6 05–33 50 Fax: (09 21) 6 05–39 02	E-Mail: <a href="mailto:info@bayerische-stiftung-hospiz.de">info@bayerische-stiftung-hospiz.de</a>
Bayerischer Hospizverband e. V.	Postfach 11 53 84495 Altötting Tel.: (08671) 98 49-5 50 Fax: (08671) 98 49-5 51	E-Mail: <a href="mailto:info@bayerischer-hospizverband.de">info@bayerischer-hospizverband.de</a>
Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege der Landeshauptstadt München	Rathaus, Marienplatz 8 80331 München Tel.: (089) 233-9 69 66 Fax: (089) 233-2 19 73	E-Mail: <a href="mailto:staedtische_beschwerdestelle.altenpflege@muenchen.de">staedtische_beschwerdestelle.altenpflege@muenchen.de</a> <a href="http://www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege">www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege</a>
Betreuungsstelle München, Sozialreferat der Landeshauptstadt München	Orleansplatz 11 81667 München Tel.: (089) 233-4 83 66	E-Mail: <a href="mailto:betreuungsstelle.soz@muenchen.de">betreuungsstelle.soz@muenchen.de</a>
Christophorus Akademie, Klinikum der Universität München	Marchioninstr. 15 81377 München Tel.: (089) 70 95-79 30 Fax: (089) 70 95-79 39	E-Mail: <a href="mailto:christophorus-akademie@med.uni-muenchen.de">christophorus-akademie@med.uni-muenchen.de</a>
Erzbischöfl. Ordinariat, Referat für Caritative und Soziale Aufgaben, Fachbereich Kirchliche Altenarbeit	Rumfordstr. 21 a 80469 München Tel.: (089) 24 26 87-0 Fax: (089) 24 26 87-25	E-Mail: <a href="mailto:KirchlicheAltenarbeit@ordinariat-muenchen.de">KirchlicheAltenarbeit@ordinariat-muenchen.de</a>
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Eisenheimerstr. 39 80687 München Tel.: (089) 5 70 93-0 Fax: (089) 5 70 93-6 19 30	
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bayern Beratungszentrum München-Ost	Putzbrunner Str. 73 81739 München Tel.: (089) 6 27 20-0 Fax: (089) 6 27 20-4 44	
Projektstelle für Altenheimseelsorge, Evang. Dekanatsbezirk München, Barbara Wilkens	Herzog-Wilhelm-Str. 24/3 80331 München Tel.: (089) 51 56 78 87 Fax: (089) 54 54 09 94	E-Mail: <a href="mailto:Wilkens-AHS@elkb.de">Wilkens-AHS@elkb.de</a>
Seniorenbeirat der Landeshauptstadt München	Burgstr. 4 80331 München Tel.: (089) 233-2 59 86 Fax: (089) 233-2 54 28	Sprechstunde jeden Di und Do, 9.30-12 Uhr <a href="http://www.seniorenbeirat-muenchen.de">www.seniorenbeirat-muenchen.de</a>

## Anhang 3.9.

### Weiterführende Hinweise

1. Verordnung über das Leichenwesen im Bereich der Landeshauptstadt München (Leichenordnung) vom 10.1.2007:  
[www.muenchen.info/dir/recht/160/160\\_20070220.pdf](http://www.muenchen.info/dir/recht/160/160_20070220.pdf)
2. Bayerische Bestattungsverordnung vom 1.3.2001:  
[by.juris.de/by/gesamt/BestattV\\_BY\\_2001.htm#BestattV\\_BY\\_2001\\_rahmen](http://by.juris.de/by/gesamt/BestattV_BY_2001.htm#BestattV_BY_2001_rahmen)
3. Bundesgerichtshof, Beschluss des XII. Senats vom 17.3.2003, Az XII ZB 2/03, *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1588, online unter: [www.aerzteblatt.de/plus3103](http://www.aerzteblatt.de/plus3103)  
[www.bundesgerichtshof.de/entscheidungen/entscheidungen.php](http://www.bundesgerichtshof.de/entscheidungen/entscheidungen.php)
4. Borasio G.D., Putz W., Eisenmenger W: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt, *Deutsches Ärzteblatt* 2003, A 2062-2065 , online unter:  
[www.aerzteblatt.de/pdf/100/31/a2062.pdf](http://www.aerzteblatt.de/pdf/100/31/a2062.pdf)
5. Broschüre des Bayerischen Justizministeriums „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung“ (2004):  
[www2.justiz.bayern.de/daten/pdf/vorsorge2004.pdf](http://www2.justiz.bayern.de/daten/pdf/vorsorge2004.pdf)
6. Broschüre des Bundesjustizministeriums zum Thema Patientenverfügungen (2004):  
[www.bmj.bund.de/enid/09e00cb0d22675f68287e045e9b4f1f6,33d0e45f7472636964092d0933303334/Publikationen/Patientenverfuegung\\_oe.html](http://www.bmj.bund.de/enid/09e00cb0d22675f68287e045e9b4f1f6,33d0e45f7472636964092d0933303334/Publikationen/Patientenverfuegung_oe.html)
7. Nationaler Ethikrat, Forum Bioethik zum Thema „Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung – Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung“, Berlin am 11.6.2003.  
[www.nationalerethikrat.de/texte/pdf/Forum\\_Patient\\_2003-06-11\\_Protokoll.pdf](http://www.nationalerethikrat.de/texte/pdf/Forum_Patient_2003-06-11_Protokoll.pdf)
8. Bayerische Stiftung Hospiz, <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/schriften.htm>:  
*Schriftenreihe Nr. 1: „Leben bis zuletzt in Alten- und Pflegeheimen“* [PDF] (Kittelberger) Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizidee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nachdenken, 2002.  
*Schriftenreihe Nr. 5: „... nicht sang- und klanglos gehen“* (Christel Orth/Martin Alsheimer), Abschlussbericht über die Implementierungsphase von palliativer Versorgung und Hospizidee im Alten- und Pflegeheim Leonhard-Henninger-Haus in München, 2005.  
*Schriftenreihe Nr. 7: „Dasein wenn es still wird“* [PDF, 338 KB] (Donata Beckers) Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe, 2007.
9. Marckmann G., PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung, in: *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 01/2007, S. 23 – 27;  
[www.uni-tuebingen.de/medizinethik/ethik/mitarbeiter/mamaterial.htm](http://www.uni-tuebingen.de/medizinethik/ethik/mitarbeiter/mamaterial.htm)

## Impressum

**Projektleitung:** Sepp Raischl  
Christophorus Hospiz Verein e.V.  
Effnerstr. 93, 81925 München

**Redaktion:** Kornelie Rahnema  
Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege  
  
Sepp Raischl  
Christophorus Hospiz Verein e.V.

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

**Druck:** Kastner AG, Druckhaus Kastner  
85283 Wolnzach

**Stand:** Januar 2008

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](http://www.chv.org)  
Alle Angaben in diesem Text erfolgten nach bestem Wissen, entbinden behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende jedoch nicht ihrer Pflicht zur Überprüfung.

