

**Leitlinie des UNIONHILFSWERK
zur Begleitung und Betreuung von sterbenden Menschen,
deren Angehörigen sowie Nahestehenden**

„Begleitung beginnt nicht erst dann, wenn der Tod bereits im Vorzimmer wartet!“

Dr. Marina Kojer

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Schwerpunkte in der Pflege und Begleitung Sterbender	4
2.1	Kommunikation und Seelsorge	4
2.2	Pflege, Schmerztherapie und Symptomkontrolle	4
2.3	Möglichkeiten der Zuwendung	5
2.4	Hilfestellungen zur Regelung letzter Dinge	5
2.5	Nach dem eingetretenen Tod	6
3.	Medizinische Versorgung	6
3.1	Ärztliche Verantwortung	6
3.2	Krankenhauseinweisung	7
4.	Entscheidungen am Lebensende	7
4.1	Der Patientenwille	7
4.2	Die Patientenverfügung	7
4.3	Die Vorsorgevollmacht	8
4.4	Die Betreuungsverfügung	8
4.5	Patientenverfügungsberatung	8
5.	Begleitung von Nahestehenden und Angehörigen	9
5.1	In der Sterbephase	10
5.2	Nach dem Tod	10
6.	Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeitern	10
7.	Begleitung der hauptamtlichen Mitarbeiter	11
7.1	Rituale	11
7.2	Fort- und Weiterbildung	11
7.3	(Ethische) Fallbesprechungen	12
7.4	Retrospektive Fallbesprechungen	12
7.5	Weitere Angebote	12
	Literaturtipps / Broschüren	13
	Anschriften / Links für Rat, Hilfe und Fortbildung	15
	Literaturverzeichnis	16
	Anhangsverzeichnis	16

Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur verbesserten Lesbarkeit wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint. Die Bezeichnung „Angehöriger“ meint auch die Nahestehenden, also Freunde und/oder Mitbewohner.

1. Einleitung

Seit 2004 entwickelt das UNIONHILFSWERK das Projekt „**Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie**“. Das Projekt bezeichnet nicht nur ein Haus, sondern vor allem eine Idee. Wir schaffen ein Bewusstsein für alte, schwerkranke und sterbende Menschen und entwickeln geeignete Angebote.

Wir setzen uns ein für:

- die Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur im UNIONHILFSWERK,
- den Einsatz kompetenter ehrenamtlicher Sterbebegleiter,
- die Fortentwicklung einer kompetenten ärztlichen Betreuung,
- die Beratung rund um die Themen Sterben, Tod, Trauer und Patientenverfügung,
- eine Fort- und Weiterbildung in Palliativpflege und -medizin sowie Ethik,
- die wissenschaftliche Begleitung der Arbeit,
- die Entwicklung eines stationären Hospizes in Berlin-Reinickendorf,
- die Kooperation mit Einrichtungen, die die Palliative Geriatrie umsetzen.

In all unserem Tun lassen wir uns von der Idee und der Konzeption der **Palliativen Geriatrie** leiten. Palliative Geriatrie sieht es als ihre wichtigste Aufgabe an, alten Menschen bis zuletzt ein beschwerdefreies und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende körperliche Symptome sowie soziale und seelische Nöte sollen gelindert werden. Palliative Geriatrie erfordert ein ganzheitliches Betreuungskonzept für alle Betroffenen, die Sterbenden und deren Nahestehenden. Dabei werden die Bedürfnisse der Mitarbeiter nicht außer Acht gelassen.

Um die komplexen und sich rasch ändernden physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Bewohnern mit fortgeschrittenen Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung und deren Nahestehenden zu begegnen, ist die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen mit entsprechenden Kompetenzen im **interdisziplinären Team** erforderlich. Hier sind die Ziele und die Identität des Teams wichtiger als die individuelle Berufszugehörigkeit, die Rangordnung sowie die Ziele einzelner Berufsgruppen. Im Fokus unseres Handelns steht der hochbetagte und/oder sterbende Mensch.

Eine **lebensbejahende Grundeinstellung** ist für uns selbstverständlich. In unserem Handeln lassen wir uns von einem **christlich humanistischen Leitbild** leiten.

Wesentliche Grundlagen der vorliegenden Leitlinie sind das **Unternehmensleitbild**, das **Leitbild des Fachbereichs** sowie das **Kommunikationsleitbild**.

Das UNIONHILFSWERK bietet seinen Mitarbeitern Fortbildungen, Qualifizierungen und Reflexionsmöglichkeiten sowie zeitliche Möglichkeiten zur Sterbebegleitung an.

Für die Mitarbeiter bedeutet dies, dass die vorliegende Leitlinie eine Orientierung sein soll und immer wieder bedacht und angepasst werden muss. Alle hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter im UNIONHILFSWERK sind eingeladen und aufgefordert, sich aktiv an der Umsetzung der Leitlinie zu beteiligen und diese fortzuentwickeln. Alle, insbesondere die Führungskräfte, tragen die Verantwortung für die Gestaltung einer von Individualität geprägten Einrichtungskultur. Jeder kann und soll sich mit Ideen und Fachwissen einbringen.

2. Schwerpunkte in der Pflege und Begleitung Sterbender

Im Mittelpunkt unseres Handelns steht die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen des Sterbenden, der selbstbestimmt und beschwerdefrei (d. h. Schmerz- und Symptomlinderung), nicht allein (d. h. unter Einbeziehung aller sozialen Bindungen), möglichst nach Regelung der letzten Dinge sowie unter Berücksichtigung seines autonomen letzten Willens sterben können darf.

Jeder Mensch hat einen Anspruch auf eine palliative (leiden-lindernde) Pflege und Begleitung. Alle notwendigen pflegerischen Verrichtungen werden unter Berücksichtigung der individuellen Situation des sterbenden Menschen durchgeführt. Seine Pflege ist auf Linderung, Erleichterung oder Beistand ausgerichtet und nicht auf unnötige oder sogar nicht gewünschte Aktivierung. Es gelten die Grundlagen von Palliative Care.

Grundsätzlich gilt, dass der sterbende Mensch in seiner gewohnten Umgebung verbleiben soll. Umzüge sollen vermieden werden. Krankenhausaufenthalte sind meist mit hohen psychischen und physischen Belastungen verbunden und müssen daher kritisch hinterfragt werden.

2.1 Kommunikation und Seelsorge

In der letzten Lebensphase rücken nicht selten spirituelle, religiöse oder Themen des Abschiednehmens in den Vordergrund. Sterbende brauchen besonders viel Nähe und Geborgenheit sowie Menschen, die ihnen entlastend oder orientierend zur Seite stehen.

Dies bedeutet:

- Der sterbende Mensch weiß, was für ihn gut und richtig ist. Der Respekt der Gefühle und Gedanken des Sterbenden gebietet es, diese Bedürfnisse nicht zu verharmlosen oder auszureden. Wahrhaftigkeit führt zum einfühlsamen und ehrlichen Eingehen auf Fragen oder Signale des Sterbenden.
- Der sterbende Mensch soll die Möglichkeit erhalten, über evtl. Ängste oder sein persönliches Erleben zu sprechen. Wir hören zu, nehmen Anteil und klären – ggf. in Absprache mit dem Arzt – über den Krankheitsverlauf auf.
- Vertraute Personen des sterbenden Menschen sind in der Sterbebegleitung zentral wichtig. Nahestehende und Mitbewohner werden daher darin unterstützt, dem Sterbenden nahe zu sein. Auch sollen sie die Möglichkeit bekommen, über evtl. Ängste und das Erleben der Situation zu sprechen.
- Religiosität und Konfession führt zu seelsorgerischem Beistand oder den Einbezug eines Seelsorgers.
- Der Hörsinn eines Menschen schwindet zuletzt. Auch darum muss in Gegenwart des Sterbenden so gesprochen werden, als sei der Sterbende bei klarem Bewusstsein.
- Gleichzeitig gilt es darauf zu achten, sensibel auf alle anderen Kommunikationswege (z. B. Blickkontakt, Berührung sowie eingeschränkte Artikulation) einzugehen.

2.2 Pflege, Schmerztherapie und Symptomkontrolle

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Grundvoraussetzung einer optimalen Versorgung des Sterbenden. Sich verändernde Pflegebedürfnisse (z. B. die Ablehnung einer Ganzkörperwaschung) bzw. einhergehende Belastungen des Sterbenden durch pflegerische Maßnahmen, müssen erkannt und kommuniziert werden. Entscheidungen (z. B. über Flüssigkeitsaufnahme oder Lagerung) werden interdisziplinär abgestimmt. Grundlage der Pflege sind jeweils die in den Einrichtungen implementierten Vorgaben des Qualitätsmanagements der Fachbereiche **Pflegedienste/Pflegeprojekte** und **Einrichtungen für pflegebedürftige und ältere Menschen**. Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Bedarfe des sterbenden Menschen und seine bestmögliche Versorgung.

Dies bedeutet:

- Hilfestellungen werden der Situation individuell angepasst und mit besonderer Sorgfalt durchgeführt. Bedürfnisse – wie Ruhe, Schlaf und Essenszeiten – werden unter Einbeziehung der individuellen Lebensbiographie berücksichtigt. Die Pflegeplanung wird der Sterbesituation angepasst.
- Schmerzäußerungen werden ernst genommen und veranlassen zur Schmerztherapie. Eine Symptomkontrolle (z. B. Übelkeit, Blutung oder Angst) führen zu geeigneten Maßnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität des Sterbenden.
- Die Intimsphäre des Sterbenden ist zu wahren. Für eine möglichst bequeme, schmerzfreie Lagerung wird gesorgt.
- Demenzkranke Menschen werden gewissenhaft und einfühlsam beobachtet (vgl. Anlage 1).
- Eine beruhigende Körperpflege z. B. mit geeigneten Lotionen und Aromen, trägt zum Wohlbefinden des Sterbenden bei.
- Um der Austrocknung des Mundes und einem Durstgefühl vorzubeugen, wird der Mundpflege des Sterbenden eine sehr große Bedeutung beigemessen. Hierzu können Lieblingsgetränke, Eiswürfel oder eine geeignete Lippenpflege genutzt werden.
- Geeignete Lagerungstechniken und die Gabe krampflösender Medikamente sorgen für freie Atemwege und reduzieren terminales Rasseln.

2.3 Möglichkeiten der Zuwendung

Die Möglichkeiten einer Zuwendung zum sterbenden Menschen sind vielfältig und müssen zu den individuellen Bedürfnissen des Sterbenden, dessen Lebensbiographie und den Beteiligten passen. Nahestehende sollten einbezogen werden.

Dies bedeutet:

- Eine ruhige und angenehme Atmosphäre schaffen und Unruhe fernhalten. Für eine angenehme Beleuchtung sorgen und evtl. leise Musik (Lieblingsmusik) oder Aromatherapie (z. B. Duftlampe mit Lavendel-, Bergamotte-, Zimt-, Zirbelkieferöl) einsetzen.
- Wann immer es möglich und gewünscht ist, persönliche Zuwendung geben und Anteil nehmen.
- Sich zum Sterbenden begeben oder dafür sorgen, dass eine vertraute Person (z. B. Nahestehende, Sterbebegleiter, Bezugspflegekraft) da ist. Dabei das Ruhebedürfnis respektieren und einschätzen, wann Nähe gewünscht ist (z. B. bei Angst oder Einsamkeit).
- Das Vorlesen geeigneter Literatur, Gedichte oder Gebete kann eine Nähe zum Sterbenden herstellen.
- Willkommende Berührungen (z. B. Einreibungen, Ausstreichungen, Hand halten) vermitteln dem Sterbenden Halt und Geborgenheit.

2.4 Hilfestellungen zur Regelung letzter Dinge

Sterbende haben meist ein Bedürfnis, persönliche Angelegenheiten zu regeln. Das kann dazu führen, dass ein Abschied leichter möglich ist.

Dies bedeutet:

- Der Sterbende wird mit seinen letzten Wünschen nicht allein gelassen, er wird nach Möglichkeit bei der Umsetzung persönlicher Wünsche unterstützt. Anlässe können sein: Abschiedsgestaltung nach dem Ableben, Begräbnisplanung, die Aussprache oder Versöhnung mit Menschen, das Abfassen einer Patientenverfügung oder eines Testamentes.
- Je nach Erfordernis können ergänzende Dienste (z. B. Notar oder Patientenverfügungsberater) hinzugezogen werden.

2.5 Nach dem eingetretenen Tod

Nicht nur das Sterben ängstigt Menschen, sondern auch die Ungewissheit, was nach ihrem Ableben mit dem Körper geschieht. Die Würde des Menschen bleibt über den Tod hinaus bestehen. Ein respektvoller Umgang mit dem Leichnam sowie die Berücksichtigung von vor dem Tod geäußerten Wünschen verstehen sich von selbst.

Dies bedeutet:

- Ist der Tod eingetreten, stehen die Versorgung des Verstorbenen, das Abschiednehmen, der Umgang mit den Nahestehenden und Angehörigen sowie die Erledigung erforderlicher Formalitäten im Vordergrund.¹
- Das Verhalten der Pflegenden ist stets geprägt von der Würde gegenüber dem Verstorbenen und Einfühlsamkeit gegenüber den Hinterbliebenen.
- Auch für die Mitarbeiter ist die Versorgung eines Leichnams nicht einfach. Sie benötigen Entlastung und Hilfe, z. B. Gesprächsangebote.

3. Medizinische Versorgung

Es gehört zum Anspruch einer ganzheitlichen medizinischen Behandlung, Schmerzen und belastende Symptome zu lindern oder – wenn möglich – zu beseitigen. Im Sterben tritt die kurative (heilende) Medizin zugunsten einer palliativen (leiden-lindernden) Versorgung in den Hintergrund.

3.1 Ärztliche Verantwortung

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ (vgl. Anlage 2).

Dies bedeutet:

- Zur palliativmedizinischen Versorgung, d. h. mit medizinischen Maßnahmen das Leiden in der Sterbephase zu lindern und Lebensqualität zu erhalten, gehören:
 - für eine Basisbetreuung zu sorgen,
 - eine optimale Schmerztherapie durchzuführen,
 - quälende Symptome zu lindern und
 - menschlichen Beistand zu geben.
- Die Betreuung des Sterbenden erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt. Pflegende und andere beteiligte Berufsgruppen unterstützen den Arzt und stimmen sich mit ihm kontinuierlich (z. B. im Rahmen von Patientenbesprechungen) ab.
- Entscheidungen, z. B. der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, sollen unter Einbeziehung des geäußerten bzw. mutmaßlichen Willens des Patienten getroffen und umgesetzt werden.
- Der Arzt soll nach Möglichkeit für und mit dem sterbenden Patienten einen Notfallplan (incl. Bedarfsmedikation) entwickeln und mit dem Pflegeteam/Bezugspflegeteam abstimmen. Angehörige und Nahestehende sind zu informieren.
- Günstigenfalls werden Verabredungen getroffen, die eine Abstimmung auch außerhalb der Sprechzeiten sicherstellt.

¹ Vgl. im Fachbereich Pflegedienste/Pflegeprojekte: Arbeitshilfe „Verhalten im Todesfall“

- Der Einsatz eines patientenfremden Arztes (z. B. Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Notarzt) führt zur Notwendigkeit, mit diesem im Sinne des Sterbenden ins Gespräch zu kommen und Absprachen zu erzielen. Es gilt den erklärten Patientenwillen zu kommunizieren und nach Möglichkeiten zu suchen, dem Willen zu entsprechen. Dabei werden die Patientenverfügung, ggf. die Patientendokumentation oder Fallbesprechungsprotokolle einbezogen sowie telefonisch erreichbare Angehörige und/oder gesetzliche Betreuer hinzugezogen.

3.2 Krankenhauseinweisung

Eine Krankenhauseinweisung eines sterbenden Menschen führt bei diesem meist zu einer hohen psychischen und physischen Belastung. Dem Sterbenden wird die Möglichkeit genommen, in vertrauter Umgebung sterben zu können.

Dies bedeutet:

- Es ist zu klären, ob eine Krankenhauseinweisung notwendig ist; das Ziel ist zu hinterfragen.
- Der Wunsch des Sterbenden, auch bei einer rapiden Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, muss respektiert werden.
- Alternative Angebote (z. B. der Einsatz eines ehrenamtlichen Lebens- und Sterbebegleiters oder einer Sitzwache) können dazu beitragen, einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.

4. Entscheidungen am Lebensende

Durch Ärzte, Pflegende, gesetzliche Betreuer oder Angehörige zu treffende Entscheidungen, zum Sterbeverlauf und Lebensende, müssen sich am erklärten bzw. mutmaßlichen Willen des Betroffenen orientieren. Grundlage ist eine verständliche und behutsame Aufklärung durch den Arzt über die Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Maßnahmen, die in der konkreten Situation in Frage kommen.

Dies bedeutet:

- Das offene und ehrliche Gespräch zwischen Arzt und Patienten soll gefördert werden, gesetzliche Betreuer und Angehörige sind angemessen einzubeziehen.
- Ziel ist es, möglichst frühzeitig die elementaren Fragen am unmittelbaren Lebensende zu klären (z. B. Krankenhauseinlieferung, künstliche Ernährung, Reanimation oder künstliche Beatmung).
- Das Pflegeteam soll den Arzt auf eine eingetretene Änderung der Pflegesituation aufmerksam machen, weil sich dadurch andere Möglichkeiten der Sterbebegleitung ergeben können.
- Der Wunsch eines Menschen auf den Verzicht lebensverlängernder Maßnahmen wird unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen respektiert.

4.1 Der Patientenwille

Wir ermutigen den Arzt, den Patientenwillen zu erkunden und umzusetzen (vgl. Anlage 3). Dies kann u. a. durch seine Beteiligung an (ethischen) Fallbesprechungen, die Einbeziehung in Fort- oder Weiterbildungen und/oder durch die Verabredung eines Notfallplanes gelingen.

4.2 Die Patientenverfügung

Viele Menschen haben Angst davor, sich nicht mehr äußern zu können und so in Abhängigkeiten von fremden Entscheidungen zu geraten. Um für eine solche Situation vorzusorgen und persönliche Überzeugungen festzuhalten, gibt es die Patientenverfügung. Dieses Dokument soll ermöglichen, dass ein Arzt oder ein Richter den individuellen Willen des Patienten erkennen und danach handeln kann. Vordrucke sind eine scheinbar einfache Lösung. Sie erfassen aber nicht die Spannweite persönlicher Anliegen. Der Wille kann umso besser umgesetzt werden,

desto individueller die Verfügung aufgeschrieben ist. Dies ist nicht immer leicht. Eine Beratung durch kompetente Personen kann sinnvoll sein.

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient u. a. bestimmen, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt werden sollen. Seit dem 1. September 2009 gilt das Gesetz, das den rechtsverbindlichen Umgang mit einer Patientenverfügung verbindlich regelt (vgl. Anlage 3).

Dies bedeutet:

- Volljährige haben die Möglichkeit festzulegen, wie sie im Falle einer schweren Erkrankung behandelt werden möchten.
- Je detaillierter die letzten Wünsche (individuell und auf den Einzelfall bezogen) hinsichtlich Behandlung und ihrer Grenzen sind, desto leichter kann und muss der behandelnde Arzt den richtigen Weg im Sinne des Patienten suchen.
- In unserer Arbeit kommt es jedoch auch vor, dass Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Diese Situation tritt gerade in der vollstationären Pflege häufiger auf, schon wegen des hohen Anteils von Bewohnern mit einer Demenzerkrankung. In diesem Fall ist es sehr hilfreich, wenn die Betroffenen im Vorfeld eine Patientenverfügung erstellt haben, in der sie schriftlich niedergelegt haben, welche lebensverlängernden Maßnahmen sie annehmen oder ablehnen.

4.3 Die Vorsorgevollmacht

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

Dies bedeutet:

- Eine Vorsorgevollmacht kann sehr sinnvoll sein und regelt die Verantwortlichkeiten eindeutig.
- Die bevollmächtigten Personen können für den Betroffenen eine Willenserklärung im Hinblick auf Weiterbehandlung oder den Behandlungsabbruch abgeben. Die Vollmacht gilt für den Fall, dass beim Arzt Zweifel bestehen, ob der in der Verfügung niedergelegte Wille des Patienten zu bestimmten Maßnahmen bindend ist.

4.4 Die Betreuungsverfügung

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 fixiert sein.

Eine Betreuung kann vom Gericht angeordnet werden, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen und eine Vorsorgevollmacht hierfür nicht vorliegt oder ausreicht.

4.5 Patientenverfügungsberatung

Im UNIONHILFSWERK stehen haupt- und ehrenamtliche Patientenverfügungsberater zur Verfügung. Berater kommen auch in die Häuslichkeit der Ratsuchenden. Das Angebot ist kostenlos, eine Spende zugunsten der Hospizarbeit im UNIONHILFSWERK wird erbeten. Da der Beratungsbedarf meist groß ist, kann es zu einer Warteliste kommen.

Kontakt:

Unionhilfswerk Sozialeinrichtungen gemeinnützige GmbH
Zentrale Anlaufstelle Hospiz
Patientenverfügungsberatung
Kopenhagener Straße 29
13407 Berlin-Reinickendorf
Tel: 40 71 11 13
Mail: post@hospiz-aktuell.de
www.hospiz-aktuell.de

5. Begleitung von Nahestehenden und Angehörigen

Häufig betrachten wir nur die Menschen, die mit dem Sterbenden in einer verwandtschaftlichen Beziehung stehen (z. B. Ehepartner und Kinder), als unsere Ansprechpartner. Im Hinblick auf sich verändernde Lebenssituation können zunehmend auch Personen bedeutsam werden, die zwar nicht verwandt sind, denen sich der Betroffene aber sehr nahe fühlt (z. B. Lebenspartner, Freunde oder Nachbarn).

Angehörige und Nahestehende sollten in die Pflege einbezogen werden. Auf jeden Fall benötigen sie Ansprache, Information und Beratung in der meist als schwierig erlebten Zeit des Abschiedes.

Dies bedeutet:

- Soll die Orientierung am Sterbenden ernst genommen werden, dann spielen Angehörige und Nahestehende eine zentrale Rolle für sein Wohlergehen.
- Angehörige und Nahestehende brauchen Wertschätzung und eine freundliche und respektvolle Haltung des Pflegepersonals. Das miteinander reden spielt eine zentrale Rolle, eine gezielte Einbindung in die Sterbebegleitung kann für beide Seiten entlastend wirken.
- Die Übereinstimmung am gemeinsamen Ziel in der Versorgung des Sterbenden, nämlich sein Wohlergehen, verbindet das Pflegeteam mit den Nahestehenden. Sie übermitteln wichtige Informationen über Wünsche und Bedürfnisse des sterbenden Menschen.
- Nicht erst in der letzten Lebensphase soll mit dem Sterbenden und seinen Nahestehenden geklärt und besprochen werden, welche Maßnahmen – neben den ggf. in der Patientenverfügung geregelten – bei Eintritt in die letzte Lebensphase zu ergreifen sind, z. B.
 - Welche Angehörigen und Nahestehenden sollen (auch in der Nacht) verständigt werden?
 - Wünschen Angehörige noch am Sterbebett Abschied zu nehmen?
 - Die Informationen über die Nahestehenden (z. B. zur Verständigung in der Nacht) müssen allen Mitarbeitern leicht zugänglich sein.
 - Ist seelsorgerliche Begleitung erwünscht?
 - Werden religiöse Handlungen gewünscht (z. B. Abendmahl oder Krankensalbung)?
- Veranstaltungen sorgen für die Auseinandersetzung aller Beteiligten mit dem Thema „Sterbebegleitung“.

5.1 In der Sterbephase

- Nahestehende sollten wissen, dass der Sterbende mit hoher Wahrscheinlichkeit seine Umwelt – wenn auch eingeschränkt – wahrnimmt.²
- Nahestehende sollten ermutigt werden, am Sterbebett auch über alltägliche Dinge zu reden und den Sterbenden zu berühren.
- Gleichzeitig sollten sie ermutigt werden, auch Zeiten der Stille auszuhalten und sich eigene Freiräume zu gönnen.
- Kinder gehören in die Sterbebegleitung, brauchen aber ggf. eine intensive Begleitung.

5.2 Nach dem Tod

- Angehörige und Nahestehende sollten ermutigt werden, Abschied vom Versterbenden zu nehmen, ggf. brauchen sie hierin Begleitung.
- Abschiedsrituale (z. B. Kerze anzünden oder eine Rose in die gefalteten Hände legen) sind wichtig und entlastend.
- Pflegende achten die Würde des Verstorbenen und sind sensibel gegenüber kultureller und religiöser Besonderheiten.
- Angehörige und Nahestehende müssen über das weitere Verfahren informiert und begleitet werden (z. B. Leichenschau vor Einkleidung des Toten, Totenschein, Betten, Beauftragung eines Beerdigungsinstitutes, Abholung im Transportsarg).
- Nahestehende sollten eine Beileidskarte erhalten und über die Möglichkeiten einer weiteren (Trauer)Begleitung, z. B. durch den ehrenamtlichen Hospizdienst, hingewiesen werden.
- Verstorbene sollen grundsätzlich im Transportsarg überführt werden.
- Mitarbeiter versuchen, an den Beerdigungen teilzunehmen.

6. Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeitern

Ehrenamtliche Mitarbeiter leisten eine ergänzende psychosoziale Betreuung des sterbenden Menschen. Sie entlasten Nahestehende und Angehörige, bieten Betroffenen spirituelle Begleitung und Gespräche im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und dem nahen Tod. Sie begleiten in der Trauerphase.

Dies bedeutet:

- Der Einsatz des Hospizdienstes muss, einschließlich des Namens und der telefonischen Erreichbarkeit des Ehrenamtlichen, im Stammbblatt in der Patientendokumentation³ oder im Blatt „Ehrenamtliche Hospizbegleitung“⁴ eingetragen werden.
- Ehrenamtliche sind Bestandteil des interdisziplinären Teams. Sie haben ein Recht, regelmäßig und adäquat über den Zustand des Sterbenden informiert zu sein, insbesondere bei Verlegung des Sterbenden an einem anderen Ort.
- Ehrenamtliche werden nach Absprache ggf. auch zu Team- und Fallbesprechungen eingeladen. Sie erhalten Zugang zur Pflegedokumentation und tauschen relevante Informationen im engen Kontakt mit den Bezugspflegekräften aus.
- Ehrenamtliche müssen im Rahmen ihrer Sterbebegleitung Unterstützung erhalten, ihre Arbeit wird wertgeschätzt und anerkannt. Die Pflegenden und anderen Berufsgruppen sind darüber informiert, welche Aufgaben die ehrenamtlich Tätigen wahrnehmen, wer sie einsetzt (Kordinatorin), wer ihnen Anweisungen erteilt und wie im Konfliktfall verfahren werden soll.

² vgl. im Fachbereich Pflegedienste/Pflegeprojekte: Arbeitshilfe „Pflege und Betreuung sterbender Menschen“

³ gilt für den Fachbereich Pflegedienste/Pflegeprojekte

⁴ gilt für den Fachbereich Einrichtungen für pflegebedürftige und ältere Menschen

- Jedem Ehrenamtlichen wird ein konkreter Ansprechpartner (i. d. R. Bezugspflegekraft, die Leitung oder ein Sozialarbeiter) benannt.
- Das UNIONHILFSWERK verfügt über einen eigenen ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienst. Hier nehmen Ehrenamtliche an einem umfassenden Vorbereitungskurs sowie an der Praxisanleitung und Supervision teil.

Kontakt:

Unionhilfswerk Ambulante Dienste gGmbH
Ambulanter Hospizdienst Reinickendorf
Wittenauer Straße 7
13435 Berlin-Reinickendorf
Tel: 40 39 53-33
Fax: 40 39 53-34
Mail: hospizdienst@palliative-geriatrie.de
www.palliative-geriatrie.de

7. Begleitung der hauptamtlichen Mitarbeiter

Die Begleitung sterbender Menschen und derer Nahestehenden erfordert ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, fachlichen Kenntnissen, Belastbarkeit und persönlicher Reflektion. Mitarbeiter werden dabei nicht selten mit belastenden Gefühlen, z. B. Angst, Trauer oder Hilflosigkeit konfrontiert.

Führungskräfte der Pflegeeinrichtungen haben eine hohe Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitern. Sie haben den Auftrag, eine hospizliche und palliative Kultur im UNIONHILFSWERK zu fördern (vgl. Kommunikations-, Unternehmens- und Leitbilder der Fachbereiche). Dies bedeutet, dass Mitarbeiter und Führungskräfte eine Verpflichtung und ein Recht haben auf:

- Reflexion und Fortbildung,
- offene und ehrliche Auseinandersetzung im Team und
- Unterstützung und Begleitung durch erfahrene Teammitglieder.

7.1 Rituale

- Jedes Teammitglied sollte eine Kultur des Abschieds kultivieren und ggf. die eigene Trauer reflektieren.
- Teammitglieder sollten an Ritualen (z. B. Stechkärtchen mit Blume versehen, Kerze zur Teamsitzung entzünden...) teilnehmen.
- Gesprächsangebote können die Mitarbeiter befähigen und darin unterstützen, Nahestehende und Angehörige in der Trauer angemessen zu betreuen.
- Retrospektive Fallbesprechungen helfen mit dem Tod des betreuten Menschen umzugehen.

7.2 Fort- und Weiterbildung

Im UNIONHILFSWERK stehen den unterschiedlichen Berufsgruppen verschiedene themenbezogene Fort- und Weiterbildungsangebote zur Verfügung:

- 40-stündige Inhouse-Fortbildung „Palliative Praxis“ (Curriculum der Robert Bosch Stiftung),
- 160-stündige Zusatzqualifikation „Palliative Care für Pflegenden“ (Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.),
- 105-stündige Fortbildung „Palliative Geriatrie“ (Curriculum des UNIONHILFSWERK),
- hausinterne Bildungsmaßnahmen und
- externe Fort- und Weiterbildungsangebote und Qualifikationen.

Die o. g. Fort- und Weiterbildungsangebote berücksichtigen u. a. folgende Themen:

- Besonderheiten der Palliativpflege (Schmerztherapie und Symptomkontrolle),
- Sterbe- und Trauerphasen,
- Ethische Aspekte in der Betreuung,
- Rechtsfragen (aktive, passive Sterbehilfe, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht),
- Angehörigenarbeit,
- verbale und nonverbale Kommunikation,
- Umgang mit der eigenen Trauer,
- Sterbebegleitung als Teamaufgabe und
- Demenzerkrankungen und validierende Grundhaltung.

7.3 (Ethische) Fallbesprechungen

Ein ethisches Problem liegt vor, wenn in einer Handlungs- oder Entscheidungssituation eine Unsicherheit oder Uneinigkeit darüber besteht, ob das Handeln gut und richtig ist.

Dies bedeutet:

- Die Einschätzung, ob ein Mensch sterbend ist oder nicht, ist auf Grund der individuellen Situationen schwer festzulegen.
- Ethische Fallbesprechungen haben das Ziel, diese Sichtweisen miteinander gleichberechtigt und interdisziplinär ins Gespräch zu bringen.
- Es kann für den Entscheider und das Betreuungsteam sehr sinnvoll und entlastend sein, andere Sichtweisen und Beurteilungen einer Behandlung zur Kenntnis zu bekommen und die jeweilige persönliche Einschätzung mit anderen in Dialog zu bringen (vgl. Anlage 6).

7.4 Retrospektive Fallbesprechungen

Durchgeführte Maßnahmen im Rahmen der Versorgung können betrachtet und Verfahren ggf. verändert werden, um so zur Optimierung weiterer Sterbebegleitungen beizutragen, die dabei trotzdem die individuellen Belange des Menschen berücksichtigen.

7.5 Weitere Angebote

Neben den oben genannten Fort- und Weiterbildungsangeboten kommen ggf. noch andere unterstützende Maßnahmen in Betracht, z. B.

- Gesprächsangebote nach Rücksprache mit Geschäftsführung (Supervision),
- Austausch zwischen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern,
- einrichtungsübergreifender Austausch,
- gemeinsame, interdisziplinäre Fortbildungen,
- kollegiale Beratung,
- spezielle Schulungen zur Palliativpflege,
- Vermittlung seelsorgerischer Angebote,
- Fortbildungsangebote vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und der Zentralen Anlaufstelle Hospiz,
- Vorbereitungskurs für ehrenamtliche Sterbebegleiter (Curriculum des UNIONHILFSWERK) sowie
- Betriebs- und Vereinszeitung „Wir für Berlin“ als Plattform für Erfahrungsberichte.

Literaturtipps / Broschüren

Marina Kojer (Hrsg.)

„Alt, krank und verwirrt – Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie“
Lambertus, ISBN 3-7841-1455-5

Bettina Sandgathe Husebø, Stein Husebø

„Die letzten Tage und Stunden – Palliative Care für Schwerkranke und Sterbende“
Broschüre; kostenloser Download www.hospiz-horn.de/broschuere.htm

UNIONHILFSWERK Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG

„Palliative Geriatrie“

Broschüre; kostenloser Download: www.palliative-geriatrie.de / oder über KPG

UNIONHILFSWERK Zentrale Anlaufstelle Hospiz – ZAH

„Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann“

Broschüre; kostenloser Download: www.hospiz-aktuell.de / oder über ZAH

Diakonisches Werk der Evang. Kirche & Krebsverband Baden-Württemberg e. V.

„Die letzten Wochen und Tage – Eine Hilfe zur Begleitung“

C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz

„Leitfaden Palliativmedizin“

Urban & Fischer, ISBN 3-437-23310-6

Christian Metz, Monika Wild, Andreas Heller

„Balsam für Leib und Seele – Pflegen im Hospiz und Palliativer Betreuung“

Lambertus, ISBN 3-7841-1389-3

Erich Grond

„Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie – Leitfaden für Pflegenden in der Altenhilfe“

Kohlhammer, ISBN 3-17-017479-7

Ulrich Knellwolf, Heinz Rügger

„In Leiden und Sterben begleiten – Kleine Geschichten, Ethische Impulse“

Theologischer Verlag Zürich, ISBN 3-290-17347-X

Stephan Kostrzewa, Marion Kutzner

„Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung“

Verlag Hans Huber, ISBN 3-456-84071-3

„Wenn Worte fehlen“ – Gebete

Claudius Verlag, ISBN 3-532-62308-0

Karin Falkenstein

Die Pflege Sterbender als besondere Aufgabe in der Altenpflege

Brigitte Kunz Verlag, ISBN 3-89495-157-5

Werner Burgheim (Hrsg.)

Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden.

Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen.

Forum Verlag

Andreas Ebert, Peter Godzik (Hrsg.)

Verlass mich nicht, wenn ich schwach werde. Handbuch zu Begleitung Schwerkranker und Sterbender

Eb-Verlag, ISBN 3-92300-266-1

Palliativpflege-Richtlinien. Richtlinien u. Pflegestandards

Pallia Med Verlag, ISBN 3-933154-42-1

Katharina Heimerl, Alexander Heller, Frank Kittelberger

„Daheim sterben – Palliative Kultur im Pflegeheim“

Lambertus, ISBN 3-7841-1589-6

Elisabeth Reitingner, Andreas Heller, Clemens Tesch-Römer, Peter Zeman

„Leitkategorie Menschenwürde – zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen“

Lambertus, ISBN 3-7841-1536-5

„Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.,

„Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz“

Broschüre, kostenloser Download: www.palliative-geriatrie.de

Axel Bauer / Thomas Klie

„Patientenverfügungen / Vorsorgevollmachten – richtig beraten?“

C.F. Müller, ISBN 3-8114-3064-5

Bayerisches Staatsministerium für Justiz

„Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter – durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung“

Broschüre, kostenloser Download:

www.hospiz-aktuell.de/fileadmin/pdf/BV_PV_Justiz_Bayern.pdf

Anschriften / Links für Rat, Hilfe und Fortbildung**Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH
Projekt „Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG“**

Richard-Sorge-Straße 21 A

10249 Berlin

Tel: 42 26 58 33

Mail: dirk.mueller@unionhilfswerk.dewww.palliative-geriatrie.de**Unionhilfswerk Ambulante Dienste gemeinnützige GmbH****Ambulanter Hospizdienst Reinickendorf / KPG**

(Ehrenamtliche Sterbebegleitung)

Wittenauer Straße 7

13435 Berlin

Tel: 40 39 53-33

Fax: 40 39 53-34

Mail: hospizdienst@unionhilfswerk.dewww.palliative-geriatrie.de**Unionhilfswerk Sozialeinrichtungen gemeinnützige GmbH****Zentrale Anlaufstelle Hospiz**

(Informations- und Beratungsstelle)

Kopenhagener Straße 29

13407 Berlin-Reinickendorf

Tel: 40 07 11 13

Mail: post@hospiz-aktuell.de

Sprechzeit: Mo, Di, Fr 9:00 bis 13:00 Uhr ; Di 16:00 bis 18:00 Uhr

Website: www.hospiz-aktuell.de**Home Care Berlin e. V.**

Brabanter Straße 21

10713 Berlin-Wilmersdorf

Tel: 453 43 48

Mail: info@homecareberlin.de

Sprechzeit: werktags 9.00 bis 15.00 Uhr

www.homecareberlin.de**Palli-Hotline (für Ärzte)**

0160 968 259 88

Palli-Hotline (für Pflegekräfte)

0160 946 271 04

Kirchliche Telefonseelsorge Berlin

0800 111 0 222 oder 111 (kostenlos rund um die Uhr)

Literaturverzeichnis

Nürnberger Arbeitsgruppe „Sterbebegleitung in Heimen“,
„Sterbebegleitung in Pflegeheimen. Eine Arbeitshilfe für Pflegenden in stationären
Pflegeheimen“, Nürnberg

Marina Kojer (Hrsg.),
„Alt, krank und verwirrt – Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie“,
2. Auflage, Freiburg im Breisgau 2003

Bettina Sandgathe Husebø, Stein Husebø
„Die letzten Tage und Stunden – Palliative Care für Schwerkranken und Sterbende“,
Bergen-Fana (Norwegen)

UNIONHILFSWERK Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG,
„Palliative Geriatrie“, 1. Auflage, Berlin 2008

Christian Metz, Monika Wild, Andreas Heller,
„Balsam für Leib und Seele – Pflegen im Hospiz und Palliativer Betreuung“,
Freiburg im Breisgau 2002

Elisabeth Reitingen, Andreas Heller, Clemens Tesch-Römer, Peter Zeman,
„Leitkategorie Menschenwürde – Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen“,
Freiburg im Breisgau 2004

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (Hrsg.),
„Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur
Palliativkompetenz“, 2007

Christian Zippel, Sibylle Kraus,
"Soziale Arbeit mit alten Menschen - Ein Handbuch für die berufliche Praxis",
Frankfurt am Main 2009

Anhangsverzeichnis

- Anlage 1 UNIONHILFSWERK; Robert Bosch Stiftung, „Informationsmaterial zum
Schmerzerleben demenzkranker Menschen“
- Anlage 2 „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“
- Anlage 3 „Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei
der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und
Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“
- Anlage 4 UNIONHILFSWERK, Ein Wegweiser der Zentralen Anlaufstelle Hospiz,
„Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann...“ (*Broschüren liegen in den FB aus*)
- Anlage 5 UNIONHILFSWERK; Broschüre „Palliative Geriatrie – Alte Menschen am
Lebensende begleiten und betreuen“ (*Broschüren liegen in den FB aus*)
- Anlage 6 Universität Medizinisches Zentrum Nimwegen, „Nimwegener Methode für
ethische Fallbesprechung“

Informationsmaterial zum Schmerzerleben demenzkranker Menschen

Wenn ein dementer Mensch nicht über Schmerzen klagt und keine akute Gesundheitsstörung vorliegt, heißt das noch lange nicht, dass er sich wohl fühlt und keine Schmerzen hat. Die Schmerzempfindlichkeit Demenzkranker wird erstaunlicherweise immer wieder angezweifelt. Dies geschieht wohl vor allem deshalb, weil diese Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihr Leid entsprechend unserer gängigen Kommunikationsroutinen in Worte zu kleiden. Ist die Erkrankung weit genug fortgeschritten, ist auch das Körpergefühl der Kranken schwer gestört. Die Patienten können dann die schmerzende Stelle nicht einmal mehr orten und daher natürlich auch nicht dorthin zeigen, wo es ihnen wehtut.

Menschen, die an fortgeschrittener Demenz leiden, können Eindrücke, die auf sie zukommen, nicht mehr richtig einordnen. Sie werden von ihnen überrascht, ja geradezu überfallen. Ein nicht dementer Mensch, der ein Abführmittel eingenommen hat, weiß am nächsten Tag, dass Zwicken, Drücken und Grimmen in seinem Bauch Vorboten des Stuhlgangs sind. Das Begreifliche, Absehbare ist stets leichter zu ertragen. Den Demenzkranken dagegen überfällt sein Bauchschmerz völlig unvorbereitet. Es tut ihm nicht nur weh, gleichzeitig bedroht ihn ein Unfassbares, dem er hilflos ausgeliefert ist. Die immer stärker anschwellende Angst verstärkt das Schmerzgefühl noch.

Bei alten Menschen, die wegen ihrer Demenz im Pflegeheim aufgenommen werden, ist die Erkrankung meist schon weit fortgeschritten. Sie können ihre Schmerzen nicht mehr in der allgemein üblichen Weise kommunizieren, sondern drücken sich über ihr Verhalten aus. Daher muss „gestörtes“ Verhalten in erster Linie als Kommunikationsversuch gesehen werden. Unter diesem Aspekt werden z.B. Unruhe, Schreien, Aggressivität oder Nahrungsverweigerung nicht mehr ausschließlich als typische Verhaltensmuster Demenzkranker gesehen, die man, wenn sie eine bestimmte Intensität überschreiten, mit beruhigenden Medikamenten zu unterdrücken versucht. Werden auffällige Verhaltensweisen hingegen als Mitteilungen über eine gestörte Befindlichkeit gesehen, erhalten sie sofort eine andere Wertigkeit: Wir fragen dann in erster Linie „Was quält diesen Menschen?“ und nicht mehr „Was kann ich tun, damit er endlich ruhig ist?“ Leider werden Verhaltensstörungen noch immer oft für unabhängige Störungen gehalten und anstelle der Schmerzen (oder anderer quälender körperlicher oder seelischer) Symptome behandelt.

Betreuende aller Berufsgruppen erleben es meist als sehr schwierig, mit Demenzkranken zu kommunizieren und zu verstehen, was sie ausdrücken wollen. Das Herstellen von Beziehung ist oft nur mehr über die Gefühlsebene möglich und misslingt häufig, wenn Pflegenden und Ärzte nicht gelernt haben, eine für beide Seiten tragfähige Beziehung herzustellen. Gelingt dies nicht, ist es nur schwer möglich, kompetent mit so schwierigen Situationen umzugehen. Ohne Beziehungsbasis beschränkt sich die Krankenbeobachtung häufig auf das Registrieren von Störfaktoren wie nächtliche Unruhe, Nahrungsverweigerung oder Aggression. Zudem führt die Hilflosigkeit der Helfer nicht selten dazu, dass die Kranken ohne den ihnen zustehenden Respekt behandelt werden, gerade so, als wären sie nichts anderes als ein Werkstück, das bearbeitet werden muss. Diese Haltung begünstigt die Tendenz, die Symptome nicht weiter zu hinterfragen.

Mit der richtigen Einstellung ist es oft gar nicht schwierig, die Ursachen von Verhaltensänderungen festzustellen. Häufig lassen sich an einem Patienten mehrere **Indirekte Schmerzzeichen** beobachten, die untereinander in Zusammenhang stehen und die Vermutungsdiagnose erleichtern: Der Demente schreit vor allem bei bestimmten Gelegenheiten (z.B. bei der Mobilisation). Er ist dann auch besonders ängstlich und neigt zur Aggression, während er sich sonst ohne weiteres berühren lässt. Wenn das linke Bein gehoben wird, stockt sein Atem, bei Gehübungen hinkt er auf dieser Seite.

Schmerz äußert sich individuell. Jede Verhaltensänderung kann (aber muss nicht) bedeuten, dass der Mensch Schmerzen hat! Eine vollständige Aufzählung aller indirekten Schmerzzeichen ist daher nicht möglich!

Quelle: Robert Bosch Stiftung

Vorabdruck

aus: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004

Dokumentation

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

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. □

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

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

Vorwort

Ärztinnen und Ärzte erleben in ihrer täglichen Arbeit die Sorgen und Nöte schwerkranker und sterbenskranker Menschen und müssen in schwierigen Beratungssituationen Antworten auf existenzielle Fragen ihrer Patienten geben.

Für den Fall, dass sich Patienten selbst krankheitsbedingt nicht mehr adäquat mitteilen können, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Vorausbestimmung der dann gewünschten medizinischen Behandlung. In Anerkennung des Rechts eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung hat die Bundesärztekammer bereits 2004 in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ die Bedeutung vorsorglicher Willenserklärungen hervorgehoben.

Die Vielfalt möglicher Situationen, in die ein Mensch geraten kann, macht es jedoch nicht immer leicht, eine Vorausbestimmung treffend zu artikulieren. Zwei Möglichkeiten der vorsorglichen Willensbekundungen sind die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung.

Angesichts des offenkundigen Bedarfs sowohl vonseiten der betroffenen Patienten als auch vonseiten der Ärzteschaft an einer praktischen Hilfestellung und weitergehenden Konkretisierung für die ärztliche Pra-

xis haben es sich die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur Aufgabe gemacht, durch gemeinsame Empfehlungen den Beteiligten eine Orientierung im Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zu geben. Insbesondere sollen damit Nutzen und Grenzen dieser beiden Instrumente verdeutlicht werden.

Die Empfehlungen sind zudem im Kontext der aktuellen politischen Debatte über eine gesetzliche Regelung zu Patientenverfügungen zu sehen. Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission wollen ihre Auffassung in den aktuellen Prozess der politischen Willensbildung einbringen und die Position der verfassten Ärzteschaft in Bezug auf die aufgeworfenen Fragestellungen verdeutlichen. Zugleich stellen die Empfehlungen eine Weiterentwicklung der „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ aus dem Jahr 1999 dar.

Die gemeinsamen Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission mögen Patienten und Ärzten eine Hilfestellung bei der Bewältigung der vielfältigen und schwierigen Fragen im Zusammenhang mit dem Lebensende und dem Wunsch nach einem menschenwürdigen Sterben geben.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

Vorbemerkungen

Die Grundsätze der Bundesärztekammer enthalten wesentliche Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung¹. Die vorliegenden Empfehlungen knüpfen daran an; sie stellen die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung in den Mittelpunkt der Betrachtungen.

Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten², insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen (§ 7 Abs. 1 (Muster-)Berufsordnung). 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 Pa-

¹ Deutsches Ärzteblatt 2004; Heft 19: A 1298–9.

² Die nachstehenden Bezeichnungen „Arzt“ und „Patient“ werden einheitlich und neutral für Ärzte und Ärztinnen sowie für Patienten und Patientinnen verwendet.

tienten insbesondere in Bezug auf die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen eine hohe Konsistenz aufweist. Gleichwohl geben diese Voraussetzungen nur für bestimmte Teilbereiche und Grenzsituationen des Lebens und des Sterbens eine dem Willen des Patienten hilfreiche Orientierung und können nicht durchgehend selbstbestimmtes Leben und Sterben absichern³. Deshalb ist der Dialog zwischen Patient und Arzt, die Beratung und Aufklärung über diese Fragen, besonders wichtig. Dabei kann die Einbeziehung von Angehörigen des Patienten hilfreich sein.

Die vorliegenden Empfehlungen sollen Ärzten, aber auch Patienten, eine grundlegende Orientierung im Umgang mit einer Vorsorgevollmacht und/oder einer Patientenverfügung geben. Sowohl der Patient als auch der Arzt können Gespräche über solche Willensbekundungen anregen. Deshalb sind Ärzte aufgefordert, sich auch mit den rechtlichen Implikationen und den veröffentlichten Mustern für solche Verfügungen auseinanderzusetzen. Die vorliegenden Empfehlungen sollen diesen Prozess unterstützen.

1. Möglichkeiten der Willensbekundung

Patienten haben das Recht, in eigenen persönlichen Angelegenheiten für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit infolge einer Krankheit oder hohen Alters vorzusorgen. Verschiedene Möglichkeiten (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung) bieten sich an. Im Wesentlichen wird auf die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung einschließlich ihrer Grenzen eingegangen.

In der ärztlichen Praxis haben sich insbesondere die Vorsorgevollmacht und eine Kombination aus Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung bewährt.

1.1 Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht wird eine Vertrauensperson für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit des Vollmachtgebers für bestimmte Bereiche, z. B. für die gesundheitlichen Angelegenheiten, bevollmächtigt. Der Bevollmächtigte wird zum Vertreter des Willens. Er verschafft dem Willen des aktuell nicht mehr einwilligungsfähigen Vollmachtgebers Ausdruck und Geltung.

Vor der Bevollmächtigung sollten die Beteiligten den Inhalt der Vorsorgevollmacht erörtern. Zwischen dem Vollmachtgeber und dem Bevollmächtigten sollte ein besonderes Vertrauensverhältnis bestehen, um einen möglichen Missbrauch zu verhindern. Die Vorsorgevollmacht sollte nicht an Bedingungen⁴ geknüpft werden.

Die Einwilligung eines Bevollmächtigten ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB⁵ genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Darüber hinaus bedarf die Einwilligung des Bevollmächtigten oder Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass

- der Betreute oder Vollmachtgeber aufgrund der Maßnahme stirbt oder
- einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Ob die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten erforderlich ist und im Einzelfall genügt oder ob auch eine gericht-

liche Genehmigung vorliegen muss, hat zunächst der behandelnde Arzt zu beurteilen. Der Arzt ist in der Beurteilung jedoch nicht frei, sondern an die objektiv in § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB geregelten Voraussetzungen gebunden. Dies führt in der Praxis zu Unsicherheiten und vorsorglichen Genehmigungsanträgen. Hält das Vormundschaftsgericht die Einwilligung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten in eine solche Behandlung nicht für genehmigungsbedürftig, erteilt es ein sogenanntes Negativtest. Im Übrigen kann die bestehende Rechtsunsicherheit durch eine klare Regelung in § 1904 BGB verbessert, aber nicht vollständig beseitigt werden. In Zweifels- und Konfliktfällen ist daher Betreuern, Bevollmächtigten und Ärzten 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.

Gesetzlich darf eine Maßnahme ohne die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist⁶.

Vorsorgevollmachten können durch einen Notar beurkundet werden (§ 20a Beurkundungsgesetz). Die notarielle Beurkundung bietet sich an, wenn die Vorsorgevollmacht mit einer Vollmacht für andere Angelegenheiten (z. B. Vermögensvorsorge) verbunden wird. Die Bundesnotarkammer führt das „Zentrale Vorsoregister“, in das Vorsorgevollmachten eingetragen werden können. In diesem Register können auch privatschriftliche Vorsorgevollmachten registriert werden. Eine Auskunft aus dem Register erhält das Vormundschaftsgericht⁷; sie wird allerdings nicht an Ärzte oder Krankenhäuser erteilt.

Unter den in § 1901a BGB geregelten Voraussetzungen müssen sowohl die Vorsorgevollmacht als auch ein Schriftstück, in dem jemand für den Fall seiner Betreuung Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat, unverzüglich dem Vormundschaftsgericht vorgelegt werden, damit das Gericht diese bei seiner Entscheidung berücksichtigen kann. Eine Vorsorgevollmacht geht einer gesetzlichen Betreuung grundsätzlich vor.

Eine Vorsorgevollmacht erlischt durch Widerruf seitens des Vollmachtgebers. Ein solcher Widerruf ist stets möglich. Der Widerruf bedarf keiner besonderen Form, auch ein mündlicher Widerruf ist möglich.

Eine Vorsorgevollmacht kann, wenn sie nahen Angehörigen erteilt wird, die einen engen Kontakt zum Vollmachtgeber pflegen und die über seine aktuellen Wünsche und Vorstellungen informiert sind, ein geeignetes Instrument sein, um für den Fall der eigenen Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit Vorsorge zu treffen und dem Willen Geltung zu verschaffen. Der Vollmachtgeber

³ Ulrich Eibach, Klaus Schäfer, Patientenautonomie und Patientenwünsche, Ergebnisse und ethische Reflexion von Patientenbefragungen zur selbstbestimmten Behandlung in Krisensituationen, *MedRecht* 2001, Heft 1, S. 21 ff. (21).

⁴ Z. B. bestimmter Krankheitszustand i. V. m. Beurteilung durch einen Sachverständigen.

⁵ § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB lautet: „Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet“.

⁶ § 1904 Abs. 1 Satz 2 BGB.

⁷ Auch das Landgericht als Beschwerdegericht, vgl. § 78a Abs. 2 S. 1 BNotO; in das Register dürfen Angaben über Vollmachtgeber, Bevollmächtigte, die Vollmacht und deren Inhalt aufgenommen werden, vgl. § 78a Abs. 1 S. 2 BNotO.

hat sich die Person oder die Personen, die er bevollmächtigt, selbst ausgesucht und sollte mit ihnen den Inhalt der Vollmacht, gegebenenfalls unter Hinzuziehung ärztlichen Rates, erörtern. Wird die Vorsorgevollmacht mit einer Patientenverfügung kombiniert, dürfte dafür Sorge getragen sein, dass der Bevollmächtigte in den Angelegenheiten der gesundheitlichen Vorsorge die Interessen des Vollmachtgebers gegenüber Ärzten oder Pflegepersonal wirksam vertreten kann.

1.2 Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine individuelle, schriftliche oder mündliche, formfreie Willenserklärung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit. Sie sollte Angaben zu Art und Umfang der medizinischen Behandlung in bestimmten Situationen enthalten. 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. Hilfreich kann die Benennung einer Vertrauensperson sein, mit der der Patient die Patientenverfügung besprochen hat und mit der ein Arzt die erforderlichen medizinischen Maßnahmen besprechen soll, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen selbst zu äußern.

Patientenverfügungen sind nach geltendem Recht grundsätzlich verbindlich, soweit nicht rechtlich Verbotenes (z. B. aktive Sterbehilfe) verlangt wird.

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 verfügende 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.
- Die Patientenverfügung sollte mit Blick auf konkrete Situationen und Maßnahmen formuliert werden. Möglicherweise kann der Arzt des Vertrauens bei der Beschreibung des Patientenwillens behilflich sein.
- Die Patientenverfügung sollte zum Zweck des Nachweises schriftlich erstellt, mit Datum versehen und von dem Verfügenden unterschrieben werden. Der Wille des Patienten kann auch in anderer Form verlässlich dokumentiert werden (z. B. Videoaufnahme).
- Die Unterschrift auf der Patientenverfügung sollte erneuert werden (teilweise wird dies in einem Abstand von zwei Jahren empfohlen), um zu dokumentieren, dass die Verfügung weiterhin dem aktuellen Willen entspricht.
- Die Patientenverfügung muss im Ernstfall auffindbar sein. Es empfiehlt sich, beispielsweise bei dem Hausarzt, eine Kopie der Verfügung zu hinterlegen, auf der vermerkt ist, bei wem sich die Originalurkunde befindet (vgl. auch nachstehende Nrn. 7 und 8).
- In der Patientenverfügung sollte zudem eine Vertrauensperson benannt werden, mit der die Patientenverfügung und der darin erklärte Wille besprochen wurde. Die benannte Vertrauensper-

son sollte die Verfügung ebenfalls unterschreiben. Eine Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ist ratsam (vgl. Nr. 1.4).

- Die Verfügung sollte Hinweise auf weitere Erklärungen in Gesundheitsangelegenheiten (z. B. Betreuungsverfügung) enthalten, soweit diese abgegeben wurden.⁸

1.3 Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung einer Person für den Fall der Anordnung einer Betreuung. Ein solcher Fall liegt beispielsweise vor, wenn ein Patient infolge einer Krankheit seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer bestellt werden muss.

In einer Betreuungsverfügung können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Handlungsanweisungen für den Betreuer zur Wahrnehmung seiner Aufgaben festgelegt sein. Der Betreuer wird vom Gericht (Amtsgericht – Vormundschaftsgericht) bestellt. Eine Betreuung kann auch für bestimmte Bereiche (z. B. Gesundheit und Vermögen) angeordnet werden, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu regeln und eine Vorsorgevollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht.

Wer zu einer Einrichtung (z. B. Alten- und Pflegeheim), in welcher der Betreute untergebracht ist oder wohnt, in einer engen Beziehung steht (z. B. Arbeitsverhältnis), darf nicht zum Betreuer bestellt werden (§ 1897 Abs. 3 BGB).

Das Vormundschaftsgericht und der Betreuer müssen eine Betreuungsverfügung grundsätzlich beachten. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten; er unterliegt dem Betreuungsrecht (§§ 1896 ff. BGB) und wird vom Gericht kontrolliert. Im Rahmen einer Betreuung dürfen Maßnahmen nicht gegen den erkennbaren Willen des Betreuten/Patienten durchgeführt werden.

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. Dies unterstreicht die grundlegende Bedeutung vertrauensvoller Gespräche zwischen Patient und Arzt, auch zwischen Patient und Angehörigem oder Bevollmächtigtem, um vorausschauend Entscheidungsoptionen zu erörtern und auf Behandlungsalternativen hinzuweisen.

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

⁸ Die genannten Aspekte lehnen sich an die Ausführungen der Ärztekammer Nordrhein zu den veröffentlichten „Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten“ an.

2. Wesentlicher Inhalt

In der Praxis gibt es eine Fülle von Mustern für Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. Erwähnt werden sollen insbesondere die Formulare, die

- von den Ärztekammern (www.baek.de),
- von Justizministerien (z. B. www.bmj.bund.de, www.justiz.bayern.de) und
- von Kirchen (www.ekd.de, www.katholische-kirche.de) angeboten werden.

Ob im Einzelfall ein Formular benutzt wird und welches, sollte der Patient entscheiden, weil diese auch unterschiedliche Wertvorstellungen zum Ausdruck bringen. Ein Arzt kann auf die verschiedenen Muster von Patientenverfügungen hinweisen. Inhaltlich sind regelmäßig Aussagen zu den Situationen enthalten, für die sie gelten sollen, oder es wird auf bestimmte ärztliche Maßnahmen, die in bestimmten Situationen angezeigt sind oder unterbleiben sollen, abgestellt.

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.

In jedem Fall ist die Anwendbarkeit einer Vorsorgevollmacht und/oder einer Patientenverfügung für die konkrete Situation vom Arzt zu prüfen.

2.3 Ergänzende persönliche Angaben

Um in Situationen, die in der Verfügung nicht erfasst sind, den mutmaßlichen Willen besser ermitteln zu können, empfiehlt es sich auch, Lebenseinstellungen, die religiöse Überzeugung sowie die Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden in der verbleibenden Lebenszeit mitzuteilen.

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. Ein solcher Fall liegt beispielsweise vor, wenn bei einer bevorstehenden Behandlung oder in einem absehbaren Zeitraum der Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und der Patient ohne Kenntnis von den Möglichkeiten der antizipierten Willensäußerung seine Sorge über den möglichen Zustand fehlender Selbstbestimmung angesprochen hat.

Äußert der Patient die Absicht, eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung aufzusetzen, sollte der Arzt seine Beratung für damit zusammenhängende medizinische Fragestellungen anbieten, sodass der Patient diese Sachkenntnis in seine Entscheidungsfindung einbeziehen kann. Zwar kann der Arzt dem Patienten die oftmals schwierige und als belastend empfundene Entscheidung über das Ob und Wie einer Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung nicht abnehmen, wohl aber Informationen für das Abwägen der Entscheidung beitragen. So kann der Arzt beispielsweise über medizinisch mögliche und indizierte Behandlungsmaßnahmen informieren, auf die mit Prognosen verbundenen Unsicherheiten aufmerksam machen und allgemein über Erfahrungen mit Patienten, die sich in vergleichbaren Situationen befunden haben, berichten. Indem der Arzt den Patienten möglichst umfassend informiert, kann er zugleich Vorsorge gegen aus ärztlicher Sicht nicht gebotene Festlegungen des Patienten treffen, etwa indem er über Missverständnisse – z. B. über die sogenannte Apparatemedizin – aufklärt, Fehleinschätzungen hinsichtlich der Art und statistischen Verteilung von Krankheitsverläufen korrigiert und die Erfahrungen aus dem Umfeld des Patienten, an denen sich dieser orientiert und aus denen er möglicherweise falsche Schlüsse zieht, hinterfragt. Der Arzt darf dem Patienten nicht seine Sicht der Dinge oktroyieren. Er kann aber wesentlich dazu beitragen, die Meinungsbildung des Patienten zu verbessern und abzusichern. Er kann dem Patienten nicht nur das Für und Wider seiner Entscheidungen vor Augen führen, sondern ihm durch die Aufklärung auch Ängste nehmen.

In dem Dialog sollte der mögliche Konflikt zwischen den in gesunden Tagen geäußerten Vorstellungen und den Wünschen in einer aktuellen Behandlungssituation thematisiert werden. Dies gilt insbesondere für Festlegungen zu bestimmten Therapien oder zur Nichtaufnahme einer Behandlung wie z. B. eine künstliche Ernährung über eine Magensonde bei einer demenziellen Störung.

Eine eingehende ärztliche Beratung vor der Abfassung einer Patientenverfügung wird für einen Patienten, der sein Selbstbestimmungsrecht voreilend wahrnimmt, unter mehreren Aspekten von Vorteil sein.

Der Patient kann vielfach erst bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Beratung in der Lage sein zu entscheiden, welches der zahlreichen verfügbaren und inhaltlich unterschiedlichen Formulare seinen Wünschen am ehesten entgegenkommt und welche Formulierungen geeignet sind, seine persönlichen Vorstellungen hinreichend nachvollziehbar und umsetzbar niederzulegen. Zudem wird der Patient, wenn er sich ärztlich beraten lässt, die Wirksamkeit seiner Willensbekundungen dadurch erhöhen können, dass er die Situationen, in denen Behandlungsentscheidungen voraussichtlich anfallen, und die in diesen Situationen bestehenden Handlungsoptionen sehr viel konkreter beschreiben und damit das faktische ärztliche Handeln in weit größerem Umfang festlegen kann, als es ohne Beratung der Fall wäre. 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

Für eine Vorsorgevollmacht empfiehlt sich die Schriftform. Wegen der Möglichkeit einer notariellen Beurkundung wird auf die Ausführungen unter Nr. 1.1 verwiesen. Eine Patientenverfügung bedarf keiner besonderen Form. Aus Beweisgründen sollte sie schriftlich abgefasst sein. Eine handschriftliche Abfassung der Patientenverfügung durch den Verfügenden (wie z. B. bei einem Testament) ist nicht notwendig. Die Benutzung eines Formulars ist möglich (vgl. Nr. 2.). Eine Patientenverfügung soll persönlich unterschrieben und mit Datum versehen sein. Rechtlich ist es weder erforderlich, die Unterschrift durch Zeugen bestätigen zu lassen, noch eine notarielle Beglaubigung der Unterschrift herbeizuführen.

Um Zweifeln zu begegnen, kann sich eine Unterschrift vor Zeugen empfehlen, die ihrerseits schriftlich die Echtheit der Unterschrift sowie das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit des Verfassers bestätigen.

4. Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit

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

Patientenverfügungen sind nur wirksam, wenn der Patient zur Zeit der Abfassung einwilligungsfähig war. Sofern keine gegenteiligen Anhaltspunkte vorliegen, kann der Arzt von der Einwilligungsfähigkeit des volljährigen Patienten ausgehen. 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-)Betrufsordnung). 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

Für Betreuungsverfügungen, auch in Kombination mit einer Vorsorgevollmacht, besteht in einigen Bundesländern die Möglichkeit, diese bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht zu hinterlegen.

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 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

Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten ist grundsätzlich verbindlich; deshalb dürfen sich Ärzte nicht über die in einer Patientenverfügung enthaltenen Willensäußerungen eines Patienten hinwegsetzen.

Gleichwohl können Situationen eintreten, die nicht konkret beschrieben sind oder sich nicht voraussagen ließen. Zudem kommt die Patientenverfügung zu einem Zeitpunkt zur Anwendung, wenn die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich ist.

Fehlinterpretationen von Patientenverfügungen lassen sich reduzieren, wenn eine bevollmächtigte Vertrauensperson als An-

sprechpartner 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.

Auch insoweit wird auf die entsprechenden Ausführungen in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung⁹ Bezug genommen.

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. Die Form der Prozeduralisierung sollte diesen beiden Intentionen Rechnung tragen. Entsprechend sollten neben den Auffassungen der Bevollmächtigten oder Betreuer die Einschätzung des Falles durch Angehörige, Ärzte und Pflegenden berücksichtigt werden. Dabei kann die Einschaltung eines eventuell vorhandenen klinischen Ethikkomitees angezeigt sein.¹⁰ 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. Im weiteren Verlauf gelten die oben dargelegten allgemeinen Grundsätze.

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. Ein Arzt kann aber nicht zu einer seinem Gewissen widersprechenden Behandlung oder zu bestimmten Maßnahmen gezwungen werden¹¹.

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. □

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat in seiner 126. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung mit den Teilen A, B, C) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V beschlossen mit Wirkung zum 1. April 2007 für Teil A, vom 1. April 2007 bis zum 30. September 2007 für Teil B und zum 1. Juli 2007 für Teil C

Teil A zum 1. April 2007:

- Durch eine Ergänzung der Präambel 8.1 wird Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe die Berechnung der Leistungen 05360, 05361 und 05372 aus dem neuen Abschnitt 5.4 (Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4 Geburtshilfe) ermöglicht. Weiterhin erfolgt eine redaktionelle Ergänzung bei der Leistung nach der Nr. 05370 zur Klarstellung der Ausschlüsse für diese Leistung.
- Das zum 1. 4. 2007 neu aufgenommene Kapitel 36 (Belegärzte) wird an zwei Stellen ergänzt. Zu den Konservativ-belegärztlichen Strukturpauschalen (36861, 36867) erfolgt eine Klarstellung der Nebeneinanderberechnungsausschlüsse. Für den belegärztlich-konservativen Bereich (36.6) wurde eine Regelung zur Erbringung von Leistungen nach den Nrn. 13251, 13255 und 13257 auch ohne Definitionsauftrag eingeführt.

Teil B vom 1. April 2007 bis zum 30. September 2007:

- Verlängert werden die Leistungen zur MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7) bis zum 30. September 2007, die bis zum 31. März 2007 befristet waren.

Teil C zum 1. Juli 2007:

- Aufgehoben wird der Berechnungsausschluss im Behandlungsfall zwischen den Leistungen nach den Nrn. 13310 (In-

⁹ Vgl. FN 1.

¹⁰ Vgl. dazu die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer „Ethikberatung in der klinischen Medizin“, Dtsch Arztebl 2006; 103: A 1703–7.

¹¹ Das OLG München hatte sich in einer Entscheidung vom 31. Januar 2002 (1 U 4705/98) mit den Voraussetzungen für einen Schmerzensgeldanspruch eines Zeugen Jehovas wegen einer Bluttransfusion gegen dessen Willen zu befassen. Das Gericht stellte u. a. fest: „Ein Arzt, der seinem Eid und Berufsethos verpflichtet, in dem Bemühen Kranke zu heilen und die Behandlung eines Menschen in Kenntnis einer Patientenverfügung übernimmt, ... wird damit nicht zu einem willenlosen Spielball dieser Verfügung, bar jeden Gewissens.“

BESONDERE SITUATIONEN

Patienten ohne eigene Willensfähigkeit

Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?

In welcher Hinsicht ist er/sie nicht willensfähig?

Wird die Willensunfähigkeit als zeitlich begrenzt oder dauerhaft angesehen?

Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der Willensfähigkeit?

Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen solange aufgeschoben werden?

Was weiß man über die Werte des Patienten?

Gibt es einen guten Vertreter der Interessen des Patienten?

Kinder

Wurde dem Kind ausreichend Gehör geschenkt?

Kann das Kind in Hinsicht auf die Behandlung selbst entscheiden?

Welche Behandlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten der Eltern?

Was bedeutet es für das Kind, falls der Auffassung der Eltern entsprochen bzw. gerade nicht entsprochen wird?

Lange andauernde Behandlung

In welchen Situationen muss das Vorgehen in der Pflege überdacht und eventuell verändert werden?

Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber Veränderungen des Vorgehens in der Pflege?

Falls Sie diese Methode anwenden wollen oder mehr Information darüber erhalten möchten, nehmen Sie bitte Kontakt auf mit:

Drs. Norbert Steinkamp

Dr. Bert Gordijn

Abteilung Ethik, Philosophie und Geschichte der Medizin

Universitär Medizinisches Zentrum Nimwegen

Geert Grooteplein 21

P.O. Box 9101

6500 HB Nijmegen, Niederlande

Tel.: 0031/ 24/ 3615320;

Fax: 0031/ 24/ 3540254

E-mail:

n.steinkamp@efg.kun.nl

b.gordijn@efg.kun.nl

NIMWEGENER METHODE

FÜR

ETHISCHE FALLBESPRECHUNG

Abteilung Ethik, Philosophie und Geschichte der Medizin
Universitär Medizinisches Zentrum Nimwegen

PROBLEM

Wie lautet das ethische Problem?

FAKTEN

Medizinische Gesichtspunkte

Wie lautet die Diagnose des Patienten und wie ist die Prognose?

Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden?

Hat diese Behandlung einen günstigen Effekt auf die Prognose? In welchem Maße?

Wie ist die Prognose, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird?

Welche Erfolgsaussicht hat die Behandlung?

Kann die Behandlung dem Patienten gesundheitlich schaden?

Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander?

Pflegerische Gesichtspunkte

Wie ist die pflegerische Situation des Patienten zu beschreiben?

Welcher Pflegeplan wird vorgeschlagen?

Inwieweit kann der Patient sich selbst versorgen? (Ist zusätzliche Unterstützung von außen verfügbar?)

Welche Vereinbarungen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?

Lebensanschauliche und soziale Dimension

Was ist über die Lebensanschauung des Patienten bekannt?

Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?

Wie sieht er selbst seine Krankheit?

Wie prägt die Weltanschauung des Patienten seine Einstellung gegenüber seiner Krankheit?

Hat er ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung?

Wie sieht das soziale Umfeld des Patienten aus?

Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf seine Angehörigen, seinen Lebensstil und seine soziale Position aus?

Übersteigen diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seiner Umgebung?

Wie können persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten gefördert werden?

Organisatorische Dimension

Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden?

BEWERTUNG

Wohlbefinden des Patienten

Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden des Patienten aus (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Verkürzung des Lebens, Angst, etc.)?

Autonomie des Patienten

Wurde der Patient umfassend informiert und hat er seine Situation verstanden?

Wie sieht der Patient selbst seine Krankheit?

Wurde der Patient bis dato ausreichend an der Beschlussfassung beteiligt?

Wie urteilt er über die Belastungen und den Nutzen der Behandlung?

Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant?

Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernden Maßnahmen und Intensivtherapie?

Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen?

Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden

Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Betreuenden, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll?

Kann dieser Konflikt gelöst werden durch die Auswahl einer bestimmten Versorgung?

Gab es genügend gemeinsame Beratung unter Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden?

Sind ihre Verantwortlichkeiten deutlich genug abgegrenzt worden?

Wie wird mit vertraulichen Informationen umgegangen (Konfidentialität)?

Ist der Patient der Wahrheit entsprechend über seine Situation in Kenntnis gesetzt worden (Aufrichtigkeit)?

Gibt es im Team Spannungen angesichts des Falles (Kollegialität)?

Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere Patienten zu verantworten (Gerechtigkeit)?

Müssen Interessen Dritter mitberücksichtigt werden?

Welches sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung?

BESCHLUSSFASSUNG

Wie lautet nun das ethische Problem?

Sind wichtige Fakten unbekannt? Kann dennoch ein verantwortlicher Beschluss gefasst werden?

Kann das Problem in Formulierungen miteinander im Konflikt stehender Werte übersetzt werden?

Gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma? Welche Handlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten des Patienten?

Welche weiteren Argumente spielen bei der Entscheidung eine Rolle?

Welche Handlungsweise verdient den Vorzug auf der Basis der genannten Argumente (Behandlung, Änderung der Pflege, Konsultation, Überweisung, Zuwarten etc.)?

Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Betroffenen ein? Welche Fragen bleiben unbeantwortet?

In welchen Fällen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

WIE KANN MAN DIE ENTSCHEIDUNG UND DIE AUSWERTUNG ZUSAMMENFASSEN?