FRANZISKA SCHERVIER ALTENHILFE

Leitfaden Ethik und Recht

Entscheidungen am Lebensende

Vorwort

So begleiten wir am Lebensende.

Die vollstationären Seniorenpflegeeinrichtungen der christlich-katholischen „Franziska Schervier“ Altenhilfe gem. GmbH sind Orte des Lebens und des mit dem Leben untrennbar verbundenen Sterbens. Viele Menschen gehen jährlich in der Obhut ihrer Angehörigen und Betreuer, ihrer Hausärzte und unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren Einrichtungen ihren letzten Weg. Bei der pflegerischen und medizinischen Versorgung am Lebensende ist jedoch nicht immer klar, welches Therapie- und welches Pflegeziel verfolgt werden soll: Ist es das Ziel, das Leben des Bewohners unter allen Umständen zu erhalten, oder ist es das Ziel, unter Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen seine Beschwerden soweit wie möglich zu lindern?

Diese Frage ist oftmals umso schwieriger zu beantworten, als zahlreiche Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr in der Lage sind, am Lebensende ihre Wünsche und Bedürfnisse, ihre Wertvorstellungen und ethischen Grundhaltungen, ihre Ängste und Nöte sowie ihre religiösen Glaubenshaltungen selbst zu kommunizieren. Und auch dann, wenn zuvor Verfügungen bezüglich der gewünschten oder der zu unterlassenden Therapie- und Pflegemaßnahme getroffen wurden, ist im konkreten Fall zu hinterfragen, ob und inwieweit die Patientenverfügung anzuwenden ist.

Solchermaßen zu treffende Entscheidungen am Lebensende des Menschen sind stets einzubetten in einen ethischen, medizinischen und nicht zuletzt auch rechtlichen Kontext. Die anstehenden Entscheidungen können und sollten bei krankheitsbedingt einwilligungsunfähigen Bewohnern im Interesse einer ausgewogenen und die Bedürfnisse und Interessen des Bewohners in den Mittelpunkt stellenden Entscheidung nur im Konsens zwischen Bevollmächtigten / Betreuern / Angehörigen und verantwortlichem Arzt herbeigeführt werden.

Der hier vorliegende Leitfaden soll eine Handreichung für diese Gruppe der Entscheidungsträger sein. Er hält ethisch bedenkenswerte und rechtlich relevante Entscheidungshilfen bereit und sieht vor, den Entscheidungsprozess – auf Wunsch der Entscheidungsträger – durch einen qualifizierten Koordinator unserer Einrichtung moderieren zu lassen. Damit verbinden wir die Hoffnung, dass die Einrichtungen unserer christlich-katholischen „Franziska Schervier“ Altenhilfe gem. GmbH für unsere Bewohnerinnen und Bewohner Orte humanen und von Gott geschenkten Lebens bleiben – auch am Lebensende.

Aachen, im Mai 2013

Dr. Klaus Herzberg
Geschäftsführung

Inhalt

Vorwort · So begleiten wir am Lebensende. **2**

Einführung · Wir geben Orientierungshilfe. **4**

Unsere Ziele · Was wir erreichen wollen. 6

Rechtliche und standesrechtliche Vorgaben · Was wir beachten müssen. **7**
Einwilligung in Heilbehandlungen 7
Patientenverfügungen 8
Entscheidungsfindung von Arzt und Betreuer / Bevollmächtigtem 9

Christliche Wertvorstellungen · Unser Leben ist Geschenk. **12**
Ablehnung der Tötung auf Verlangen 12
Ablehnung der Beihilfe zur Selbsttötung 12
Befürwortung des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen in der Sterbephase 12
Fragen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen vor der Sterbephase 13
Christlich-ethische Bewertung des Wachkomas 14
Fragen zum Verzicht bzw. zur Beendigung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr 15
Befürwortung der indirekten Sterbehilfe 16
Befürwortung der palliativen Sedierung 16
Bedeutung der psychosozialen und spirituellen bzw. seelsorglichen Begleitung 16

Koordinatoren · Wir bündeln Fragen und Antworten. **18**

Literatur · Verarbeitet, zitiert und weiterführend. **19**

Anlagen
Anlage 1: Ethische Fallbesprechung · Protokollbogen 22
Anlage 2: Informationen für den Not- und Sterbefall · Formular 24
Anlage 3: Unterstützende Maßnahmen · Prozess 26

Einführung

Wir geben Orientierungshilfe.

In der Begleitung, Betreuung und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner[1] unserer Einrichtungen kann es immer wieder zu Unsicherheiten und schwierigen Fragestellungen, mitunter auch zu Konflikten kommen. Bei der Suche nach einer Lösung sind u. a. ethische und rechtliche Kriterien von Bedeutung und zu beachten. Das gilt nicht zuletzt bei Problemen, die am Lebensende auftreten können.

Bei Konflikten in der Versorgung am Lebensende der Bewohner ist oft nicht klar, welches Therapieziel verfolgt werden soll. Ist es das Ziel der Behandlung, das Leben des Bewohners unter allen Umständen zu erhalten, oder ist es das Ziel, unter Verzicht auf weitere lebenserhaltende Maßnahmen seine Beschwerden soweit wie möglich zu lindern? Die Ursache für diesen Konflikt ist im medizinischen Fortschritt zu suchen, der in den letzten Jahrzehnten neben einer Fülle von bewunderns- und begrüßenswerten Errungenschaften auch neue Probleme geschaffen hat. Die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der evangelischen Kirchen in Deutschland stellen dazu in ihrer Handreichung zur „Christlichen Patientenvorsorge“ fest: „Die fortschreitende Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten wirft zunehmend Fragen auf, die sich früher so nicht gestellt haben: Ist die Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Lebenserhaltung in jeder Lebensphase gleichermaßen geboten? Oder sollen wir darauf verzichten, wenn die beabsichtigte Lebensverlängerung zu einer belastenden Sterbeverlängerung zu führen droht oder bereits geführt hat? Was ist besser: in der vertrauten Umgebung zu sterben, auch wenn dadurch nicht alle technisch-medizinischen Möglichkeiten jederzeit verfügbar sind und eine Lebensverkürzung die Folge sein kann, oder auf der Intensivstation so lange wie möglich zu leben? Solche Fragen lassen sich nicht immer generell beantworten. Dies mahnt auch zur Vorsicht, im Einzelfall nur eine einzige Handlungsweise als christlich geboten anzusehen. Letztlich muss die Entscheidung aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen heraus, von seinen Bedürfnissen her und in Übereinstimmung mit seinen Wünschen und Vorstellungen getroffen werden.“ [2]

In stationären Pflegeeinrichtungen sind die Mitarbeiter aller Fachbereiche – wenn auch mit unterschiedlicher Intensität – von solchen Entscheidungen betroffen und zum Wohle des Bewohners engagiert. Der vorliegende „Leitfaden für ethische und rechtsrelevante Entscheidungen am Lebensende“ möchte ihnen eine Orientierungshilfe sein und allen an einer notwendig gewordenen Entscheidung Beteiligten eine größere Handlungssicherheit ermöglichen. Er richtet sich deshalb an die Hausleitungen, die leitenden Mitarbeiter der Fachbereiche Pflege, Seelsorge und Sozialkultureller Dienst. Darüber hinaus kann er auch den Bewohnern und deren Angehörigen sowie den Betreuern bzw. Bevollmächtigten und den behandelnden Ärzten zur Information dienen.

Dieser Leitfaden stellt drei unterschiedliche Gruppen von Normen vor, die für die Entscheidungsträger von Bedeutung sein können:

- die Vorgaben des Gesetzes,
- das ärztliche Standesrecht und
- christliche Wertvorstellungen.

Als stationäre Pflegeeinrichtung in kirchlicher Trägerschaft arbeiten wir „auf dem Fundament des christlichen Menschenbildes“[3], wie das Leitbild der Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH klarstellt. Wir sind als Christen davon überzeugt, dass der Mensch als Geschöpf Gottes sein Leben nicht in der Hand hat: „Ob wir leben oder ob wir sterben,

Betroffen sind nicht nur der Sterbende, sondern auch die Angehörigen. Das können die Familie ebenso sein wie auch Freunde.

wir gehören dem Herrn“, schreibt der Apostel Paulus an die Gemeinde in Rom (14,8). Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschwürde geschützt. Das Leben ist ein Geschenk Gottes, das wir trotz Leid und Tod annehmen und gestalten sollen. Es ist uns nicht frei verfügbar. Deshalb ist das Abwarten des Todes und das Erkennen der Zeit, die Gott dem Menschenleben gesetzt hat, die einem Christen angemessene Haltung. Und deshalb ist das Leben auch grundsätzlich geschützt. In Übereinstimmung damit stellt unser „Leitbild“ fest: „Wir achten und schützen menschliches Leben bis zum Tod.“[4)]

Dieser Leitfaden will einen Weg aufzeigen zwischen unzumutbarer Lebensverlängerung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung. Er beansprucht nicht, alle am Lebensende möglichen bzw. bedeutsamen ethischen und rechtlichen Probleme und Konfliktfälle in den Blick zu nehmen. Im Vordergrund stehen vielmehr die jederzeit möglichen, immer wieder auftretenden und oft für alle Beteiligten bedrängenden Fragestellungen, v. a. die Frage nach den ethischen und rechtlichen Implikationen

- des Verzichts auf lebensverlängernde Behandlungen
- der Therapiezieländerung
- des Einsatzes bzw. der Fortführung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
- der indirekten Sterbehilfe und
- der palliativen Sedierung.

Der Leitfaden ist bei der Beratung bzw. Moderation eines konkreten Konfliktfalls als Grundlagentext einzusetzen, z. B.

- wenn sich der Behandlungswunsch des Bewohners und die medizinische Indikation widersprechen
- wenn der Behandlungswunsch des Bewohners im Widerspruch zum Ethos der Pflegenden bzw. zu den moralischen Werten der Angehörigen steht
- wenn der vormals geäußerte Wille des Bewohners in Widerspruch steht zu seinem aktuellen persönlichen Wohl
- wenn sich die an der Entscheidung Beteiligten nicht einigen können.

Die Moderation eines konkreten Konfliktfalles geschieht durch einen in jeder Einrichtung von der Hausleitung zu beauftragenden und gezielt zu qualifizierenden „Koordinator für ethische Fragen am Lebensende“.

Unsere Ziele

Was wir erreichen wollen.

Wer frühzeitig seinen Willen formuliert hat, kann sich in seiner letzten Lebensphase vertrauensvoll begleiten lassen.

Der Leitfaden hat folgende Ziele:

- Minimierung des Leidens im Sterbeprozess, z. B. durch Vermeidung von Übertherapie
- Unterstützung des einwilligungsfähigen Bewohners bei der Entscheidungs-findung
- Schutz des Willens und des Interesses des nicht einwilligungsfähigen Bewohners
- Förderung des Dialogs unter allen Beteiligten zur Findung gemeinsam getragener Entscheidungen
- Information, Entlastung und Vergewisserung der Angehörigen
- verlässliches Vorgehen der Mitarbeiter im Umgang mit Patientenverfügungen, in Akutsituationen, bei Krankenhauseinweisungen, bei Anfragen von und Diskussionen mit Angehörigen
- Minimierung des Aufwands bei der Suche nach einer Lösung
- Beschleunigung bei der Entscheidungsfindung
- Unterstützung des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten
- Unterstützung des behandelnden Arztes
- Entlastung des Vormundschaftsgerichts.

Rechtliche und standesrechtliche Vorgaben

Was wir beachten müssen.

Einwilligung in Heilbehandlungen

Jede Heilbehandlung kann prinzipiell nur auf Grundlage einer Einwilligung des Bewohners vorgenommen werden, sonst wäre der ärztliche Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten eine Körperverletzung. Der Bewohner hat grundsätzlich das Recht auf eine angemessene Aufklärung seitens des Arztes. Nur wenn er angemessen aufgeklärt worden ist, kann er eine Entscheidung treffen, die seinem Willen entspricht. Er hat allerdings auch das Recht, auf eine Aufklärung zu verzichten. Ein einwilligungsfähiger Bewohner hat zudem grundsätzlich das Recht, eine lebenserhaltende Behandlung abzulehnen, auch wenn sie aus ärztlicher Sicht indiziert ist und das Abbruchverlangen unvernünftig scheint. Nach den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ soll ein Arzt aber „Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken“[5]. Ein einwilligungsfähiger Bewohner hat des weiteren grundsätzlich das Recht, seine einmal erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ein Bewohner ist einwilligungsfähig, „wenn er die nötige geistige Fähigkeit besitzt, um Folgen und Tragweiten einer medizinischen Behandlung geistig zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen (sog. Einsichts- und Steuerungsfähigkeit)“[6]. Ein Bewohner ist nicht einwilligungsfähig, wenn mindestens eine der fünf folgenden Fähigkeiten gestört ist:
„Wenn er
(1) entscheidungsrelevante Sachverhalte nicht verstehen kann,
(2) Folgen und Risiken der verschiedenen Handlungsalternativen nicht in Beziehung zu seiner individuellen Situation setzen kann,
(3) diese Handlungsalternativen nicht im Lichte seines Wertesystems bewerten kann,
(4) daraus keinen Willensentschluss ableiten kann oder
(5) diesen nicht kommunizieren kann.“[7]

Die Einwilligungsfähigkeit muss vom Arzt festgestellt werden.

Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit sind nicht identisch: „Ein nicht geschäftsfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Patient kann sehr wohl im Hinblick auf eine bestimmte Behandlungsentscheidung einwilligungsfähig sein. Auch (...) psychisch Kranke können, wenn sie die oben genannte Definition erfüllen, einwilligungsfähig sein.“[8] Deshalb sei bei Bewohnern mit psychischen Störungen oder Bewohnern mit einer Demenz die Einwilligungsfähigkeit im Einzelfall zu prüfen.[9] Hat ein Bewohner seine „Einwilligungsfähigkeit vorübergehend oder für immer verloren, muss ein rechtlicher Vertreter entscheiden und sich dabei nach dem verfügten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen richten. Dabei sind die aktuellen Wünsche und Verhaltensäußerungen zu berücksichtigen“[10]. Rechtliche Stellvertreter des Erkrankten können Betreuer oder Bevollmächtigte sein.

Der Wunsch, eine bereits eingeleitete lebensverlängernde Behandlung zu beenden, wird rechtlich und ethisch wie der Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen bewertet. Passivwerden durch Abbruch ist wie Passivbleiben durch Nichtbeginnen: „Da jede medizinische Behandlung fortwährend einer Rechtfertigung bedarf, ist die Einwilligung des Patienten oder eine alternative Rechtfertigung zu jedem Zeitpunkt der Behandlung eine notwendige Voraussetzung, nicht nur zu Beginn. Allerdings ist es für die Behandelnden und Angehörigen oft psychologisch schwieriger, eine laufende

Behandlung abzubrechen als eine neue Behandlung zu unterlassen. Auch besteht häufig eine Unsicherheit, ob es sich bei dem Abschalten eines Beatmungsgerätes oder dem Entfernen einer Magensonde nicht um ein aktives Tun handelt und somit um eine strafbare Tötung. Dem ist nicht so: Das Zurücknehmen einer Therapie ist im rechtlichen Verständnis eine Unterlassung, selbst wenn es mit aktiven Tätigkeiten und Körperbewegungen verbunden ist. Selbstverständlich kann man sich auch durch eine Unterlassung strafbar machen. Diese Gefahr besteht jedoch nicht, wenn die Unterlassung dem Willen des Patienten entspricht oder die medizinische Indikation für eine Therapie wegfällt.“[11)]

Patientenverfügungen

Ein Einwilligungsfähiger kann mittels einer Patientenverfügung erklären, dass er im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit in bestimmte Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztlich Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.[12)] Laut „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ muss sie „daher konkrete Festlegungen über bestimmte beschriebene Situationen enthalten“[13)]. Patientenverfügungen können aber nicht bestimmte Behandlungen zwingend einfordern, „da dies der Berufsfreiheit, den Aufgaben und der Verantwortung der Ärzte und anderer Berufsgruppen widerspricht“[14)]. Sie können auch nicht gesetzeswidrige Handlungen verlangen (z.B. das Töten auf Verlangen).

Die Voraussetzungen, die Bindungswirkung und die Reichweite von Patientenverfügungen regelt seit dem 1. September 2009 das „Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ (3. BetrRÄG, §§ 1901a ff BGB).

Demnach:

- müssen Patientenverfügungen schriftlich vorliegen und eigenhändig von einem einwilligungsfähigen Volljährigen unterschrieben sein.[15)] Eine notarielle Beurkundung ist genauso wenig erforderlich wie eine regelmäßige Aktualisierung.
- gelten Patientenverfügungen „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“[16)], also nicht nur im Sterbeprozess, sondern in allen Situationen der Entscheidungs- und Kommunikationsunfähigkeit – z.B. auch bei Demenz oder im vegetativen Zustand (d.i. Wachkoma).
- kann niemand „zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden.“[17)] Pflegeheime oder Krankenhäuser dürfen also von ihren Kunden eine Patientenverfügung nicht einfordern.
- sind die in der Patientenverfügung dargelegten Entscheidungen über bestimmte medizinische Behandlungen und Untersuchungen unmittelbar verbindlich und müssen von Betreuern bzw. Bevollmächtigten und Ärzten umgesetzt werden, wenn die in der Verfügung benannte Behandlungs- bzw. Lebenssituation eintritt. Trifft die Patientenverfügung eindeutig auf die aktuelle klinische Situation zu, ist der Betreuer bzw. Bevollmächtigte verpflichtet, diesen Patientenwillen gegenüber Arzt, Pflegepersonal und Einrichtung durchzusetzen.

Ein in einer Patientenverfügung angeordneter Behandlungsverzicht bleibt jederzeit formlos widerrufbar, auch wenn der Bewohner nicht mehr geschäftsfähig ist oder sich nicht mehr verbal äußern kann. Der Widerruf ist nicht an eine besondere Form gebunden

Es gibt verschiedene Vordrucke und Anleitungen, um den eigenen Willen zur Bevollmächtigung und Verfügung festzulegen. Auch die Kirchen haben Vorlagen entwickelt.

und jederzeit mündlich oder nonverbal durch Gesten, Zeichen, Laute oder durch körperliches Verhalten wie Mund zupressen, Magensonde herausziehen etc. (sogenannte natürliche Willensäußerungen) möglich. Allerdings kann die Deutung von körpersprachlichen Äußerungen eines Bewohners schwierig sein, der sich verbal nicht mehr verständlich machen kann: Es muss immer versucht werden, diese körpersprachlichen Äußerungen richtig zu verstehen, aber sie sind nicht immer als unmittelbare Willensbekundung interpretierbar.[18] Im Zweifelsfall ist eine medizinisch indizierte Behandlung fortzusetzen.

Wenn eine medizinische Untersuchung oder Behandlung bei einem einwilligungsunfähigen Bewohner erwogen wird und eine Patientenverfügung vorliegt, prüfen in der Regel Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter (unter Einbeziehung von nahen Angehörigen bzw. anderen Vertrauenspersonen – wenn es ohne Verzögerung möglich ist), ob

- diese gültig ist
- sie eindeutig ist
- sie auf die konkrete aktuelle Behandlungs- bzw. Entscheidungssituation zutrifft
- kein Widerruf vorliegt und
- sie keine verbotenen Inhalte hat.

Entscheidungsfindung von Arzt und Betreuer / Bevollmächtigtem

Passt die Patientenverfügung nicht eindeutig auf die aktuelle Situation oder ist die Patientenverfügung unklar bzw. zu unbestimmt oder liegt keine Patientenverfügung vor, müssen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter gemeinsam zu einer Entscheidung kommen. Dabei hat zunächst der Arzt gemäß dem Stand der Wissenschaft die Indikation für eine konkrete therapeutische Maßnahme zu beurteilen, d.h. zu prüfen „welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist“[19].

Die Indikation „berücksichtigt die Notwendigkeit und Wirksamkeit einer Behandlung im Hinblick auf das angestrebte Therapieziel und das Verhältnis von Nutzen und Nachteil für den individuellen Patienten“[20]. Therapieziele können z.B. sein: Heilung, Lebensverlängerung oder Erhaltung der Lebensqualität (z.B. durch Linderung) und sind vom Arzt dialogisch zu ermitteln. Steht das Therapieziel fest, hat der Arzt zu entscheiden, ob das angestrebte Ziel mit einer realistischen Wahrscheinlichkeit zu erreichen ist: „Die Indikation ist nicht gegeben, wenn eine Behandlung nach medizinischem Wissen und Erfahrung wirkungslos ist, oder die Nachteile für den Patienten im Vergleich zum möglichen Nutzen unverhältnismäßig hoch sind. Die Indikation ist fraglich, wenn ihre Wirksamkeit unsicher, schwer abschätzbar oder das Verhältnis von Nutzen und Nachteil durch die Maßnahme unklar ist. Die Indikation ist gegeben, wenn die Maßnahme mit einem günstigen Verhältnis von Nutzen und Nachteilen hilft, dem Therapieziel des Patienten näher zu kommen.“[21]

Wenn die Indikation der medizinischen Maßnahme bejaht bzw. mit ausreichender Wahrscheinlichkeit angenommen werden

Wir können nur schwer im voraus festlegen, wie wir in unserer letzten Lebensphase behandelt werden wollen. Eine Korrektur unserer Entscheidungen ist jederzeit möglich.

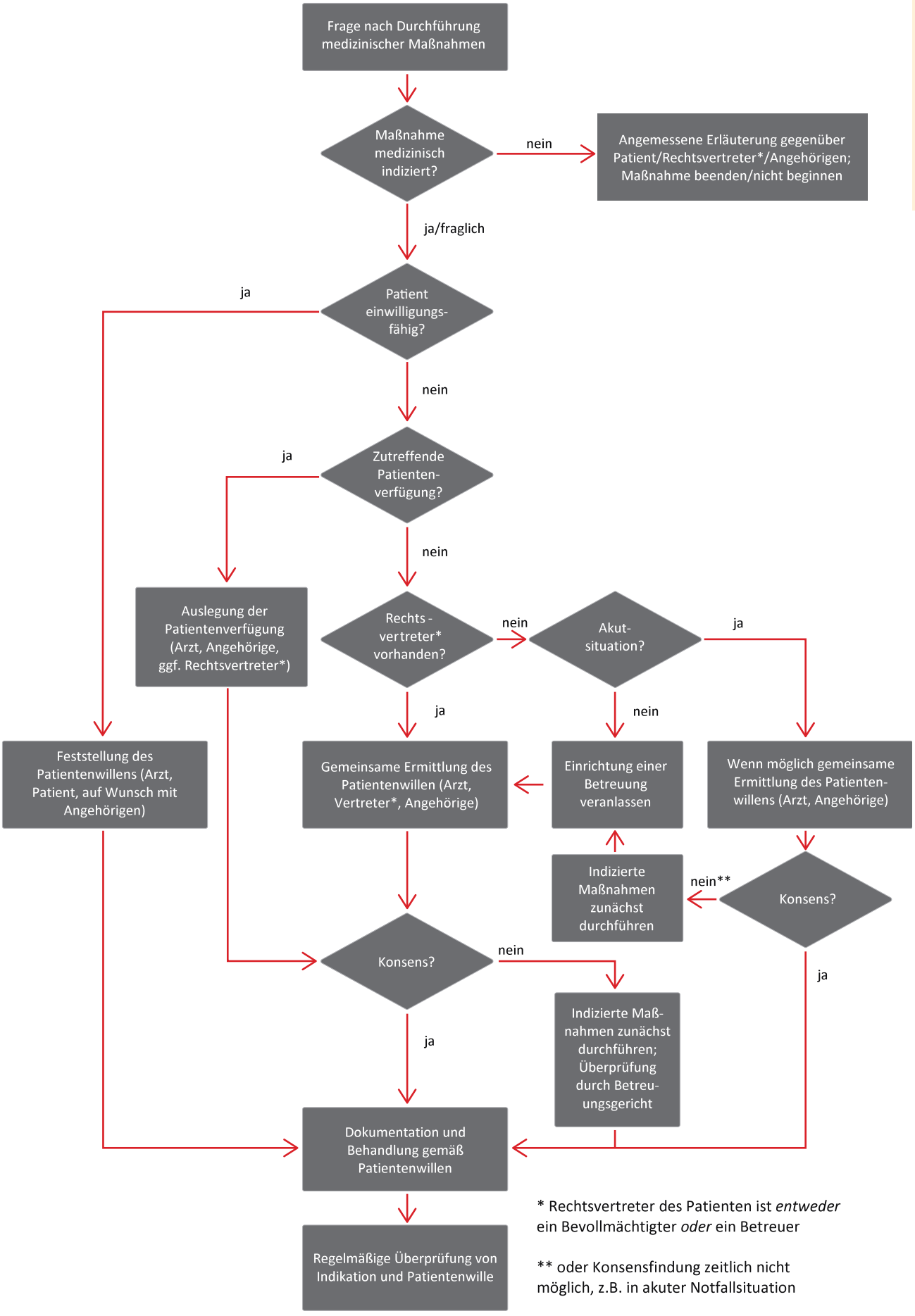
kann, hat der Betreuer bzw. Bevollmächtigte „die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen“[22] des Bewohners anhand „konkreter Anhaltspunkte“[23], etwa „früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen, ethischer oder religiöser Überzeugungen und sonstiger persönlicher Wertvorstellungen“[24], zu ermitteln. „Behandlungswünsche sind konkrete mündliche Äußerungen in Bezug auf medizinische Maßnahmen. Unter dem mutmaßlichen Willen versteht man den Willen, den ein Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt äußern würde, wenn er dazu in der Lage wäre.“[25] Bei der Ermittlung der Behandlungswünsche bzw. des mutmaßlichen Willens sind auch „nahe Angehörigen bzw. andere Vertrauenspersonen“[26] mit einzubeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist; zu letzteren können auch Pflegende gehören. Eine Entscheidung über die anstehende Maßnahme ist dann in einem dialogischen Prozess zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem zu treffen. Lässt sich der mutmaßliche Wille eines Bewohners nicht ermitteln, ist die medizinisch indizierte Maßnahme zum Wohle des Bewohners durchzuführen (mit Vorrang des Lebensschutzes).

Wenn sich Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter darüber einigen, welches Vorgehen dem Patientenwillen entspricht, ist das Betreuungsgericht nicht einzuschalten. „Das Betreuungsgericht muss zwar grundsätzlich die Entscheidung eines Betreuers oder Bevollmächtigten genehmigen, wenn die Gefahr besteht, dass der Patient auf Grund der ärztlichen Maßnahme oder der Unterlassung einer ärztlichen Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden nimmt (§ 1904 BGB).[27] Die Pflicht, eine richterliche Genehmigung einzuholen, entfällt aber immer dann, wenn zwischen Arzt und rechtlichem Vertreter Einvernehmen besteht, dass die Entscheidung über eine Behandlung dem Patientenwillen entspricht (§ 1904 Abs. 4 BGB). Damit ist die gerichtliche Prüfung auf die seltenen Fälle beschränkt, in denen Arzt und rechtlicher Vertreter sich nicht einigen können, ob eine indizierte Behandlung vom Patienten gewollt ist oder nicht.“[28]

Zu Notfallsituationen stellen die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ fest: „In Notfallsituationen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, ist die medizinische indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist.“[29] Im weiteren Verlauf sei dann zu klären, ob die eingeleitete Maßnahme weiterhin indiziert ist und vom Patientenwillen getragen wird. Dazu sei ein Patientenvertreter sobald wie möglich einzubeziehen.

Die Entscheidungsfindung kann also die Verläufe nehmen, die in nachstehender Abbildung aufgezeigt werden:[30]

Der Prozess der Entscheidungsfindung



* Rechtsvertreter des Patienten ist *entweder* ein Bevollmächtigter *oder* ein Betreuer

** oder Konsensfindung zeitlich nicht möglich, z.B. in akuter Notfallsituation

Christliche Wertvorstellungen

Unser Leben ist Geschenk.

Die christlichen Werte im Blick auf Fragestellungen am Lebensende beruhen auf dem in der Einführung skizzierten christlichen Menschenbild: Das Leben ist ein Geschenk Gottes an uns Menschen; es ist uns nicht frei verfügbar. Aus diesen christlichen Wertvorstellungen leiten sich folgende Positionen ab:

Ablehnung der „Tötung auf Verlangen“

„Tötung auf Verlangen“ meint die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen Wunsch hin, z. B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (z. B. Tablette, Spritze, Infusion). Sie ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt. Sie ist auch mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar. „Tötung auf Verlangen“ lehnen wir deshalb prinzipiell ab, wie auch der „Leitfaden für die Sterbebegleitung und zur Verabschiedung verstorbener Bewohnerinnen und Bewohner“ der Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH betont.[31)]

Ablehnung der Beihilfe zur Selbsttötung

Unter Beihilfe zur Selbsttötung versteht man die Unterstützung eines Menschen bei der Durchführung seiner Selbsttötung. Diese kann durch die Beschaffung tödlich wirkender Mittel erfolgen oder auch durch die Anleitung zu ihrer Handhabung. Die Beihilfe zum Suizid ist (wie der Suizidversuch selbst) nach deutschem Recht nicht strafbar und wird in manchen Ländern von sogenannten Sterbehilfe-Organisationen praktiziert. Sie ist ethisch äußerst fragwürdig. Wer Beihilfe leistet, akzeptiert im konkreten Fall den Suizid, er bejaht die Motivation und die Gründe. Insofern erstreckt sich die Verantwortung der Beihilfe nicht bloß auf die Bereitstellung des Mittels, sondern auch auf die voraussehbare Folge, d. h. die Tötungshandlung selbst. Wer das Mittel zur Verfügung stellt, trägt Mitverantwortung an dem Suizid. Mittelbare oder unmittelbare Beihilfe zum Suizid – sowohl durch unsere Mitarbeiter als durch Dritte – wird daher von uns aus ethischer Sicht prinzipiell abgelehnt, wie auch der „Leitfaden für die Sterbebegleitung und zur Verabschiedung verstorbener Bewohnerinnen und Bewohner“ der Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH betont[32)]. Sie ist mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar.

Befürwortung des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen in der Sterbephase

Der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen in der Sterbephase steht hingegen in Übereinstimmung mit christlich-ethischen Grundüberzeugungen, wenn diese Maßnahmen „lediglich den Todeseintritt verzögern und sich die Krankheit in ihrem zum Tode führenden Verlauf nicht mehr aufhalten lässt“[33)]: Ein solcher Verzicht zielt auf ein menschenwürdiges Sterbenlassen, insbesondere dadurch, dass eine lebensverlängernde Behandlung bei einem unheilbar kranken Menschen, der sich im Sterben befindet, nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen wird. Er setzt das Einverständnis des sterbenden Menschen voraus und ist rechtlich und ethisch zulässig.

Zu lebensverlängernden Behandlungen zählen z. B. die Wiederbelebung, künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, künstliche Beatmung, künstliche Blutwäsche, Gabe von Antibiotika, Gabe von Blut usw.[34)] Eine ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht laut den „Grundsätzen der Bundes-

Um den eigenen Willen formulieren zu können, sind verschiedene Gespräche sicherlich hilfreich. Das kann mit dem Hausarzt sein oder auch mit der Familie.

ärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ nicht unter allen Umständen: „Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund (...) Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden.“[35)]

Nach den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ ist auch bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungszieles dem Willen des Patienten entspricht.[36)]

Fragen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen vor der Sterbephase

Das „Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“[37)] besagt, dass Behandlungswünschen und Patientenverfügungen unabhängig von Art oder Stadium der Erkrankung bindende Wirkung zukommt.[38)] Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung weisen deshalb darauf hin, dass über die Sterbephase hinaus „das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden darf, wenn dies dem Willen des Patienten – entspricht“[39)].

Nach Ansicht der christlichen Kirchen Deutschlands können aber ethische Probleme entstehen, „wenn der Sterbeprozess oder das Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit noch nicht begonnen hat und eine lebenserhaltende medizinische Maßnahme nicht durchgeführt oder beendet wird, weil der Patient seine Einwilligung in die medizinische Maßnahme nicht erteilt oder widerrufen hat“[40)]. Die Handreichung zur Christlichen Patientenvorsorge nennt in diesem Zusammenhang Beispiele für Krankheiten, bei denen die Sterbephase – medizinisch betrachtet – noch weit entfernt ist: unfallbedingte Querschnittslähmung, anhaltende schwere Schmerzzustände, das so genannte Wachkoma und Demenz.[41)] Die Handreichung zur Christlichen Patientenvorsorge stellt fest:

a) „Das Gesetz sieht keine Reichweitenbegrenzung vor. Der Diskussionsbeitrag der Kirchen sollte sich deshalb auf die ethische Frage konzentrieren, ob man die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten in Anspruch nimmt oder aus guten Gründen darauf verzichtet.
b) Die Krankheitszustände und -diagnosen sind gerade zum Lebensende hin von sehr komplexer Natur. Entsprechend

Eine Patientenverfügung ist hilfreich, wenn keine verbale Kommunikation möglich ist.

geht es im Blick auf sie um besonders schwierige und höchst individuelle Entscheidungen. Um unter diesen schwierigen Bedingungen zu einer moralisch überzeugenden Urteilsbildung gelangen zu können, müssen allgemeine Regelungen und Ratschläge daher immer auch auf den konkreten Einzelfall angewendet werden." [42)]

Letztlich hat der Patient seine Entscheidung in Kenntnis der ethisch-moralischen Implikationen auf der Grundlage des geltenden Rechts autonom zu treffen.

Christlich-ethische Bewertung des Wachkomas

Ausgangspunkt für eine ethische Bewertung des Wachkomas ist für die Handreichung zur Christlichen Patientenvorsorge die Feststellung: „Menschen im so genannten Wachkoma sind keine Sterbenden."[43)] Ein Wachkoma kann sich über Jahre hinziehen, bis der Patient vielleicht an einer anderen, akuten Ursache stirbt. Eine ethische Pflicht dieses Patienten, eine auftretende akute Zweiterkrankung behandeln zu lassen, kann schwerlich geltend gemacht werden. Eine Basisbetreuung, zu der u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen (der Gefühle) von Hunger und Durst gehören, ist jedoch aufrecht zu halten.[44)]

Bei Verwendung des Formulars der Christlichen Patientenvorsorge kann der Patient dann Vorsorge für zwei verschiedene Situationen treffen: Er kann auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichten,

a) nur dann, wenn bei dem Wachkoma-Patienten eine Situation gegeben ist, in der der Tod in absehbarer Zeit eintritt bzw. eine akute Zweiterkrankung hinzukommt,
b) entweder wenn bei dem Wachkoma-Patienten eine Situation gegeben ist, in der der Tod in absehbarer Zeit eintritt bzw. eine akute Zweiterkrankung hinzukommt, oder wenn das Wachkoma über einen bestimmten, individuell festzulegenden Zeitraum hin besteht.[45)]

Die katholische Kirche stellt dazu fest, dass aus ihrer Sicht die erste Alternative dringend angeraten sei. Gleichwohl gilt auch hier das gesetzlich verbriefte Recht auf Selbstbestimmung des Patienten.

Fragen zum Verzicht bzw. zur Beendigung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, die z. B. über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke (so genannte PEG-Sonde) oder intravenös vorgenommen werden können, gehören zu den häufigsten lebensverlängernden Maßnahmen für Bewohner von stationären

Pflegeeinrichtungen. Für demenziell Erkrankte in frühen und mittleren Krankheitsstadien etwa empfiehlt die Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) eine Ernährung über Sonde.[46] Dagegen müsse bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz die Entscheidung für Sondenernährung eine Einzelfallentscheidung bleiben. Und für final Demenzkranke (irreversibel erkrankt, immobil, kommunikationsunfähig, vollständig pflegeabhängig, ohne körperliche Reserven) empfiehlt sie Sondennahrung nicht.

Für Sterbende kann nämlich Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr „eine schwere Belastung" darstellen, wie die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" feststellen.[47] Deshalb gehörten sie nicht immer zur Basisbetreuung Sterbender – jedoch müssten immer (als Basisbetreuung) „Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden"[48]. Diese Ansicht befindet sich auch in Übereinstimmung mit der christlich-ethischen Grundüberzeugung.

Für die Situation *vor* der Sterbephase sind dagegen unterschiedliche Positionen festzustellen. Juristisch und in der medizinischen Wissenschaft und Praxis gelten künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als therapeutische Maßnahmen, in die Patienten einwilligen müssen. Deshalb ist es nach dem Recht möglich, dass ein Patient in seiner Verfügung auch für die Zeit *vor* der Sterbephase auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verzichtet.

Angesichts der christlichen Grundüberzeugung, dass alles Leben von Gott geschenkt ist, stellt die Handreichung zur Christlichen Patientenvorsorge dazu fest: „Ungeachtet der rechtlichen Möglichkeiten, lebensverlängernde Maßnahmen wie z.B. die Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit abzulehnen, bleibt ihre Bereithaltung in dem Maße ethisch geboten, wie sie sich als medizinisch angezeigt und wirksam erweisen, um das Leben zu erhalten oder die Gesundheit wiederherzustellen. Die konkreten Entscheidungen über Anwendung oder Nichtanwendung bestimmter Maßnahmen müssen so getroffen werden, dass sie in der Perspektive des Ziels, nämlich des menschenwürdigen Sterbens, erwogen und gewichtet werden. Eine Vorsorgeverfügung kann sich daher sinnvollerweise nicht auf isolierte Entscheidungen über den Einsatz oder Nichteinsatz bestimmter Maßnahmen beziehen, sondern nur auf den Zusammenhang von Maßnahmen und Zielen."[49] Letztlich hat auch hier der Patient seine Entscheidung in Kenntnis der ethisch-moralischen Implikationen auf der Grundlage des geltenden Rechts autonom zu treffen.

Befürwortung der indirekten Sterbehilfe

Mit indirekter Sterbehilfe wird eine fachgerechte medikamentöse Behandlung bezeichnet, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung den Eintritt des Todes beschleunigt. Die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe bedeutet, dass es eine objektive Obergrenze für die Gabe von Schmerzmitteln nicht gibt, sondern dass jede für die Schmerzbekämpfung erforderliche Dosis unabhängig davon erlaubt ist, ob wegen der Höhe der Dosierung eine das Leben möglicherweise verkürzende Wirkung in Kauf genommen werden muss. Die Bundesärztekammer sagt dazu: „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidliche Lebensverkürzung hingenommen werden darf."[50] Auch die christlichen Kirchen

Deutschlands schließen sich in ihrer Handreichung zur Christlichen Patientenvorsorge dieser Meinung an.[51)]

Die Gefahr der indirekten Sterbehilfe ist aus medizinischer Sicht aber ohnehin umstritten. So wird die Behauptung, dass eine fachgerechte Schmerztherapie mit Morphin- oder morphinähnlichen Medikamenten bei sterbenden Patienten zu einer Lebensverkürzung führe, mit dem Hinweis zurückgewiesen, dass schmerzlindernde Mittel, insbesondere Opiate, den Tod des Patienten nur dann beschleunigen, wenn die angewandte Dosierung zu hoch gewählt wird.[52)]

Befürwortung der palliativen Sedierung

Mit palliativer Sedierung wird die Einschränkung der Wahrnehmung von starken Schmerzen oder belastenden Symptomen am Lebensende durch bewusstseinsdämpfende Medikamente bezeichnet, wenn alle sonstigen palliativ-medizinischen Möglichkeiten versagen. Ggf. müssen Medikamente so hoch dosiert werden, dass der Patient (zeitweilig) das Bewusstsein verliert. Die palliative Sedierung zielt darauf, dem Sterbenden unerträgliche Schmerzen, Unruhe etc. zu nehmen.

In der Handreichung zur Christlichen Patientenvorsorge heißt es, Schmerz - therapie und Palliativmedizin sollen neben Hospizarbeit, Seelsorge etc. die Voraussetzung schaffen, auch die letzte Lebensstrecke in Würde leben zu können.[53)] Das Bereitwerden zum Sterben könne durch starke Schmerzen und quälende körperliche Symptome erschwert werden – allerdings auch durch massive medikamentöse Dämpfung. Das Formular der Christlichen Patientenvorsorge bietet die Möglichkeit, eine Bewusstseinsdämpfung durch Medikamente ggf. in Kauf nehmen zu wollen.[54)]

Bedeutung der psychosozialen und spirituellen bzw. seelsorglichen Begleitung

Die intensive Einbeziehung psychosozialer und spiritueller Aspekte der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und ihren Angehörigen durch die Palliativmedizin ist wichtig. Die (ehrenamtlichen) Mitarbeiter der Hospizbewegung z. B. helfen, psychologischen, sozialen und seelsorglichen sowie spirituellen Bedürfnissen angemessen Rechnung zu tragen. Deshalb unterstützen die Einrichtungen der Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH das Wirken von ehrenamtlichen Hospizhelfern in ihren Häusern (von ehrenamtlichen Mitarbeitern des Hauses oder eines externen Hospizdienstes). Auch seelsorglicher Beistand stellt für viele Kranke eine große Hilfe dar, die schwere Lebenssituation besser zu verstehen. Deshalb bieten die Einrichtungen der Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH ihren Bewohnern und Angehörigen in den oft schweren Stunden der Krankheit und des Sterbens auch seelsorgliche Begleitung an.

Zu uns kommen nicht zuletzt auch Christen, die bewusst in einer kirchlichen Einrichtung ihr Lebensende erleben und christlich sterben wollen; sie glauben an die Auferstehung der Toten und das Ewige Leben, sie schöpfen aus diesem Glauben Mut und Hoffnung und vermögen daraus ihre Ängste zu meistern. Es ist die Aufgabe aller an den genannten Entscheidungen Beteiligter, diesen Glauben der Bewohner wahrzunehmen und zu respektieren und in ihre Entscheidung mit eingehen zu lassen. Deshalb ist sicherzustellen, dass alle, die dies wünschen, und alle, aus deren bisherigen

Seelsorge ist für uns ein wichtiges Element der Sterbebegleitung. Das schließt die Sakramente mit ein. Wir legen großen Wert auf die Offenheit des Angebotes, zumal in unseren Häusern Menschen mit verschiedenen Konfessionen oder anderen Religionen betreut werden.

Lebensgeschichte zu schließen ist, dass sie dies wünschen, in unseren Einrichtungen im Sterbeprozess auch den Beistand der Seelsorger erfahren. Dieser Beistand beinhaltet Gespräch, Gebet, Zuspruch und das Angebot der Nähe Gottes im Sakrament des Abendmahls bzw. in den Sakramenten der Buße, Eucharistie und Krankensalbung. Das bedeutet, dass neben dem hier vorliegenden „Leitfaden für ethische und rechtsrelevante Entscheidungen am Lebensende“ immer auch der „Leitfaden zur Sterbebegleitung und zur Verabschiedung verstorbener Bewohnerinnen und Bewohner“ zu Rate zu ziehen ist. Auch für Bewohner, die während ihrer Zeit in der Einrichtung und/oder in ihrer Biographie keine ausdrückliche Nähe zum christlichen Glauben gezeigt haben, kann es durchaus hilfreich sein, im Sinne der palliativ-medizinischen Einbeziehung psychosozialer und spiritueller Aspekte der Krankheitsverarbeitung und des Sterbeprozesses einen Kontakt zu Seelsorgern herzustellen bzw. die Formen des seelsorglichen Beistandes zur Verfügung zu stellen bzw. zu vermitteln.

Koordinatoren

Wir bündeln Fragen und Antworten.

Bei schwierigen ethischen Problemen bietet in der Regel auf Anfrage des Wohnbereichs der Koordinator für ethische Fragen eine methodisch strukturierte Unterstützung bei der Entscheidungsfindung an. Ziel seiner Koordination ist die qualitative Verbesserung von ethischen Entscheidungsprozessen und damit die Förderung von ethisch begründeten Konfliktlösungen sowie die Unterstützung bei der Entwicklung von Konsensen. Zu den Aufgaben des Koordinators für ethische Fragen am Lebensende können gehören:

- Identifikation und Analyse ethischer Fragen
- Abwägung und Anwendung ethischer Prinzipien im Einzelfall
- Interpretation von rechtlichen Rahmenbedingungen und/oder Ethik-Richtlinien
- Erläuterung ethischer Begriffe und Konzepte
- Vermittlung bei Konflikten
- Unterstützung der Beteiligten
- Hilfestellung bei der Klärung der die Beteiligten leitenden Werte
- Dokumentation und Evaluation der Ergebnisse.

Der Koordinator für ethische Fragen am Lebensende

- formuliert niemals Handlungsanweisungen, sondern spricht lediglich Empfehlungen aus, die als ethische Orientierungs- und Entscheidungshilfen dienen können (die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis von Betreuern und Ärzten bleiben dabei unberührt)
- versucht, alle von dem ethischen Problem Betroffenen in geeigneter Weise in den Prozess der Entscheidungsfindung einzubeziehen, wobei Form und Zeitpunkt unterschiedlich sein können
- kann Fallbesprechungen moderieren und Einzelgespräche führen
- verpflichtet alle Beteiligten auf Verschwiegenheit
- benennt und erläutert den Anfragenden, sofern sie dies nicht ablehnen, die von den christlichen Kirchen formulierten Wertepositionen und legt ggf. seine eigene ethische Position offen. Zu den unterschiedlichen Wert- und Sinnentwürfen der Anfragenden verhält er sich grundsätzlich neutral und wertschätzend.

Die fortlaufende Dokumentation des Entscheidungsprozesses erfolgt durch den Koordinator für ethische Entscheidungen am Lebensende unter Verwendung des Protokollbogens aus Anlage 1, der mitgeltendes Dokument zu diesem Leitfaden ist.

Literatur

Verarbeitet, zitiert und weiterführend.

Insbesondere aus juristischen Gründen gibt die „Franziska Schervier“ Altenhilfe gem. GmbH keine Empfehlungen für Mustervordrucke von Patientenverfügungen. Die Bundesärztekammer verweist in ihren „Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“[55] auf die Ärztekammern (z.B. www.aerztekammer-hamburg.de), auf die Justizministerien (z.B. www.bmj.bund.de, www.justiz.bayern.de) und auf die Kirchen (www.ekd.de, www.katholische-kirche.de).

AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hrsg.): **Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen** – Langfassung, 2. überarbeitete Version, 2010

BGB: 3. BetrRÄG, §§ 1901a ff, Beschluss vom 8. Juni 2009

Bundesärztekammer (Hrsg.): **Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis**, Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 18 (7. Mai 2010), Seite A877-882

Bundesärztekammer (Hrsg.): **Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung**, Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18. Februar 2011), Seite A347

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband (Hrsg.): **Handreichung des DHPV zum neuen Gesetz zur Regelung der Patientenverfügungen und seiner Umsetzung vom 28.8.2009** (Download unter www.hospiz.net)

Jox, R.: **Der „natürliche Wille“ als Entscheidungskriterium – Rechtliche, handlungstheoretische und ethische Aspekte**; in: J. Schildmann, U. Fahr, J. Vollmann (Hrsg.): Entscheidungen am Lebensende – Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik, LIT-Verlag 2006, S. 73-90

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): **Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung** – Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland. Stand: 15. Januar 2011

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.): **Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht**, EKD-Text 80, Hannover 2005

Körner, U., u.a.: **DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung – Ethische und rechtliche Gesichtspunkte**; in: Aktuel Ernaehr Med 28 (2003), Supplement 1, Seite 36-41.

May, T., Charbonnier, R., (Hrsg.): **Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regulierungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge.** Ethik in der Praxis, Bd. 21, Münster 2005.

Ministerium für Justiz von Rheinland-Pfalz: **Betreuungsrecht**, Stand März 2005 (Download unter www.jm.justiz.rlp.de).

Volkert, D., u.a.: **Leitlinie enterale Ernährung der DGEM und DGG – Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation**; in: Aktuel Ernaehr Med 29 (2004), Seite 198-225.

Quellenangaben

1 Um der leichteren Lesbarkeit des Textes willen wird in diesem Leitfaden bei Personen meist nur die männliche Form gewählt. Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, sind damit immer zugleich auch die betreffenden Frauen mitgemeint.

2 Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung – Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland. Stand: 15. Januar 2011, S. 11

3 Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH: Unser Leitbild, Aachen 1997, S. 4

4 Ebd., S. 7

5 Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18.02.2011), Seite A347

6 AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hrsg.): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen – Langfassung, 2., überarbeitete Version (2010), S. 6

7 Ebd.

8 Ebd.

9 Ebd., S. 15

10 Ebd.

11 AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hrsg.): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen – Langfassung, 2., überarbeitete Version (2010), S. 4

12 § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB

13 Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18.02.2011), Seite A348

14 AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hrsg.): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen – Langfassung, 2., überarbeitete Version (2010), S. 7

15 § 1901a Abs. 1 BGB

16 § 1901a Abs. 3 BGB

17 § 1901a Abs. 4 BGB

18 Vgl. R. Jox: Der „natürliche Wille“ als Entscheidungskriterium – Rechtliche, handlungstheoretische und ethische Aspekte. In: J. Schildmann, U. Fahr, J. Vollmann (Hrsg.): Entscheidungen am Lebensende – Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik, LIT-Verlag 2006, S. 73-90

19 § 1901b Abs. 1 BGB

20 AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hrsg.): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen – Langfassung, 2., überarbeitete Version (2010), S. 5

21 Ebd.

22 § 1901a Abs. 2 BGB

23 Ebd.

24 Ebd.

25 AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hrsg.): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen – Langfassung, 2., überarbeitete Version (2010), S. 10

26 § 1901b Abs. 2 BGB

27 Eine begründete Todesgefahr besteht dann, „wenn das damit verbundene Risiko allgemeine Gefahren, wie sie mit jeder Narkose verbunden sind, übersteigt. Ein schwerer und länger andauernder gesundheitlicher Schaden ist z.B. im Falle des Verlusts der Sehkraft, bei der Amputation eines Beines oder bei nachhaltigen Persönlichkeitsveränderungen anzunehmen. Die Gefahr eines solchen Schadenseintrittes muss konkret und naheliegend sein; nur hypothetische oder unwahrscheinliche Gefahren lösen keine Genehmigungspflicht aus.“ Ministerium für Justiz von Rheinland-Pfalz (Hrsg.): „Betreuungsrecht“ (Stand März 2005) S. 12f (vgl. www.jm.justiz.rlp.de)

28 AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hrsg.): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen – Langfassung, 2., überarbeitete Version (2010), S. 12

29 Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18.02.2011), Seite A347

30 Abbildung aus: AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (Hg.): Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen – Langfassung, 2., überarbeitete Version (2010), S. 16

Ergänzende Informationen finden sich in unseren Broschüren über ehrenamtliche Mitarbeit Demenz und Palliative-Care.

31 Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH: Leitfaden für die Sterbebegleitung und zur Verabschiedung verstorbener Bewohnerinnen und Bewohner, S. 4

32 Ebd.

33 Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung – Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland. Stand: 15. Januar 2011, S. 8

34 Vgl. Formular zur Christlichen Patientenvorsorge, a.a.O., S. 5

35 Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18.02.2011), S. A346

36 Ebd., S. A347

37 §§ 1901a ff BGB

38 § 1901a Abs 3 BGB

39 Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18.02.2011), S. A346

40 Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, … a.a.O., S. 8

41 Ebd., S. 12

42 Ebd., S. 13

43 Ebd.

44 Ebd.

45 Ebd., S. 22

46 D. Volkert u.a.: Leitlinie enterale Ernährung der DGEM und DGG – Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation. In: Aktuel Ernaehr Med 29 (2004), S. 198-225

47 Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18.02.2011), S. A347

48 Ebd.

49 Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, … a.a.O., S. 26

50 Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 7 (18.02.2011), S. A347

51 Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, … a.a.O., S. 8, und Formular der Christlichen Patientenvorsorge, S. 5

52 Vgl. Prof. Dr. Rafael Dudziak, in: FAZ vom 1. September 2005, S. 6.

53 Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, … a.a.O., S. 11

54 Ebd., S. 5

55 Bundesärztekammer (Hrsg.): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 18 (7. Mai 2010), Seite A877-882

Ethische Fallbesprechung

FRANZISKA SCHERVIER ALTENHILFE

Für Bewohner/-in		Wohnbereich
Beratungsprozess wurde angeregt durch		Beginn des Beratungsprozesses
Hausarzt		Tel.-Nr. Hausarzt
Name der/des Bevollmächtigten / Betreuers / Betreuerin		Tel. Nr. Bevollmächtigte/-r / Betreuer
Patientenverfügung vorhanden ☐ ja ☐ nein	Bewohner/-in einwilligungsfähig ☐ ja ☐ nein	
Am Beratungsprozess sind / waren beteiligt (Vorname, Nachname)		

Diagnose und Prognose
Aktuelles Problem
Erhebung der Fakten ***(medizinische, pflegerische, ethische, rechtliche, psychologische, weltanschauliche Aspekte)***

Methodische Analyse der ethischen Problematik ***(Prinzipien & Normen, systematischer Perspektivenwechsel, Pro & Kontra der Handlungsoptionen)***
Beratungsverlauf (zeitlicher Verlauf und Schwerpunkte)
Ergebnisse (mit Begründungen)

Ort, Datum

Unterschrift Koordinator/in für ethische Fragen (Protokollführer/-in)

Erklärung der / des Bevollmächtigten oder der Betreuerin / des Betreuers:

Die vorgenannten Ergebnisse und Handlungsempfehlungen des Beratungsprozesses sind im Konsens mit mir entstanden. Ich autorisiere die Pflegeeinrichtung und/oder den behandelnden Arzt mit der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen.

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Name und Vorname des Bewohners	Zimmernummer
Name des gesetzlichen / bevollmächtigten Vertreters	Handynummer
Im **Notfall** Vertreter/-in informieren, auch … :	☐ nachts ☐ Wochenende
Im **Sterbefall** Vertreter/-in informieren, auch … :	☐ nachts ☐ Wochenende
Name des behandelnden Arztes	Handynummer
Im **Notfall** Arzt informieren, auch … :	☐ nachts ☐ Wochenende
Im **Sterbefall** Arzt informieren, auch … :	☐ nachts ☐ Wochenende
Weitere Person, die ggf. ihrerseits zusätzliche Personen (z.B. Angehörige) informiert (Name, Verhältnis):	Tel.- erreichbar unter:
Hospizhelfer/-in	

ANWEISUNG FÜR DEN NOTFALL

[Bitte mit Hilfe des behandelnden Arztes ankreuzen! Jeweils nur eine Antwort ankreuzen, sonst ungültig]

Gewünschte Behandlung im Falle eines Herz-Atem-Stillstands:

☐ Herz-Lungen-Wiederbelebung

☐ keine Wiederbelebung beginnen

Gewünschte Behandlung in einer lebensbedrohlichen Situation, wenn Herzschlag und / oder Atmung vorhanden sind:

☐ nur lindernde / palliative Maßnahmen *(ausschließlich Symptomkontrolle, ausreichende Schmerztherapie, ggf. Sauerstoffgabe und Absaugen, beruhigende Therapie bei Atemnot etc.)*

☐ begrenzte Therapie / Basistherapie *(Notfalltherapie und ggf. Krankenhausenweisung falls nötig, jedoch keine Intubation / Beatmung oder Intensivtherapie etc.)*

☐ maximale Therapie
(volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung inklusive Intubation / Beatmung, Intensivtherapie etc.)

Gründe für Behandlungswunsch
(z.B. schwere Vorerkrankungen, persönliche Erfahrungen, biographisch verankerte Wertvorstellungen etc.):

_____

_____

_____

Datum, Unterschrift und Stempel Arzt	Datum, Unterschrift Bewohner/-in	Datum, Unterschrift Vertreter/-in

Bemerkungen zur vorgenannten „Anweisung für den Notfall“:

☐ Es liegt keine Patientenverfügung des Bewohners vor

☐ Es liegt eine Patientenverfügung vor und zwar

☐ beim Vertreter ☐ in der Einrichtung.

☐ Die Entscheidungsfindung für die „Anweisung für den Notfall“ wurde vom Ethikkoordinator der Einrichtung begleitet. Das Gesprächsprotokoll liegt in der Einrichtung vor.

Datum des Gesprächs: _____. Name des Ethikkoordinators: _____.

Diese „Anweisung für den Notfall“ wurde mit folgenden Angehörigen abgesprochen:

_____

_____

Datum, Unterschriften der Angehörigen	Datum, Unterschrift Ethikkoordinator

ERGÄNZENDE WÜNSCHE

[z.B. Begleitung, Krankenkommunion, Verabschiedungsfeier, persönlich wichtige Objekte, bevorzugte Kleidung]

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bei Einzug eines Bewohners

Innerhalb der ersten Tage nach Einzug:

a) Ein Mitarbeiter der Verwaltung klärt, **ob eine Patientenverfügung vorliegt**, und hält das Ergebnis im Bericht der Pflegedokumentation fest.

b) **Liegt eine Patientenverfügung vor,**

- scannt er sie ein und legt sie im DAN-Programm unter „Externe Dokumente“ ab
- setzt er im DAN-Programm das im Haus vereinbarte Dauersignal
- hinterlegt er das Original, wenn es in der Einrichtung abgegeben wurde, im Wohnbereich und eine Kopie in der Verwaltung. Ist das Original nicht in der Einrichtung hinterlegt, erhält auch der Wohnbereich eine Kopie
- dokumentiert er zwingend in DAN, wo das Original hinterlegt ist (Einrichtung, Name des Betreuers, Bevollmächtigten, Angehörigen...).

Hinweis: Die Patientenverfügung darf auf keinen Fall Bedingung für einen Einzug in unsere Einrichtung sein. Ebenso wenig darf Druck auf einen Interessenten zur Abfassung einer Patientenverfügung entstehen.

Nach Abschluss der Eingewöhnung

Nach Abschluss der Eingewöhnungsphase **können** folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

a) **Wenn keine Patientenverfügung vorliegt und der Bewohner noch einwilligungsfähig ist:**
Die Wohnbereichsleitung kann dem Bewohner Informationen zur Bedeutung und Erstellung einer Patientenverfügung anbieten und auf die Möglichkeit zu einem Gespräch mit dem Ethikkoordinator der Einrichtung hinweisen. Das Gesprächsergebnis hält sie in der Pflegedokumentation unter Berichte/Beratungsgespräch fest.

b) **Wenn keine Patientenverfügung vorliegt und der Bewohner nicht mehr einwilligungsfähig ist:**
Die Wohnbereichsleitung kann den Betreuer bzw. Bevollmächtigten auf die ggf. auftretende Handlungsunsicherheit in Notfällen und auf die Möglichkeit zu einem Gespräch mit dem Ethikkoordinator der Einrichtung hinweisen. Das Gesprächsergebnis hält sie in der Pflegedokumentation unter Berichte/Beratungsgespräch fest.

Bei Beginn der palliativen Situation

Bei Beginn der palliativen Situation werden folgende Maßnahmen durchgeführt:

a) **Wenn keine Patientenverfügung vorliegt und der Bewohner noch einwilligungsfähig ist:**
Die Wohnbereichsleitung bietet dem Bewohner Informationen zur Bedeutung und Erstellung einer Patientenverfügung an und weist auf die Möglichkeit zu einem Gespräch mit dem Ethikkoordinator der Einrichtung hin. Das Gesprächsergebnis hält sie in der Pflegedokumentation unter Berichte/Beratungsgespräch fest.

b) **Wenn keine Patientenverfügung vorliegt und der Bewohner nicht mehr einwilligungsfähig ist:**
Die Wohnbereichsleitung weist den Betreuer bzw. Bevollmächtigten auf die ggf. auftretende Handlungsunsicherheit in Notfällen und auf die Möglichkeit zu einem Gespräch mit dem Ethikkoordinator der Einrichtung hin. Das Gesprächsergebnis hält sie in der Pflegedokumentation unter Berichte/Beratungsgespräch fest.

Bei Notfällen

Bei Rettungsdiensteinsätzen in der Einrichtung oder Krankenhauseinweisungen ist **immer** folgende Maßnahme durchzuführen:

a) **Wenn eine Patientenverfügung vorliegt:**
Die handelnde Pflegefachkraft des Wohnbereichs weist den Rettungsdienst auf die vorhandene Patientenverfügung hin, legt ihm diese und, wenn es relevante Informationen enthält, das Formular „Informationen für den Not- und Sterbefall“ vor und gibt eine Kopie der Patientenverfügung und ggf. des Formulars „Informationen zum Not- und Sterbefall“ mit ins Krankenhaus – mit dem Hinweis, wo die Originale hinterlegt sind.

b) **Wenn keine Patientenverfügung vorliegt:**
Enthält das Formular „Informationen zum Not- und Sterbefall“ relevante Informationen, legt die handelnde Pflegefachkraft das Formular dem Rettungsdienst vor und gibt eine Kopie mit ins Krankenhaus.

FRANZISKA SCHERVIER ALTENHILFE

Franziska Schervier Altenhilfe

Unsere Einrichtungen

Aachen, Frankfurt, Frechen, Köln, Mainz

Seniorenzentrum Lourdesheim Aachen
I. Rote-Haag-Weg 34 · 52076 Aachen
Tel.: 0241/6005-0
Fax: 0241/6005-270
lourdesheim@schervier-altenhilfe.de

Seniorenzentrum Franziskuskloster-Lindenplatz
Paulusstraße 10 · 52064 Aachen
Tel.: 0241/4789-0
Fax: 0241/4789-179
franziskuskloster@schervier-altenhilfe.de

Franziska-Schervier-Seniorenzentrum
Lange Str. 10-16 · 60311 Frankfurt am Main
Tel.: 069/2989 7-0
Fax: 069/2989 7-270
frankfurt@schervier-altenhilfe.de

Seniorenpflegeheim Pfarrer-Münzenberger-Haus
Nußzeil 48 · 60433 Frankfurt am Main
Tel.: 069/2989 7-0
Fax: 069/2989 7-505
frankfurt@schervier-altenhilfe.de

Seniorenzentrum St. Elisabeth
Dechant-Hansen-Allee 16
50226 Frechen-Königsdorf
Tel.: 02234/9662 1-0
Fax: 02234/6189 3
st-elisabeth@schervier-altenhilfe.de

Seniorenzentrum Herz Jesu
Oberländer Wall 16-22 · 50678 Köln
Tel.: 0221/3765 0-0
Fax: 0221/3765 0-149
herzjesu@schervier-altenhilfe.de

Seniorenpflegeheim St. Bilhildis
Josefsstraße 51 · 55118 Mainz
Tel.: 0613 1/9778-0
Fax: 0613 1/9778-75
st-bilhildis@schervier-altenhilfe.de

www.schervier-altenhilfe.de

Franziska Schervier Altenhilfe gem. GmbH · Paulusstraße 10 · 52064 Aachen · Tel.: 0241 4789-180 · Fax: 0241 4789-183
info@schervier-altenhilfe.de · www.schervier-altenhilfe.de
Verantwortlich: Dr. Klaus Herzberg – Konzeption und Gestaltung: Hüsch & Hüsch, Aachen
Fotos: Hüsch & Hüsch 3,8,9; Schervier Altenhilfe Archiv 1,5,10; Alexander Raths/Shutterstock 13;
Melpomene/Shutterstock 14; IngridHS/Shutterstock 17 – Stand: Mai 2013

TÜVRheinland® CERT ISO 9001

Das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtungen
unserer Trägergesellschaft ist vom TÜV Rheinland nach der
DIN EN ISO 9001 zertifiziert