

Ethik in palliativer Pflege und Betreuung

Tanja Krones
Klinische Ethik USZ



Refresher: Klinische Ethik: Worum geht's?



Beispiel 1 Altenpflegeheim

(Georg Bossard)

81-jähriger ehemaliger Verwaltungsangestellter. Hat vor 10 Jahren einen Schlaganfall erlitten, von dem er sich recht gut erholt hat. Hat in der Folge weiter geraucht, Antihypertensiva und Cholesterinsenker nur sporadisch eingenommen, vermied Arztbesuche.

Vor 2 Monaten erneuter Schlaganfall, wurde ohne seine Zustimmung ins Spital gebracht, von dort ohne seine Zustimmung in die Rehabilitation. Fällt dort durch mangelnde Kooperation auf, verlangt immer wieder, nach Hause gelassen zu werden. Reha-Klinik erachtet dies als zu gefährlich (mangelnde Selbständigkeit, Sturzneigung, kognitive Einschränkungen), deshalb Verlegung ins Pflegeheim. Im Pflegeheim Kontaktverweigerung. Wird zunehmend delirant, es kommt zu Zusammenstößen mit Mitpatienten.

Der Heimarzt nimmt mit der Tochter Kontakt auf, da sich ein FU abzeichnet. Die Tochter reagiert spontan: „Tun Sie das ums Himmels Willen nicht, es würde meinen Vater für immer brechen!“

Beispiel 2

Eine 84jährige Frau wurde aus der selbst bewohnten Wohnung ins Spital überwiesen wegen Verdachts auf Ileus, Sie ist aufgeregt und jammert viel «Oh je, lieber Gott, hilf mir!» Immer wieder ruft sie. «Ich will sterben!»

Die fallbringende Person im Ethikunterricht, eine 23 jährige Pflegefachperson, betreut sie seit einigen Tagen in der Nachtwache und klagt: «Die Frau kann eigentlich gar nicht sterben. Es wird alles getan um sie am Sterben zu hindern. Wegen ihrer Herzinsuffizienz erhält sie herzstärkende Mittel. Wenn sie Wasser einlagert, bekommt sie Lasix und Albumine, bei Atemnot erhält sie Sauerstoff, und gegen Schmerzen erhält sie Dolantin alle 6 Stunden parenteral! Muss das alles noch getan werden? Darf sie nicht endlich sterben?

Beispiel 3

Eine Logopädieschülerin arbeitet in einem grossen Spital. Sie behandelt dort mundmotorisch eine 75 jährige Patientin mit ALS im fortgeschrittenen Stadium. Schon bald war eine sprachtherapeutische Therapie nicht mehr möglich. Die Schülerin nutzte die täglichen Stunden, um der Patientin das Gesicht zu massieren. Der Kontakt ist gut. Vom Arzt erfährt sie, dass die Patientin über ihrem Zustand nicht aufgeklärt wurde, da dieser sich sowieso nicht ändern liesse.





In der Ethik geht es um menschliches **Handeln** und **Entscheidungen unter Unsicherheit in komplexen Problem- und/oder Dilemmasituationen**

Klinische Ethik

Bestmögliche ethisch begründete Entscheidungskriterien,
Entscheidungsprozesse

Umsetzung, Aushalten, gemeinsames Tragen und kritische Evaluation von
Entscheidungen

Verantwortungsübernahme bei der Frage:

WAS SOLLEN WIR TUN?

„man kann nicht nicht entscheiden“;

„Vorsicht mit Aussagen wie: das ist ganz klar; das müssen wir tun!“



Dimensionen klinisch-ethischer Kompetenz

Wissen: «Ethikexperten»

Reflexion: «Kritische Denker»

Grundhaltung: «gute Ärzte/Pflegende/Sozialarbeiter»

Ethisches „Problem“ und ethisches „Dilemma“

„Ethisches Problem“

- Gewissensproblem, Missbrauch, Aushalten von begründetem Dissens
 - Bsp.: Trotz Konsens ist eine Situation schwer aushaltbar; Angst, einen Fehler einzugestehen oder einen Fehler zu benennen; eigene Moralvorstellungen weichen ab von denjenigen, die die Behandlung festgelegt haben.
 - moralische Intuition: „Fingerzeig für ethisches Dilemma“:

„Ethisches Dilemma“

- häufig - aber nicht immer Grundlage des ethischen Problems
- Konflikt zweier relevanter Wertvorstellungen/Prinzipien/primären Berufsinteressen, ohne das es primär EINE richtige Lösung gibt („Zwickmühle“)
- Bsp.: Jugendlicher Zeuge Jehova verweigert eine lebensrettende Bluttransfusion

Drei Konstellationen

Fall 1:

- Ethisches Dilemma: „begründete intra- oder interpersonelle Konflikte *über* die Moral“ („keine richtige, sondern best abgewogene/begründete Lösung“)

Fall 2:

- Ethisches Problem "Typ A": Analysieren und Aushalten einer schwierigen Situation / eines begründeten Dissenses

Fall 3:

- Ethisches Problem "Typ B": Erkennen von ethisch nicht gerechtfertigtem eigenem (Gewissen) oder fremdem Handeln (z.B. Missbrauch von Macht); "Konflikt *mit* der Moral"

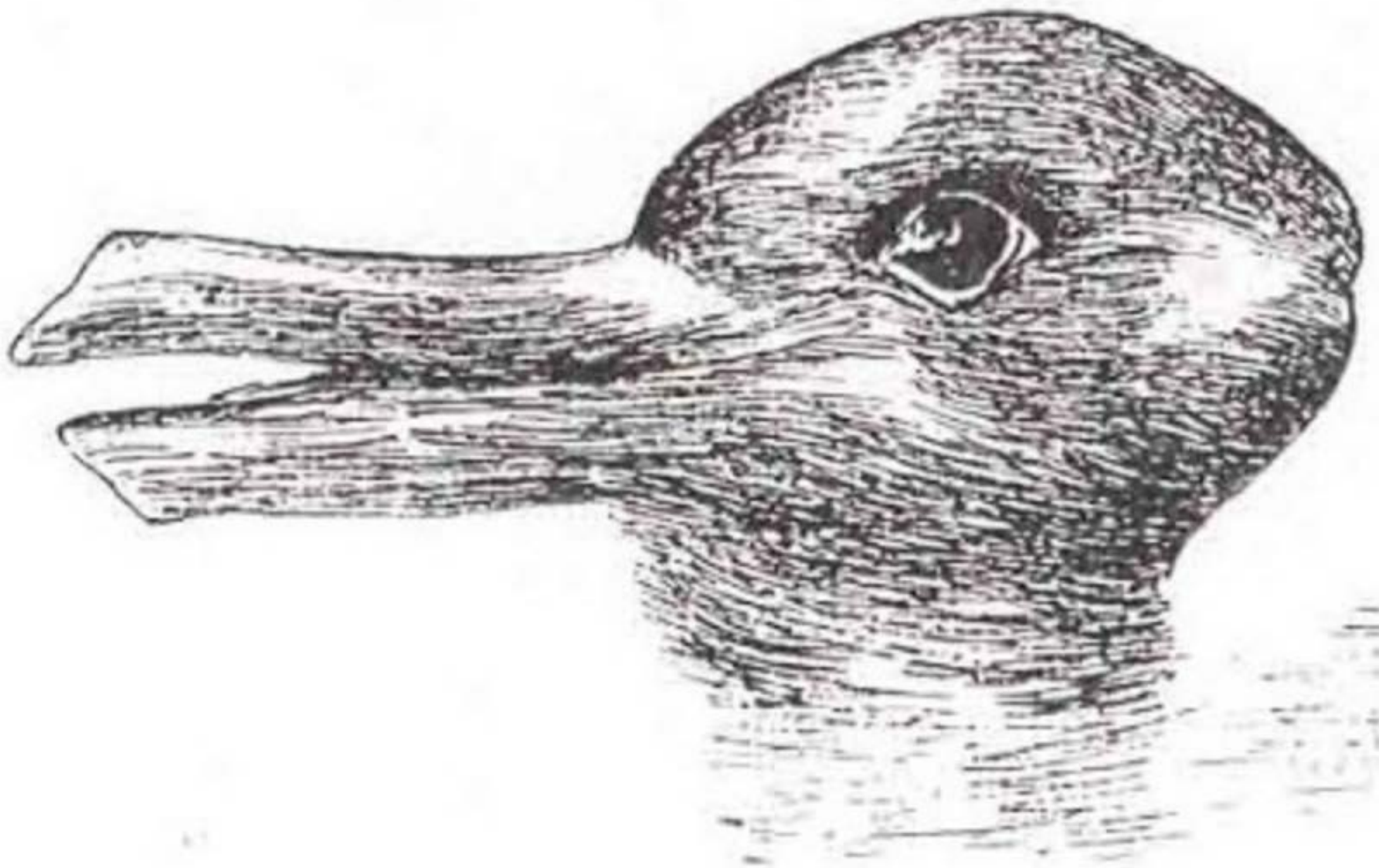
Grundsätzliche Schritte

Ethisches Dilemma ("Konflikt über die Moral")

1. ethische Grundlagen erkennen
2. Analysieren, Verhandeln, Konsens suchen
3. gemeinsam trotz manchmal vorhandenem Dissens handeln

Ethisches Problem ("Konflikt mit der Moral«)

1. Benennen des Problems
2. Handlungsfähigkeit und
3. moralische Integrität erhalten
4. strukturelle Lösungen entwickeln / einfordern



Die Differenzierung von Arzt- und Pflegeberuf

1. Historisch gesehen

- entwickelt sich der **Arztberuf** primär aus dem Priestertum heraus mit dem Schwerpunkt Diagnostik, Prognostik und Diätetik → ***Fokus auf Ursache und Prävention von Krankheit***
- entwickelt sich der **Pflegeberuf** primär aus Diakonie und Mönchtum mit dem Fokus Armen-, Sozialfürsorge und Behandlungspflege → ***Fokus auf Auswirkungen von Krankheit***

2. In beiden Bereichen wird Heilwissen gesammelt und weitergegeben.

3. Die heutige Arbeitsteilung zwischen Arzt- und Pflegeberuf entsteht erst in der Neuzeit.

Klassische Themenfelder ärztlicher Ethik

Selbstbestimmung / Fürsorge

Verteilung knapper Ressourcen

Generierung von Wissen

Diese Fragestellungen
sind oft mit
Entscheidungen
verbunden

Entscheiden?

- Pflege von Bewohnern auf der psychogeriatrischen Abteilung
- Pflege von Menschen mit einer nicht heilbaren psychischen oder chronisch somatischen Erkrankung
- Betreuung von Menschen mit Behinderung

Pflegerisches Handeln findet oft in Kontexten statt, die mit **Begleiten**, **Unterstützen** und **Aushalten** von Situationen zu tun haben, die weniger durch einen unmittelbaren Entscheidungsdruck geprägt sind. Diese waren bisher weniger von Interesse für die klassische Medizin- resp. Arztethik.

Beispiele ethischer Fragen aus der Pflegepraxis ?

- Ist es gerechtfertigt, bei Personalmangel die Grundpflege auf ein Minimum zu reduzieren?
- Wie teilen Sie bei Schichtbeginn die Weiterzubildenden ein, wenn Sie viele krankheitsbedingte Ausfälle von Kolleginnen / Kollegen haben?
- Dürfen wir im Altenpflegeheim für Demenzkranke eine «Pseudobushaltestelle» bauen, um die Weglauftendenzen zu minimieren?
- Darf bei einem sich abzeichnenden palliativen Therapieziel mit dem Einleiten einer Reanimation zugewartet werden (bei noch offenem REA-Status)?
- Was tue ich wenn mir vom Patienten eine Patientenverfügung übergeben wird und ich den Eindruck habe, diese ist nicht in den Notfallplan einbezogen?
- Wie weit dürfen Angehörige die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen mitbestimmen?

Ärztlich-pflegerische Delegation

	Anordnungs-Kompetenz*	Anordnungs-Verantwortung**
Durchführungs-Kompetenz*		
Durchführungs-Verantwortung**		

* Fertigkeiten (skills); ** formale Zuständigkeit

Beispiele:

- ad 1:** Konflikte bei gleicher oder besserer Qualifikation der Pflegeperson (z.B. erfahrene Hebamme und junge Ärztin im Gebärsaal)
- ad 2:** Konflikte bei Ausführen von ärztlichen Verordnungen im Spätdienst, wenn eine Pflegenden in Ausbildung die Station führt
- ad 3:** Konflikte bei für gefährlich eingestufte Verordnungen (z.B. Schmerzmittel, Narkotika. ...), Verweigerung aus Gewissensgründen
- ad 4:** Konflikte bei fehlender gegenseitiger Anerkennung („Konkurrenz“)

«Moral agency» und «moral distress»

moral agency

Jede Person, die sich der Handlung bewusst ist, trägt eine moralische, nicht deligierbare Mitverantwortung und hat daher ein Recht auf Beachtung seiner moralischen Grundanliegen und Bedenken.

moral distress

Entsteht, wenn die moral agency nicht zum tragen kommen kann.

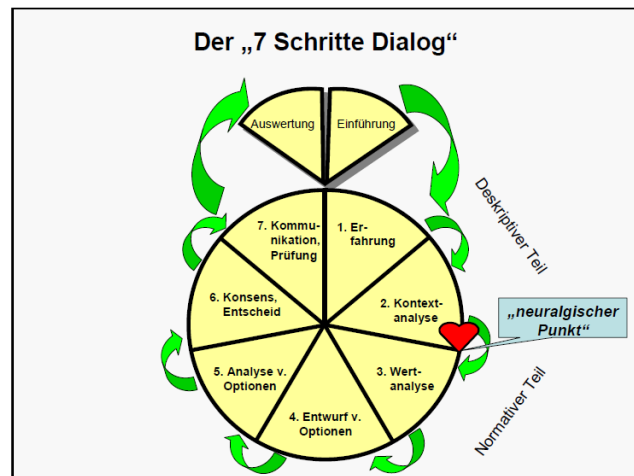
“ Moral distress has been a problem for nurses in many areas of practice... Among hospital nurses, moral distress has been characterized by anger, guilt, powerlessness, and frustration, and has been associated with nurses losing their capacity for caring, avoiding patient contact, failing to give good physical care, burnout, and leaving the nursing profession.”

Laabs, C.A.: Primary Care Nurse Practitioners' Integrity When Faced With Moral Conflict;
Nursing Ethics 2007 (14) 795 - 809

Klinisch-ethische Entscheidungsfindung



Weltweit viele verschiedene Modelle für Fallbesprechungen...



Leitfaden Standortgespräch

Anwesende:

Moderation:

Fallbringer (Arzt/ Pflege):

Weitere:

Protokoll (Name, Ort, Datum):

Kurze Schilderung des Fallbesprechungsanlasses (Arzt oder Pflegend, gemäss Vorschlag)

Medizinische (ärztliche und pflegerische) Gesichtspunkte

- u. a.
- Diagnose
 - Verlauf/ Komplikationen
 - Prognose, mittel- oder langfristig *gesund/ vital*/ Prognose, mittel- oder langfristig bezüglich Lebensqualität / Unabhängigkeit / medizinischer Massnahmen
 - pflegerische Probleme/ physiotherapeutische Probleme
 - Compliance- Ressourcen des Patienten
 - psychische Belastung / Leiden des Patienten

Gegenwärtige Konzepte (ärztlich, pflegerisch, physio) - Darstellung und Verständnisfragen

I. Wallimann/M. Keller ZHAW/Beauchamp & Childress

Seite 2

Fragestellungen	Warum? Fallfragen	Konkretisierung (Interpretation) der medizinischen Prinzipien	Gewicht (C)
A Was ist mit bes. steht mich an der Situation?		1 Prinzip der Autonomie bzw. Selbstbestimmung des Patienten.	
B Mögliche Angaben zur Situation und offener Fragen (Erschließung)		2 Schadensvermeidung	A B C
Welche Personen sind involviert? Welche Funktionen haben diese Personen in der beschriebenen Situation?		3 Fürsorge	A B C
Welche ethische Frage soll beantwortet werden? (Aktions Sie darauf, dass die Antwort auf diese Frage eine Handlungsentscheidung gegenüber der Patientin, der Patientin selbst ist.)		4 Gerechtigkeits	A B C
Was sollte ich tun?			

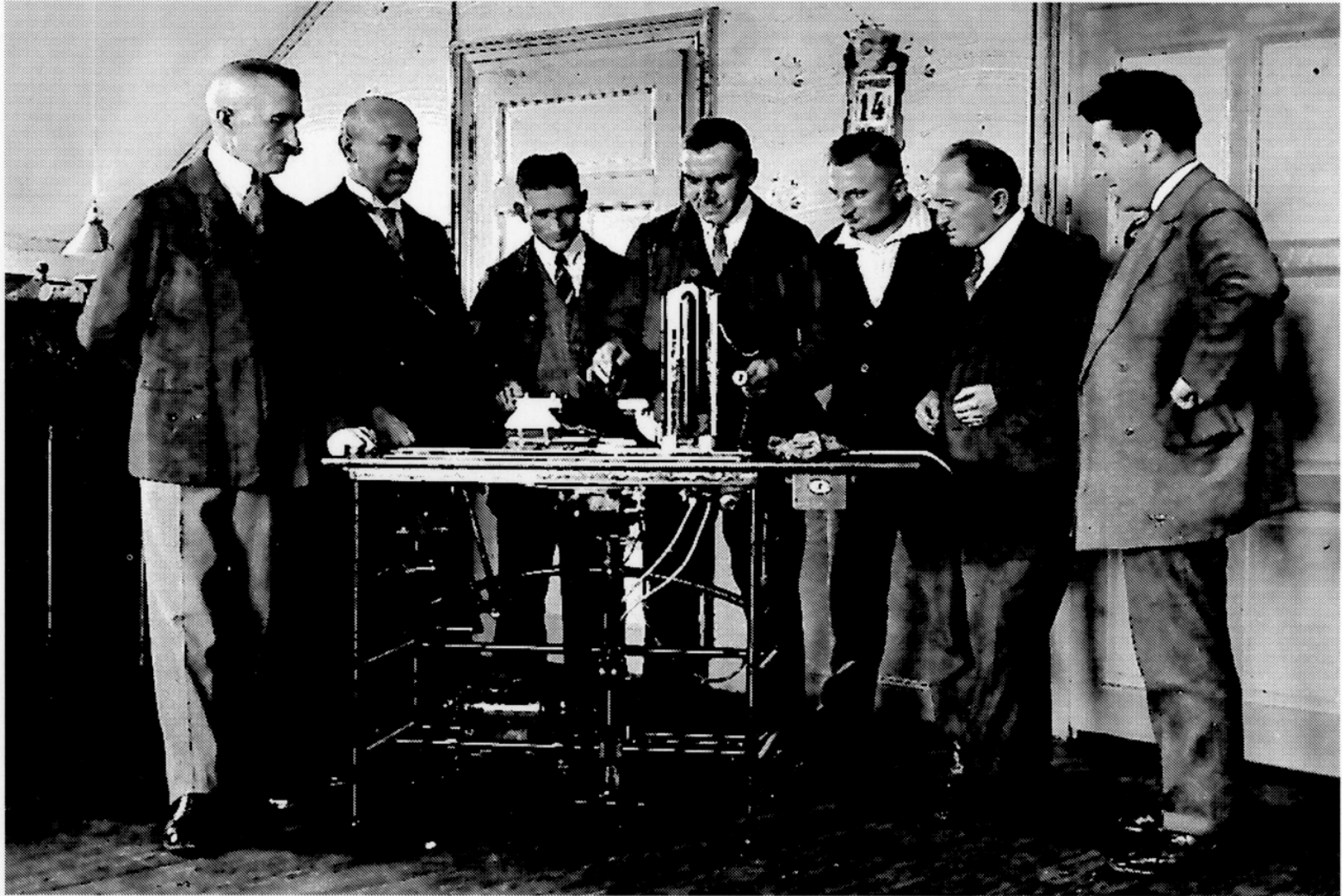
Problemwahrnehmung



EXPERTENGESPRÄCH
ETHIK
IN DER MEDIZIN



*Lösungen haben wir genug.
Sie passen nur nicht zum Problem.*



3.7 Anforderungen an Ethikstrukturen für spezifische Bereiche

Die bestehenden Methoden und Strukturen zur ethischen Unterstützung wurden vor allem für die Bedürfnisse von Akutspitalern entwickelt. Die ethische Unterstützung muss entsprechend den Bedürfnissen verschiedener Bereiche angepasst werden. Spezifische Anpassungen werden hier vorgeschlagen für die Akutversorgung in einem grossen Spital, die Psychiatrie, Pädiatrie, Langzeitpflege, ambulante und gemeindenahere Versorgung und die Gefängnismedizin sowie für die ethische Unterstützung der Spitalleitung und der Verwaltung von Gesundheitsinstitutionen.

Aus diesen Merkmalen ergeben sich folgende Punkte, die bei der Einrichtung einer Ethikstruktur berücksichtigt werden sollten:

- Für Fachpersonen im ambulanten Bereich (Spitex, Hausärzte) sollte ein Angebot für eine Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich Ethik bestehen.
- Die Ethikstruktur soll im Idealfall für dringende Fälle einfach und rasch (z.B. per Telefon) zugänglich sein.
- Sie sollte ausserdem die Teilnahme an interdisziplinären Treffen im Rahmen der komplexeren Fälle ermöglichen.
- Soweit sie Verantwortung für die Betreuung eines Patienten tragen, müssen die Angehörigen in die ethischen Überlegungen einbezogen werden.
- Wenn mehrere Institutionen bei der klinischen Betreuung mitwirken, die je eine Ethikstruktur haben, ist die ethische Diskussion zu koordinieren.

Ethische Unterstützung
in der Medizin

SAMW Schweizerische
Akademie der Medizinischen
Wissenschaften

Hot Spots, u. a.

Ambulanter Bereich, Spitex und gemeindenahe Versorgung

Schwierige ethische Entscheidungssituationen sind im ambulanten Bereich nicht seltener als im Spital oder in der Langzeitpflege. Dennoch fehlen heute explizite Ethikstrukturen weitgehend. Ethische Fragestellungen werden aber oft in Balint-Gruppen oder in Qualitätszirkeln von Hausärzten diskutiert.

Die Situationen, in denen ethische Schwierigkeiten auftreten, unterscheiden sich stark. Sie schliessen sowohl Differenzen zwischen den verschiedenen Fachpersonen, die in die medizinische Betreuung eines Patienten involviert sind, als auch Fragen nach den Grenzen der medizinischen Betreuung ein. Es handelt sich um Patienten, die besonders vulnerabel und abhängig sind, teilweise sind sie nicht mehr urteilsfähig oder weisen Verhaltensauffälligkeiten auf. Bestimmte Situationen sind besonders heikel, z.B. bei Personen, die übermässig Alkohol konsumieren oder die gewalttätig sind, oder Menschen, die sich vernachlässigen, insbesondere auch wenn sie abhängig sind und allein leben.



Kernaufgaben

Konkrete Fallunterstützung

Organisationsethik

Fort-/Weiterbildung

Qualitätssicherung/Forschung



«Klassiker» im Spital und «Klassiker» im Pflegeheim?



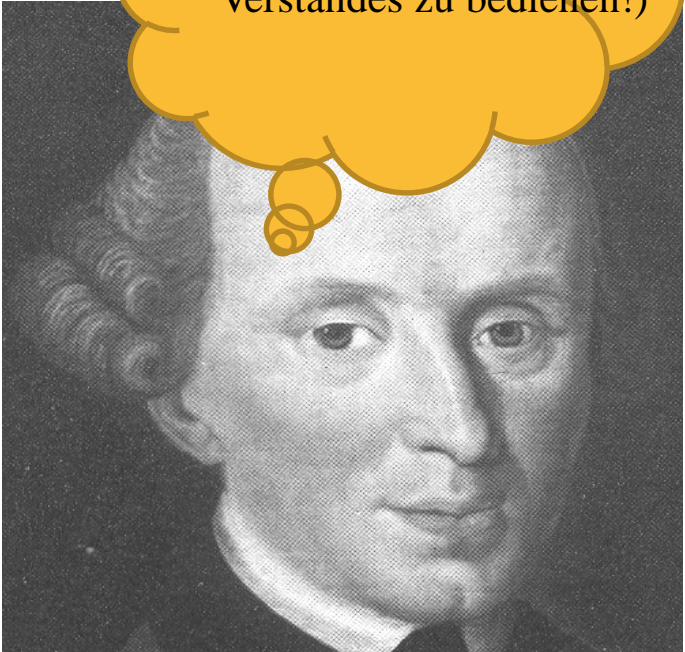
Medizinische Ethik heute (eigentlich)

Salus aegroti suprema lex

Voluntas aegroti suprema lex

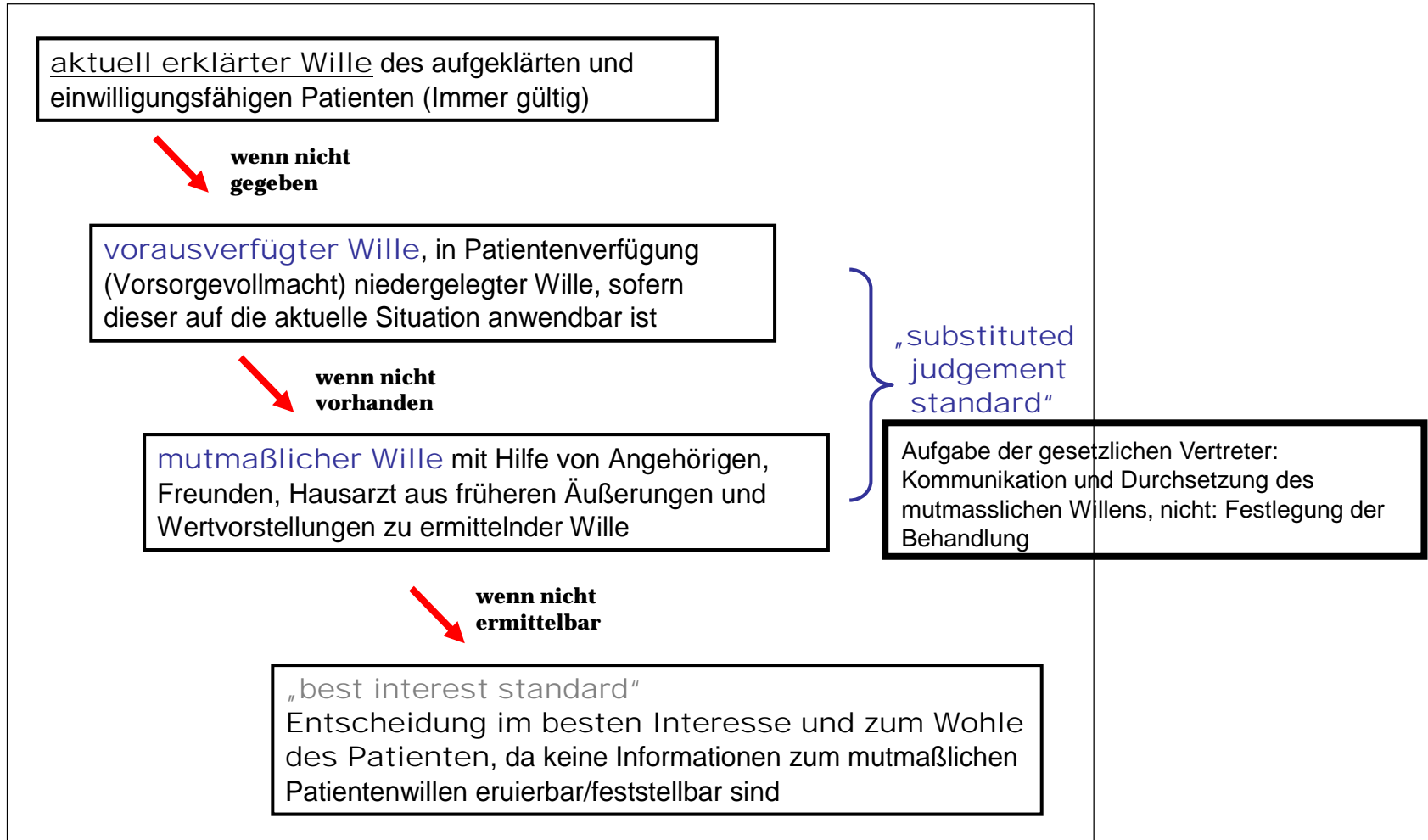


Doctor
knows best!



Sapere aude! (Habe Mut,
dich deines eigenen
Verstandes zu bedienen!)

Ausweitung der Anerkennung des Rechts auf Autonomie bei urteilsunfähigen Patienten



2 zentrale Fragen-auch im Notfall

1. Was sind unsere zentralen (Therapie)-Ziele?
(inkl. aller Alternativen)

2. Was will der Patient?

➤ Frage bei jeder Form von Behandlung, Aufklärung und Massnahmenfestlegung zur Beantwortung der klinisch-ethischen Frage

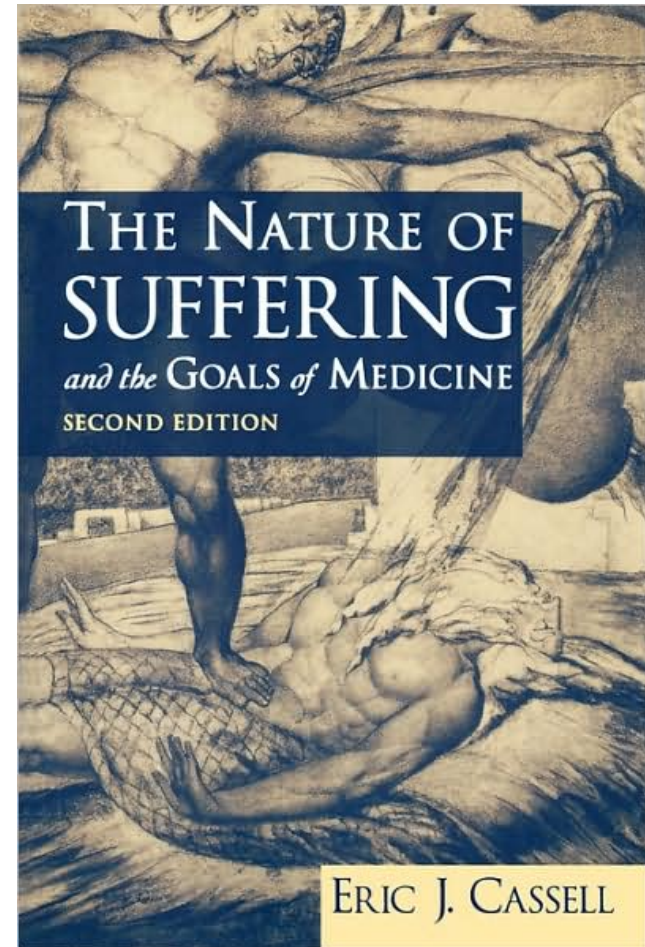
➤ „Was sollen wir tun“?

- Vorsicht mit der Aussage «Das müssen wir tun»
 - 1) man «muss» selten
- 2) Unterscheidung von Können, Sollen und Müssen

Ziele der Medizin

- 1) Vorzeitigen Tod vermeiden
- 2) Krankheit vorbeugen
- 3) Kranke betreuen
- 4) Leid lindern

=> Lebens- und Sterbensqualität



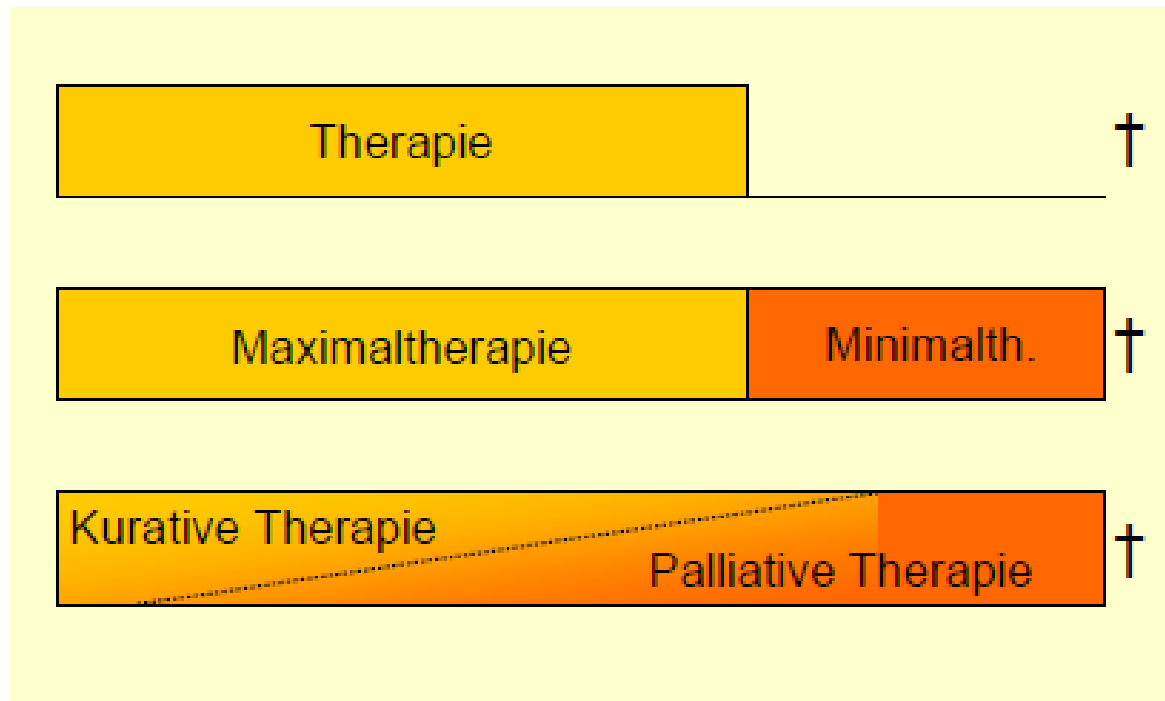
Human Resources Management

**Sterbehilfe:
Therapieziele
und „Redirection of Care“**



UniversitätsSpital
Zürich

Geschichtliche Entwicklung des Krankheits- und Therapieverständnisses



Mit freundlicher Genehmigung von Ralf Jox, München

Differenzierung:

Potentielle legitime medizinische Therapieziele

Heilung einer Erkrankung („Therapeutischer Imperativ“)

Verhinderung eines frühzeitigen Todes

Lebensverlängerung bei gegebener Erkrankung

Steigerung/Erhalt von Lebensqualität

Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstkontrolle

Verbesserung oder Aufrechterhaltung von Funktionen

Symptomkontrolle, Leidensbekämpfung

Ermöglichung eines „guten Todes“

Hilfestellung für Familie und Angehörige

„Wo können wir gemeinsam mit dem Patienten hin?“

„Erreichen wir dieses Therapieziel mit den gegenwärtigen/geplanten Massnahmen realistischerweise?“



Sehr viele Konflikte beruhen auf Uneinigkeit/unzureichender Klärung und Kommunikation der erreichbaren Ziele im Team/mit Patienten und Angehörigen

Vom Therapieabbruch-
“wir können nichts mehr tun“
„da machen mer nüt mehr“
zur Änderung des Therapieziels zum
Vorrang von Palliative/Comfort Care

~~Therapieverzicht
Einfrieren der Therapie
Therapieabbruch
Therapiebegrenzung
Therapia minima
Deeskalation der Therapie~~



Frage nach dem INDIVIDUELLEN
BEHANDLUNGS/
BETREUUNGSZIEL

Ggf. Änderung des Therapieziels hin
zu primär palliativmedizinischen
und/oder sterbebegleitenden
Zielsetzungen:

- Heilen - selten
- Längeres Überleben – manchmal
- Lindern - meistens
- Dabeisein - immer

Palliative Care und Überleben - Neue Ergebnisse

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

BACKGROUND

Patients with metastatic non–small-cell lung cancer have a substantial symptom burden and may receive aggressive care at the end of life. We examined the effect of introducing palliative care early after diagnosis on patient-reported outcomes and end-of-life care among ambulatory patients with newly diagnosed disease.

CONCLUSIONS

Among patients with metastatic non–small-cell lung cancer, early palliative care led to significant improvements in both quality of life and mood. As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had less aggressive care at the end of life but longer survival. (Funded by an American Society of Clinical Oncology Career Development Award and philanthropic gifts; ClinicalTrials.gov number, NCT01038271.)



Aus:

Palliative Care, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW

In der Medizin stellen sich Fragen der Palliative Care **in allen Bereichen**.
Kurative Behandlungen und Palliative Care ergänzen sich häufig und bilden ein ganzes.

Bei allen Krankheiten **ohne Heilungsaussicht** und **begleitend in Situationen mit unklarer Heilungsaussicht** muss Palliative Care integriert werden

Unabhängig vom Lebensalter für alle Menschen

Sowohl in der Betreuung zuhause als auch in stationären Einrichtungen

In allen medizinischen und pflegerischen Fachbereichen sowie

Vernetzt in der Zusammenarbeit von Aerzten, Pflegenden, Sozialarbeitern, Therapeuten, Seelsorgern, Angehörigen und Freiwilligen.

Palliative Care ist jedoch auch Missverständnissen, überhöhten Erwartungen und Gefahren ausgesetzt: [SAMW FF](#)

Zu den Missverständnissen gehört dass:

- alle belastenden Symptome immer genügend gelindert werden können;
- jede lindernde Behandlung bereits Palliative Care ist;
- Palliative Care auf Sterbebegleitung reduziert wird
- Palliative Care immer gleichbedeutend ist mit dem Verzicht auf kurative Ansätze

Zu den überhöhten Erwartungen an Palliative care gehört dass:

- Der Wunsch nach begleitetem Suizid oder aktiver Sterbehilfe in allen Situationen zurücktritt
- das Sterben so beeinflusst werden kann, dass es immer zu einem friedlichen Sterben kommt

Zu den Gefahren von Palliative Care gehört, dass:

- Sich Palliative Care auf das Verschreiben von Opiaten Beschränkt;
- Palliative Care ausschliesslich an Spezialisten deligiert wird

Palliative Care zum Ersatz von sinnvollen kurativen Optionen wird

- Palliative Care aufgrund ökonomischer Überlegungen zur Vorenthaltung von medizinisch-indizierten Massnahmen eingesetzt wird.

67. Switzerland



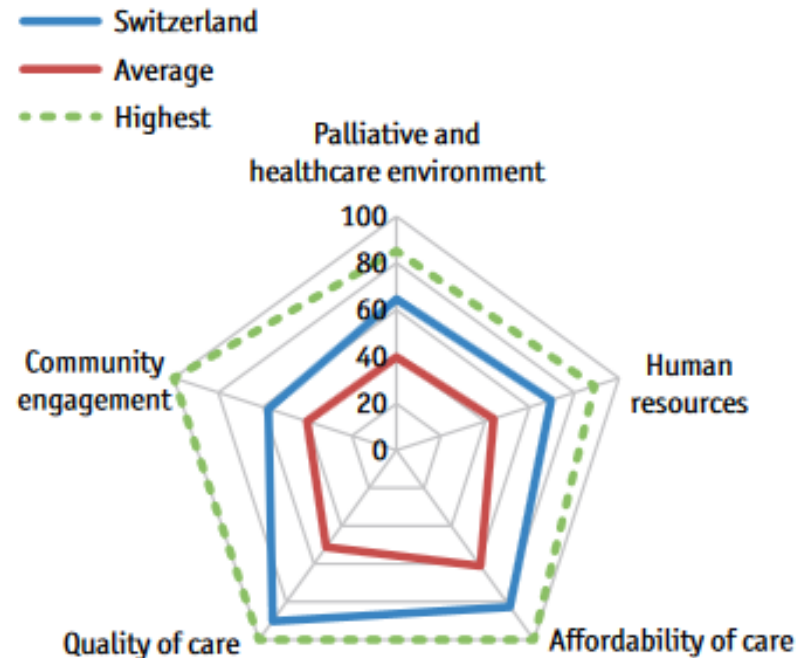
	Rank/80	Score/100
Quality of Death overall score (supply)	15	76.1
Palliative and healthcare environment	13	64.8
Human resources	15	69.4
Affordability of care	=18	82.5
Quality of care	=8	90.0
Community engagement	=15	57.5

SNAPSHOT

Switzerland offers universal, high-quality palliative care coverage with adequate subsidies. The system is flexible and accessible, and relies on a system of shared responsibility among stakeholders.

IN DETAIL

The national strategy adopted in 2010 fosters collaboration between the federal government, the Confederation of the Cantons and key local networks to integrate palliative care into the public health system.¹ Government-funded national research programmes were launched to



Medizinische Maßnahmen

Beatmungsgerät abstellen

Verabreichung von Opiaten/ Sedativa in toxischer Dosis auf Wunsch des Patienten

Verzicht auf Intubation, Reanimation

Abbruch der iv. Flüssigkeitsgabe/ Ernährung durch Sonde

Gabe von Sedativa/Opiaten zur Symptombehandlung, gleichzeitig Intention, den baldigen Tod etwas schneller herbeizuführen

Abstellen kreislaufunterstützender Medikamente

Verzicht auf Dialyse bei akutem Nierenversagen

Gabe von Sedativa/Opiaten mit der Intention, Dyspnoe/Schmerzen zu behandeln, Atemstillstand mögliche Folge, Sauerstoffgabe

Gabe von Sedativa/Opiaten mit der Intention, Dyspnoe/Schmerzen zu behandeln, Atemstillstand mögliche Folge, keine Sauerstoffgabe

Verschreibung von Opiaten/ Sedativa in toxischer Dosis auf Wunsch des Patienten, seinem Leben ein Ende zu machen

Ärztlicher Beistand beim Sterben-Begrifflichkeiten

Definition	Beschreibung
Sterbebegleitung	Emotionale Zuwendung, Basisversorgung
„Passive“ Sterbehilfe	„Therapieverzicht/ Therapieabbruch“- besser: Änderung des Therapieziels von kurativen zu primär palliativen Maßnahmen
„indirekte“ Sterbehilfe	Ziel : Medikamentöse Symptomkontrolle/ Linderung, Nebenwirkung: Lebensverkürzung
„Aktive“ Sterbehilfe	Gezielte Tötung Intention des Arztes: Patient stirbt an Medikation, nicht an Krankheit oder Symptomkontrolle
Beihilfe zur Selbsttötung	Bereitstellung der Mittel durch den Arzt/Ärztin, Tötung erfolgt durch Suizid

Medizinische Maßnahmen

Beatmungsgerät abstellen

Verabreichung von Opiaten/ Sedativa in toxischer Dosis auf Wunsch des Patienten

Verzicht auf Intubation, Reanimation

Abbruch der iv. Flüssigkeitsgabe/ Ernährung durch Sonde

Gabe von Sedativa/Opiaten zur Symptombehandlung, gleichzeitig Intention, den baldigen Tod etwas schneller herbeizuführen

Abstellen kreislaufunterstützender Medikamente

Verzicht auf Dialyse bei akutem Nierenversagen

Gabe von Sedativa/Opiaten mit der Intention, Dyspnoe/Schmerzen zu behandeln, Atemstillstand mögliche Folge, Sauerstoffgabe

Gabe von Sedativa/Opiaten mit der Intention, Dyspnoe/Schmerzen zu behandeln, Atemstillstand mögliche Folge, keine Sauerstoffgabe

Verschreibung von Opiaten/ Sedativa in toxischer Dosis auf Wunsch des Patienten, seinem Leben ein Ende zu machen



Rechtliche Lage



Definition	Schweiz	Deutschland
Sterbebegleitung	Berufsrechtlich geboten, unterlassen strafbar (SAMW)	Berufsrechtlich geboten, unterlassen strafbar (BÄK)
„Passive“ Sterbehilfe	Berufsrechtl. Erlaubt/Geboten wenn Indikation +/- (mutmassl.) Wille; Kantonales Recht; Bald: Erwachsenenschutzrecht	Berufsrecht. Erlaubt/Geboten wenn Indikation +/- (mutmassl.) Wille Aktuell: Gesetz zur Patientenverfügung (Drittes Betreuungsrechtsänderungsgesetz)
„indirekte“ (aktive) Sterbehilfe	Berufsrechtl. Erlaubt/Geboten wenn (mutmassl.) Wille +Indikation (Todesnähe) Kantonales Recht Bald: Erwachsenenschutzrecht	Berufsrecht. Erlaubt/Geboten wenn (mutmassl.) Wille +Indikation (Todesnähe) Aktuell: Gesetz zur Patientenverfügung (Drittes Betreuungsrechtsänderungsgesetz)
„Aktive“ Sterbehilfe	(auch „Sterbenachhilfe“) Strafbar (Strafbare Handlungen gegen das Leben, § 111-117 SR, § 114 SR Tötung auf Verlangen)	Strafbar (StGB: §211 Mord, §212 Totschlag, §216 Tötung auf Verlangen)
Beihilfe zur Selbsttötung	Strafrechtlich explizit u.U. erlaubt, § 115 SR	Bis vor kurzem kein Straftatbestand, von Bundesärztekammer kritisch betrachtet, neues Gesetz, dass wiederholter und gewerblicher assistierter Suizit unter Strafe steht. Verfassungsklage

Mögliche Konflikte

Klarer Patientenwille/Patientenverfügung/mutmasslicher Wille **gegen** Massnahme

1) Gegebene Indikation



≠ Massnahme

Klarer Patientenwille/Patientenverfügung/mutmasslicher Wille **für** Massnahme

2) Nicht gegebene Indikation



= Wenn möglich: Behandeln bis Konflikt beigelegt, **AUSSER**: Behandlung schadet sicher dem Patienten –

Nicht Schaden erstes Prinzip medizinischer Fürsorge

Gerechtigkeit kann relevant werden

Beispiel 1 Altenpflegeheim

(Georg Bossard)

81-jähriger ehemaliger Verwaltungsangestellter. Hat vor 10 Jahren einen Schlaganfall erlitten, von dem er sich recht gut erholt hat. Hat in der Folge weiter geraucht, Antihypertensiva und Cholesterinsenker nur sporadisch eingenommen, vermied Arztbesuche.

Vor 2 Monaten erneuter Schlaganfall, wurde ohne seine Zustimmung ins Spital gebracht, von dort ohne seine Zustimmung in die Rehabilitation. Fällt dort durch mangelnde Kooperation auf, verlangt immer wieder, nach Hause gelassen zu werden. Reha-Klinik erachtet dies als zu gefährlich (mangelnde Selbständigkeit, Sturzneigung, kognitive Einschränkungen), deshalb Verlegung ins Pflegeheim. Im Pflegeheim Kontaktverweigerung. Wird zunehmend delirant, es kommt zu Zusammenstößen mit Mitpatienten.

Der Heimarzt nimmt mit der Tochter Kontakt auf, da sich ein FU abzeichnet. Die Tochter reagiert spontan: „Tun Sie das ums Himmels Willen nicht, es würde meinen Vater für immer brechen!“

Wann und wie möchten Sie sterben?



Und wann und wie werden Sie sterben?

1) Wann?

Die Todesuhr - Wann sterbe ich? Der kostenlose Todestest

Wir geben dem Spruch "carpe diem" eine ganz neue Bedeutung! Hast Du Dich schon mal gefragt, **wie lange Du noch zu leben hast?**

Wir wissen es. Ja, wir können Dir auf die Sekunde genau sagen, wann Dein letztes Stündlein schlägt. Klingt unheimlich? Ist es auch! Wer zu schwache Nerven hat, sollte jetzt besser das Weite suchen... **wie steht's mit Dir?**



Unsere todsichere Todesuhr kann Dir sagen, wie viele Tage Du noch nutzen kannst. Die Todesuhr stellt Dir **17 Fragen**, die Du ehrlich beantworten musst. Dann berechnet sie, wie viel Zeit Dir bei diesem Lebensstil noch bleibt. Die Todesuhr weißt bestimmt selber, wo Deine kleinen Sünden des Alltags liegen... aber weißt Du auch, dass sie draus Komm schon, so schlimm wird Dich die Todesuhr schon nicht in die Mangel nehmen. Und wenn doch, etwas zu ändern. Lass doch mal die Kippen und den Alkohol weg und dann befrage die Todesuhr noch mal. Komm schon. - Trau Dich. **Schmeiß die Todesuhr an! - Und klicke auf JA, ich trau mich!**



Frage:

- Wie lange rauchst Du schon bzw. hast Zigaretten geraucht?
- Wie viel rauchst Du aktuell?
- Wie hoch ist Dein Konsum von Alkohol an Wochenenden?
- Wie hoch ist Dein Konsum von Alkohol unter der Woche?
- Wie viele Beziehungen hattest Du bereits in Deinem Leben?
- Wie siehst Du Deinen Beziehungsstatus?
- Wenn Du in einer Beziehung bist, wie oft streitest Du Dich?
- Wie häufig hast du aktuell Sex?
- Warst du das letzte mal mit 16 Jahren auf irgendeiner Schule?
- Wie schnell knüpfst Du neue Kontakte?
- Wie ist generell Dein emotionaler Zustand?
- Hast Du eine gesunde Ernährung?
- Besitzt Du ein Haustier?
- Berechnung Deines Body Mass Index
- Wie viel Schlaf hast Du durchschnittlich?
- Bist Du männlich oder weiblich?



2) Wie?

<http://www.thehappymd.com/blog/bid/295228/How-Doctors-Die>

How Doctors Die

It's Not Like the Rest of Us, But It Should Be



Reanimation



Im virtuellen TV-Emergency Room sind Reanimationen zu 75% -90 % erfolgreich...

Und in der Realität.....



Man stirbt

- Im Spital
- Erwartbar
- Urteilsunfähig
- Ohne vorherige Patientenverfügung und definierten Stellvertreter
- Manchmal ohne ausreichende Symptomkontrolle
- Zunehmend auf der Intensivstation
- Zunehmend unter Sedierung, manchmal auch ohne den Patientenwillen zu kennen
- Mit einer «DNR» Festlegung (Nicht reanimieren) erst in den allerletzten Tagen vor dem vorhersehbaren Tod

Beispiel 4

Probleme / Symptome / Begleitumstände / Arbeitshypothese: Seit heute Morgen
7:45 Tremor ^{bei Hese} rechte Seite $\approx 12^{\circ}$ Bewusstseinsstörung, krampfhaft seitlich
Gesicht li., vom Ht. Z. Simg Valium. R.D.: liegt im Bett, li. Arm krampfhaft
li. Gesicht, sistiert auf Darmicum i.v. A: frei & Zungenbiss, B: Zyanose,
& Dyspnoe, hds. Thoraxhebungen. C: Pupillen kräftig, regelmässig
vd. Diag.: cerebrales Ereignis

- 1927 geb Patient aus dem Pflegeheim akut eingeliefert bei v.a. Status epilepticus
DD Schlaganfall bei
- St n CVI 2013 mit residueller Aphasie und Hemi links
- Die durch den Hausarzt telefonisch gerufenen Rettungssanitäter bei
bewusstlosem Patienten sind verunsichert ob nicht iv Flüssigkeit gestoppt werden
müsse; diese sind noch da und bestätigen dass sie nicht wussten was zu tun wäre
und diese gemäss Patientenverfügung auch gestoppt hätten. Die ist an den Notfall
durch Rettungssanitäter gegeben
- Patient ist unruhig und kreislaufmässig etwas instabil; nach klinisch erster
Einschätzung am ehesten Status epilepticus
- Kolleginnen der Pflege im Notfall sind verunsichert, warum der Patient stabilisiert
werden soll, da ja eine Patientenverfügung bestünde

[redacted] 20. Januar 2005 / AP

Töchter: [redacted]

Sohn: [redacted]

Patienten - Verfügung

Im Vollbesitz meiner Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung gebe ich meinen Willen bekannt, für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte.

Falls meine elementaren Lebensfunktionen so schwer geschädigt sind, dass eine Besserung mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist und mein Zustand direkt zum Tode führen könnte, verlange ich:

Unterlassung, bzw. Abbruch aller lebensverlängernden Massnahmen, insbesondere intensivmedizinische Behandlung und Reanimation, künstliche Ernährung und Beatmung, Transfusionen, Infusionen und Sondenbehandlungen, Anwendung von Antibiotika und Chemotherapeutika, Durchführung diagnostischer Eingriffe.

Beschränkung der medizinisch-technischen Hilfe ausschliesslich auf optimale Linderung von Schmerzen und Beschwerden, um die mir verbliebene Lebensqualität so hoch wie möglich zu halten.

Die Verfügung habe ich mit meinem Hausarzt Dr. [redacted] besprochen. Für diesen Fall befreie ich ihn vom Berufsgeheimnis.





Wichtige Aspekte/Analyse Gespräch mit Sohn, Tochter und Hausarzt akut nicht erreichbar

Situation

Klinisch geriatrischer multimorbider Patient, bisher noch im Rollstuhl und manchmal am Rollator stabil gewesen

Seit dem Stroke Ereignis vor einem Jahr schwer dysarthrisch, Verständigung jedoch gegeben, seitdem im Pflegeheim

So wie die Situation im Altenpflegeheim war, war der Patient mit dem Leben nach ersten Adaptationsschwierigkeiten noch zufrieden, er leide jedoch unter Aphasie

Frage nach Situation und Bedeutung der PV (wurde nicht besprochen oder aktualisiert nach dem Strokeereignis)

Gemäss dem Sohn des Patienten wäre ein schlechterer Zustand als der jetzige sicher in der Patientenverfügung gemeint als Punkt in welchen eine weitere lebensverlängerung nicht gewollt wäre. Sollte er wieder in den Zustand kommen können wie er ihn zuvor im Altenpflegeheim gehabt hat, wäre dies im Sinne seines Vaters.

Gewähltes Procedere und Verlauf

Aktuelle Stabilisierung und CT zur Differenzial-
/Ausschlussdiagnose Stroke oder Status

Faktisch: Status; Durchbrechen möglich

Gespräch mit Tochter und Sohn des Patienten über den Zustand ihres Vaters. Beide wünschen die Aufnahme ihres Vaters im USZ, da sie in Zürich wohnhaft sind und ihren Vater so besser besuchen können. Auch seien sie überzeugt, dass es im Sinne ihres Vaters sei aktuell weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen (wie MRI, Doppler etc) durchzuführen, solange das Ziel sei, dass ihr Vater wieder ins Altersheim zurück gehen könne und am Rollator mobil sein könne. Sie seien sehr dankbar, dass wir das Gespräch mit ihnen aktiv gesucht hätten und versucht hätten im Sinne ihres Vaters zu handeln. Sie wünschen jederzeit über Zustandsänderungen informiert zu werden.

Im Verlauf Stabilisierung des Patienten

Logopädisch intensivere Beübung des Patienten dringend empfohlen

Schwierige Aspekte anamnestisch (aggressives Verhalten, depressive Episoden)

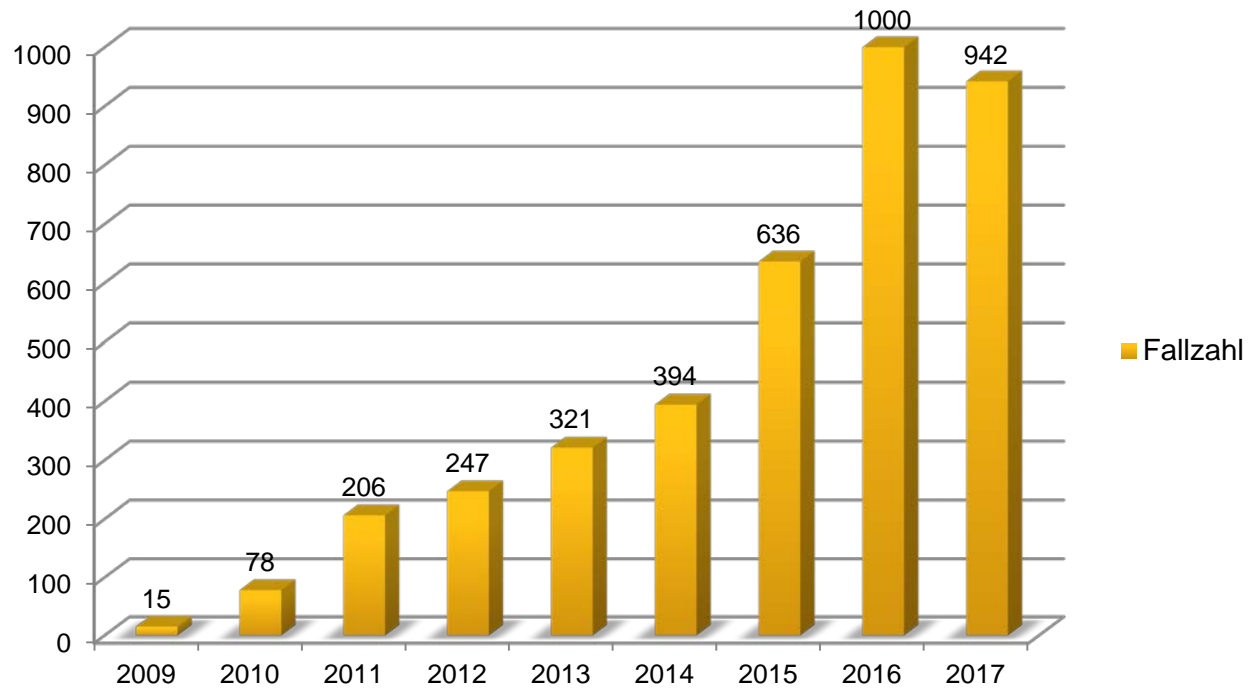
Nach 13 Tagen Austritt ins Pflegeheim

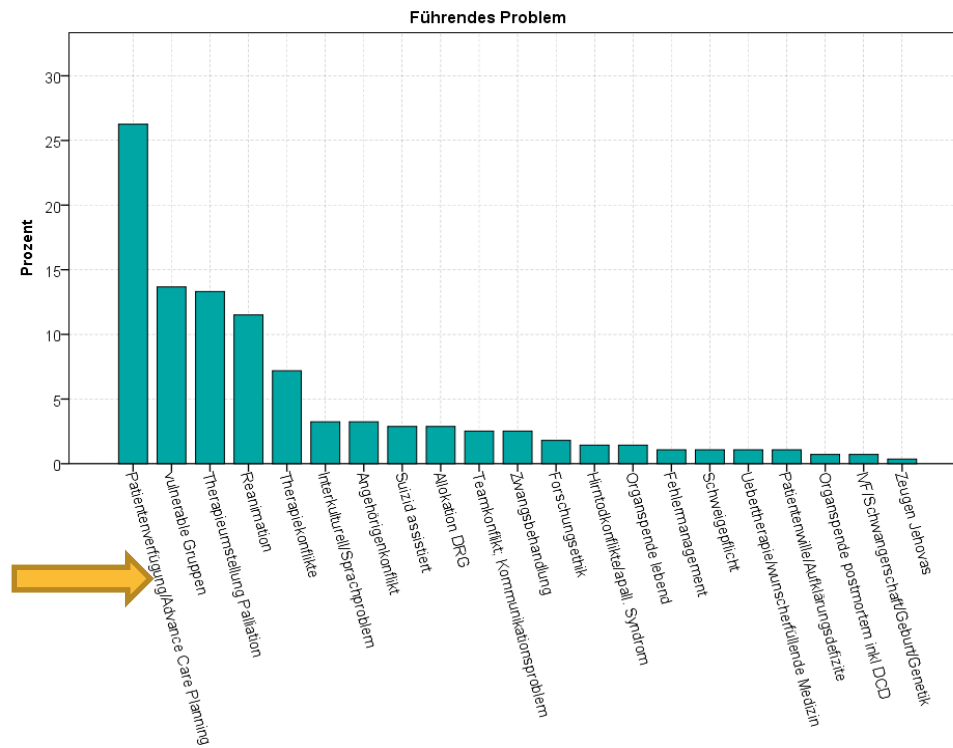
Nachbesprechung auf Notfallstation für Bezugspflege

Aktuell in Epilepsiesprechstunde gesehen, klinisch stabil auf sehr niedrigem Niveau , in anderem
Pflegeheim, mit neuer Betreuungsperson

Weiter keine Re Evaluation der Patientenverfügung....

Fallzahlen Klinische Ethik USZ 2009-2017





Gründe ?



1) Klassische Patientenverfügungen aus dem Internet

- a) Die «palliative Normal»
«wenn nichts mehr geht», «eine für alle Fälle» oder
«Notfälle je nach dem»-Beschreibung
- b) Ausfüllen alleine ohne adäquate Information,
- c) ohne Aufklärungs-/Beratungsprozess,
- d) ohne Anpassung
an den jeweiligen Gesundheitszustand
- e) Ohne zentrale Systemimplementierung

=

**Risiko nicht schlüssig/umsetzbar zu sein
trotz rechtlicher Geltung**

Beispiel 1 christliche Patientenverfügung

Formular der Christlichen Patientenvorsorge

..... Vorname Nachname Geburtsdatum
..... Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort Telefon / Mobil

Teil A: Benennung einer Vertrauensperson

■ I. Vorsorgevollmacht in Gesundheits- und Aufenthaltsangelegenheiten

Ich erteile hiermit als Person / Personen meines besonderen Vertrauens

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon / Mobil:

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon / Mobil:

und bei Verhinderung der oben genannten Personen

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon / Mobil:

Einzelvollmacht, mich in den nachfolgenden Angelegenheiten zu vertreten.

Teil B: Bestimmungen für meine medizinische Behandlung

■ I. Behandlungswünsche und Patientenverfügung

1. Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann und ich mich entweder aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verfüge ich durch Ankreuzen Folgendes:

- Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendigen Maßnahmen eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.
- Es soll keine künstliche Ernährung durch ärztliche Eingriffe (z. B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden. Durstgefühl soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute.
- Wiederbelebungsmaßnahmen sollen unterlassen werden.
- Auf künstliche Beatmung soll verzichtet werden, aber Medikamente zur Linderung der Atemnot sollen verabreicht werden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- Es soll keine Dialyse durchgeführt werden bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.
- Es sollen keine Antibiotika mehr verabreicht werden.
- Auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll verzichtet werden.
- Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant zu Hause nicht durchgeführt werden können.
- Wenn möglich, möchte ich zu Hause bleiben können und hier die notwendige Pflege erhalten.
- Wenn ich nicht zu Hause bleiben kann, möchte ich in folgende/s Krankenhaus / Hospiz / Pflegeeinrichtung eingeliefert werden:
.....
.....

Beispiel 2: FMH SAMW

1. Diese Patientenverfügung ist in folgenden Situationen anwendbar

Ich erstelle diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung für den Fall, dass ich krankheits- oder unfallbedingt nicht mehr fähig bin, meinen Willen zu äussern. Die Patientenverfügung soll zur Anwendung kommen:

in allen Situationen, in denen ich urteilsunfähig bin und medizinische Behandlungsentscheide getroffen werden müssen; das heisst, bei akuten, neu auftretenden Ereignissen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall, aber auch bei chronisch verlaufenden Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium;

Ich möchte mit meiner Patientenverfügung vor allem erreichen,...

<p>...dass die medizinischen Möglichkeiten zur Erhaltung meines Lebens ausgeschöpft werden. Mein Leiden soll bestmöglich gelindert werden, ich nehme aber in Kauf, dass die von mir gewünschte Lebenserhaltung mit Belastungen verbunden sein kann.</p> <p><input type="checkbox"/> Das trifft für mich eher zu.</p>	oder	<p>... dass die medizinische Behandlung vor allem der Linderung des Leidens dient. Die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis ist für mich nicht vorrangig. Ich nehme in Kauf, dass durch den Verzicht auf bestimmte medizinische Behandlungen mein Leben verkürzt werden kann.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Das trifft für mich eher zu.</p>
--	------	---

I Unerwartetes akutes Ereignis (z.B. Unfall, Schlaganfall, Herzinfarkt)

Wenn ich durch ein unerwartetes akutes Ereignis urteilsunfähig werde und es sich nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung als unmöglich oder unwahrscheinlich erweist, dass ich meine Urteilsfähigkeit wieder erlange, so verlange ich den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben.

ja nein

SRK PV

5. Medizinische Anordnungen

Massnahmen zur Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand (Reanimation ↗)

☞ Wählen Sie **eine** der möglichen Antworten aus.

Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation grundsätzlich in jeder Situation, d.h. auch bei einer schlechten medizinischen Prognose, wie beispielsweise bei einer bestehenden Erkrankung oder einer unmittelbar lebensbedrohlichen, nicht kurativ behandelbaren Vorerkrankung.

Ich gestatte die Durchführung einer Reanimation nur bei günstiger medizinischer Prognose, wenn der Vorfall im Spital, im Rahmen einer diagnostischen Abklärung oder einer therapeutischen Intervention (Operation), bei einer plötzlich auftretenden Herzrhythmusstörung oder bei gutem gesundheitlichen Vorzustand etc. eintritt.

Ich verbiete eine Reanimation grundsätzlich in allen Situationen.

Beispiel 3 Dokupass Pro Senectute

Im Besitze meiner geistigen Gesundheit bekunde ich nachstehend meinen Willen für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, eine Entscheidung zu treffen und/oder diese mitzuteilen. Ich wünsche, dass die Instruktionen der von mir bevollmächtigten Personen uneingeschränkt befolgt werden. Meine hiermit geäußerten Willensbekundungen und Anordnungen sollen Ärzte und Pfltegeteam sowie Angehörige und Freunde unterstützen und entlasten.

1.1 Anweisungen für medizinische Behandlungen

1.1.1 Anweisungen bei einer Prognose irreversibler Schädigung infolge Krankheit/Unfall

Für den Fall, dass ich Opfer einer schweren Gehirnschädigung werde, die zur dauernden und irreversiblen Beeinträchtigung meiner Denk- und/oder Kommunikationsfähigkeit führt (schwere degenerative Erkrankung des Gehirns mit zunehmender Demenz oder schwerer Hirnschädigung mit irreversiblen Defiziten in vielen Bereichen und eingeschränktem Bewusstsein) oder für den Fall, dass ich im Sterben liege, treffe ich folgende Verfügungen:

Ich verweigere **alle** diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen, auch Operationen und den Einsatz von Apparaten, die eine Lebensverlängerung bezwecken.

ja nein

Im Speziellen entscheide ich mich für folgende Massnahmen (fakultativ)

Ich möchte medikamentöse lebensverlängernde Behandlung(en), aber keine Operation(en) und keinen Einsatz von Apparaten.

ja nein

Im Bedarfsfall wünsche ich eine künstliche Flüssigkeitszufuhr mittels Sonde oder Infusion.

ja nein

Im Bedarfsfall wünsche ich eine künstliche Ernährung mittels Sonde oder Infusion.

ja nein

Bei Infektionen möchte ich mit Antibiotika behandelt werden.

ja nein

1.1.2 Palliativmedizinische Massnahmen

Unter allen Umständen wünsche ich alle palliativmedizinischen Massnahmen für ein bestmögliches Befinden (medizinische, pflegerische, physiotherapeutische Massnahmen etc.) insbesondere bei Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Unruhe, Angst oder anderen psychischen Leiden, und nehme auch eine allfällige therapiebedingte Bewusstseinstäubung in Kauf.

ja nein

1. Medizinische und pflegerische Massnahmen

- a. Ich erwarte vom behandelnden Arzt, dass er mir die notwendigen **schmerzlindernden Medikamente** verordnet, auch wenn diese eine Einschränkung meines Bewusstseins oder zu früherem Sterben führen sollten.
 ja nein
- b. Bei einer aus der Sicht des behandelnden Arztes höchstwahrscheinlich aussichtslosen Prognose, bei einer wahrscheinlichen Dauerschädigung des Gehirns, bei nicht rückgängig zu machendem (Irreversiblen) Versagen lebenswichtiger Körperfunktionen **wünsche ich keine apparativen oder medikamentösen Wiederbelebungsversuche.**
 ja nein
- c. Sollte ich eine Gehirnschädigung erleiden, durch welche meine normalen geistigen Funktionen beeinträchtigt bleiben und ich aller Voraussicht nach kein bewusstes Leben mit eigener Persönlichkeit mehr werde führen können, **wünsche ich die Einstellung jeglicher Therapie.**
 ja nein
- d. Unabhängig von den therapeutischen Massnahmen **wünsche ich keine künstliche Ernährung**, weder durch Infusion noch durch Magensonde.
 ja nein

2. Ergänzende Anordnungen

- a. Ich bin mit der Obduktion meines Körpers nach meinem Tod einverstanden
 ja nein
- b. Ich bin mit der Entnahme von Organen nach meinem Tod einverstanden
 ja nein

«Vertreterverfügung»

Der Patient lebt seit längerer Zeit aufgrund seiner posttraumatischen Behinderung nach Töff Unfall mit 20 Jahren in einem Heim für Menschen mit Behinderungen. Dort (etwas widersprüchlich) gemäss Hausärztin noch bis vor kurzem geschützt gearbeitet gemäss Schwägerin sei letzten Monaten nach der "Eskalation" (s.u.) nicht. Ein wichtiger Lebensinhalt war Alkoholkonsum und rauchen. Aufgrund "Ausfälligkeiten" sei ihm der Alkohol vor längerer Zeit im Heim weggenommen worden, umso wichtiger sei ihm das Rauchen (quasi Kettenraucher) Es sei ihm im letzten Jahr schwerer gefallen, seine Zigaretten anzuzünden, die Hausärztin hatte darauf angeregt, mögliche leichtere Anzündmöglichkeiten zu besorgen, ist sich aber unsicher ob dies erfolgt ist. Gemäss Schwägerin war er seit den letzten Monaten auf die Hilfe der Pflege angewiesen um Rauchen zu können. Da dies nicht in seinem Sinne möglich war sei er ausfällig geworden und daraufhin in die Psychiatrie eingewiesen worden. (gemäss HÄ und Schwägerin), dort Einstellung mit Medikamenten, seitdem gemäss Schwägerin deutlich mehr zurückgezogen, kaum noch Kontaktaufnahme. Gemäss Hausärztin Verordnung von Dipiperon in Reserve seit Januar 2018, da der Patient zunehmend unter Schlafstörungen gelitten habe und unruhig gewesen sei. Sie selber habe ihn jedoch seit längerem nicht gesehen.

Patientenwille

Im ausführlichen Gespräch mit Hausärztin (hat Patienten jedoch eher selten gesehen, kennt ihn seit 2012) und vertretungsberechtigter Schwägerin (sehr zugewandt, länger keinen Kontakt mit dem Patienten gehabt da sie sich von ihrem mittlerweile verstorbenen Mann getrennt hatte, jedoch seit mehreren Jahren wieder enger, da Mutter des Patienten sehr überfordert und die Geschwister des Patienten keinen Kontakt haben, daher erst finanziell, nun seit längerem vollumfängliche Beistandschaft) hatte der Patient durchaus Lebensqualität als der "Eigenbrödl" der er war, nach der Eskalation wegen der Rauchproblematik und Psychiatrieeinweisung jedoch deutliche Einschränkung der Teilhabe am Leben.

Aus Sicht der Hausärztin ist der Patient für einfachere Sachverhalte urteilsfähig. Die vorliegende Patientenverfügung wurde durch die Pflege im Heim mit Patient ausgefüllt und weder mit Schwägerin noch mit der Hausärztin besprochen. (auf Ambivanenz in der Verfügung angesprochen bestätigen beide, diese wahrgenommen zu haben. Die

Alle Life Coach Leistungen im Überblick

Unterstützung vor, während und nach dem Tod. Dank einer klugen Versicherung und dem innovativen Sicherheitsbaustein «Life Coach».



Lebensversicherungen mit Life Coach > Was wäre wenn > Fragen, die Sie sich stellen sollten

10 Fragen, die Sie Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin am besten noch heute stellen sollten:

Jeder Mensch ist anders – und hat individuelle Sorgen und Ängste. Eine gute Vorsorge geht auf diese persönlichen Bedürfnisse ein. Und wie ist das bei Ihnen? Es ist wichtig, mit dem Partner oder der Partnerin über Wünsche, Ängste und Hoffnungen zu sprechen.

1. Wie stehst du zum Thema Organspende?

> FRAGE JETZT STELLEN

2. Was wünschst du dir für mein Leben nach deinem Tod?

> FRAGE JETZT STELLEN

3. Welche Zukunftswünsche hast du für unsere Kinder?

> FRAGE JETZT STELLEN

4. Wie möchtest du bestattet werden?

> FRAGE JETZT STELLEN

Freitag der 13. – ein guter Tag für mehr Klarheit.

Dies sind die 6 wichtigsten Dinge, welche Menschen vor ihrem Tod erledigen sollten.



H. Bucher, Life Coach der Basler Versicherungen, Er steht für Sie da, wenn nach Todesfällen eingetretene Sorgen und Ängste in der Antragsbearbeitung, Administration und Organisation die bestmögliche Hilfe.

Keine Angst, trotz seines schlechten Rufs ist Freitag, der 13. statistisch gesehen ein Tag wie jeder andere. Aber vielleicht gibt Ihnen ja gerade dieses Datum **den nötigen Kick, ein paar Dinge zu erledigen**, welche von fast allen auf die lange Bank geschoben werden.

«In meiner **langjährigen Erfahrung als Life Coach** sind es diese sechs Dinge, welche im **Todesfall den Hinterbliebenen** am meisten helfen würden:

1. Testament
2. Patientenverfügung
3. Sorgerechtsverfügung
4. Notfallkontakte
5. Bestattungsverfügung
6. Datenvererbung

Alle Formulare haben wir Ihnen online vorbereitet: baloise.ch/life-coach

Wir machen Sie sicherer.

Komplexität

z.B erfolgreiche Reanimation, Umsetzen einer Patientenverfügung
braucht ein komplettes System und Qualitätsprozess

Patient
gefunden

Diagnose
Herzstillstand

144

Herzalarm zum Herzteam

Sicherer Transfer zur IPS

Team zum Patienten

Rollen und Interaktionen
klar

Notwendiges Equipment
beim Patienten

Qualitäts-
management

Team fähig zur REA

Equipment funktioniert



Lösungsvorschlag?



«NO CPR»

06. Oktober 2011 22:43; Akt: 06.10.2011 23:35

Todes-Stempel stürzt Ärzte ins Dilemma

Mit einem Stempel auf der Brust kann man neu klar machen, dass man im Notfall nicht wiederbelebt werden will. Ärzte und Sanitäter stecken in einem Dilemma.



John Marinello von der No CPR GmbH präsentiert seinen Stempel gegen Herzmassagen.

Advance Care Planning = Gesundheitliche Vorausplanung als Lösungsansatz





Erste ACP Definition:

Gemeinsame
Entscheidungsfindung
Shared decision making

"... Ein **Prozess** der den Patienten **befähigt**, seine Wünsche **gemeinsam** mit seinem **Behandlungsteam**, seiner Familie und anderen **wichtigen Bezugspersonen** auszudrücken. Gegründet auf dem ethischen **Prinzip der Patientenautonomie** und der legalen Bestimmung einer informierten Zustimmung hilft eine bestmögliche Vorausplanung, das **Konzept der informierten Zustimmung auch tatsächlich zu respektieren**, wenn der Patient **nicht** mehr in der Lage ist, **aktiv an medizinischen Entscheidungen teilzunehmen**"

Anspruchsrecht:
Kontinuierliche Aufgabe
des Gesundheitswesens

Ethische Grundlage: Realisierte
Patientenautonomie

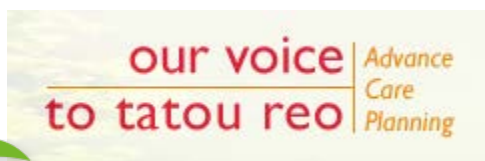
Ziel: Bestmögliche **informierte Zustimmung** für zukünftige medizinische Behandlungen bei urteilsunfähigen Patienten

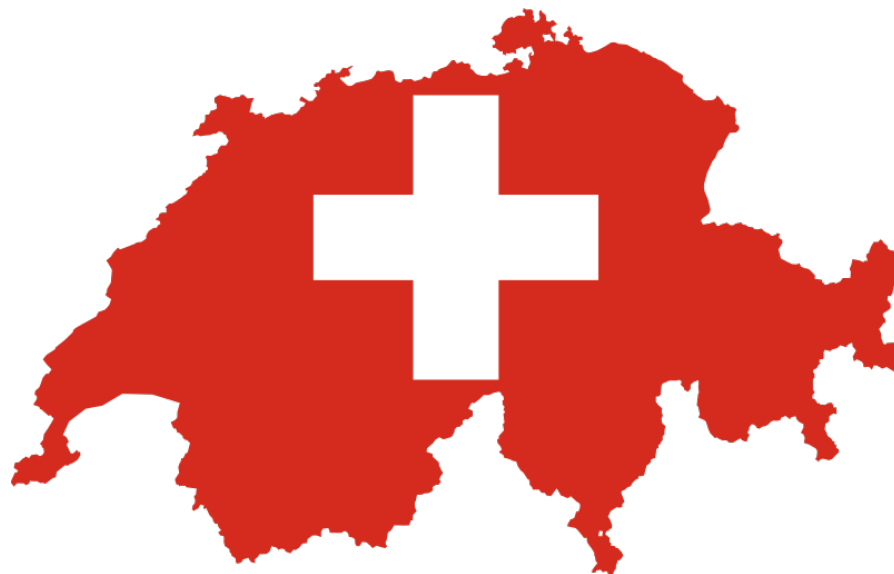
Singer, Robertson, Roy 1996. Bioethics for Clinicians. Advance Care Planning. CMAJ 15;155:1689-92
Teno, Nelson, Lynn 1994. Advance Care Planning. Priorities for ethical and empirical research. Hastings Center Report 24;S32-36)

Definition Delphi Rietjens et al 2017

ACP was defined as the ability to enable individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and health-care providers, and to record and review these preferences if appropriate. Recommendations included the adaptation of ACP based on the readiness of the individual; targeting ACP content as the individual's health condition worsens; and, using trained non-physician facilitators to support the ACP process

ACP International («ACP-I»)







Faktenblatt Advance Care Planning

**Gesundheitliche Vorausplanung
mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»**
Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz



Bundesamt für Gesundheit BAG

Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»

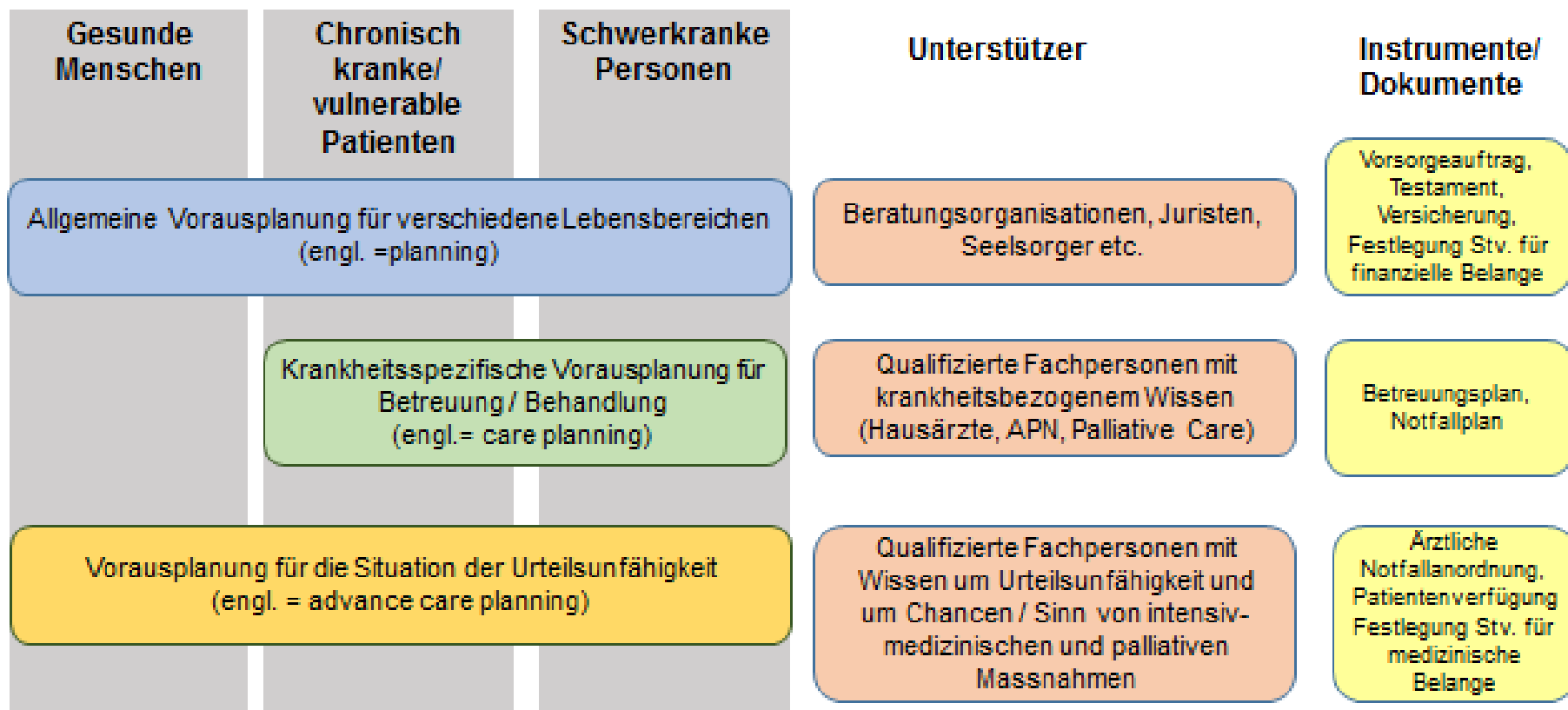
S.Eychmüller, T. Krones, L. von Wartburg, S. Felber (Steuergruppe)



Foto: W. Imhof



Gesundheitliche Vorausplanung



1. Sensibilisierung der Fachwelt und Bevölkerung
2. Integration von ACP in Aus-, Fort und Weiterbildung;
Grundfertigkeiten/Spezifische ACP Fertigkeiten
3. Verschiedene interprofessionelle ACP Modelle möglich
4. Möglichst einheitliche Dokumentation; PV mindestens
regional/kantonal, Ärztliche Notfallanordnung national –E
Health Integration
5. Fokus auf chronisch und schwer kranke Patienten
6. Regionale Koordination
7. Vergütung
8. Forschung/Qualitätssicherung

APN/CNS*: ACP als Bestandteil des Scope of Practice

*Clinical Nurse Specialist

Handlungsfelder:

- Mesoebene (Institution/Team)
- Mikroebene (Patient)

Meehan 2009 Clin Nurs Spec 23(5) 258-264

**Table 3. Clinical Nurse Specialist
Advance Directive Checklist**

CNS Advance Directive Checklist

System

- Assess the importance of advance directives to the institution
- Appoint a champion or program supporter
- Coordinate the institution's involvement in local advance directive improvement projects
- Evaluate the effectiveness of existing committees and programs within the system
- Ensure that method of documentation incorporates a patient's advance directive into his/her plan of care
- Measure program outcomes

Nursing

- Evaluate nursing staff's perceptions of advance directives
- Verbalize impact and expectations of proposed changes to advance directive process
- Assess learning needs of staff and provide education courses as needed
- Increase awareness of advance directives within the nursing and healthcare communities
- Empower an advance directive task force

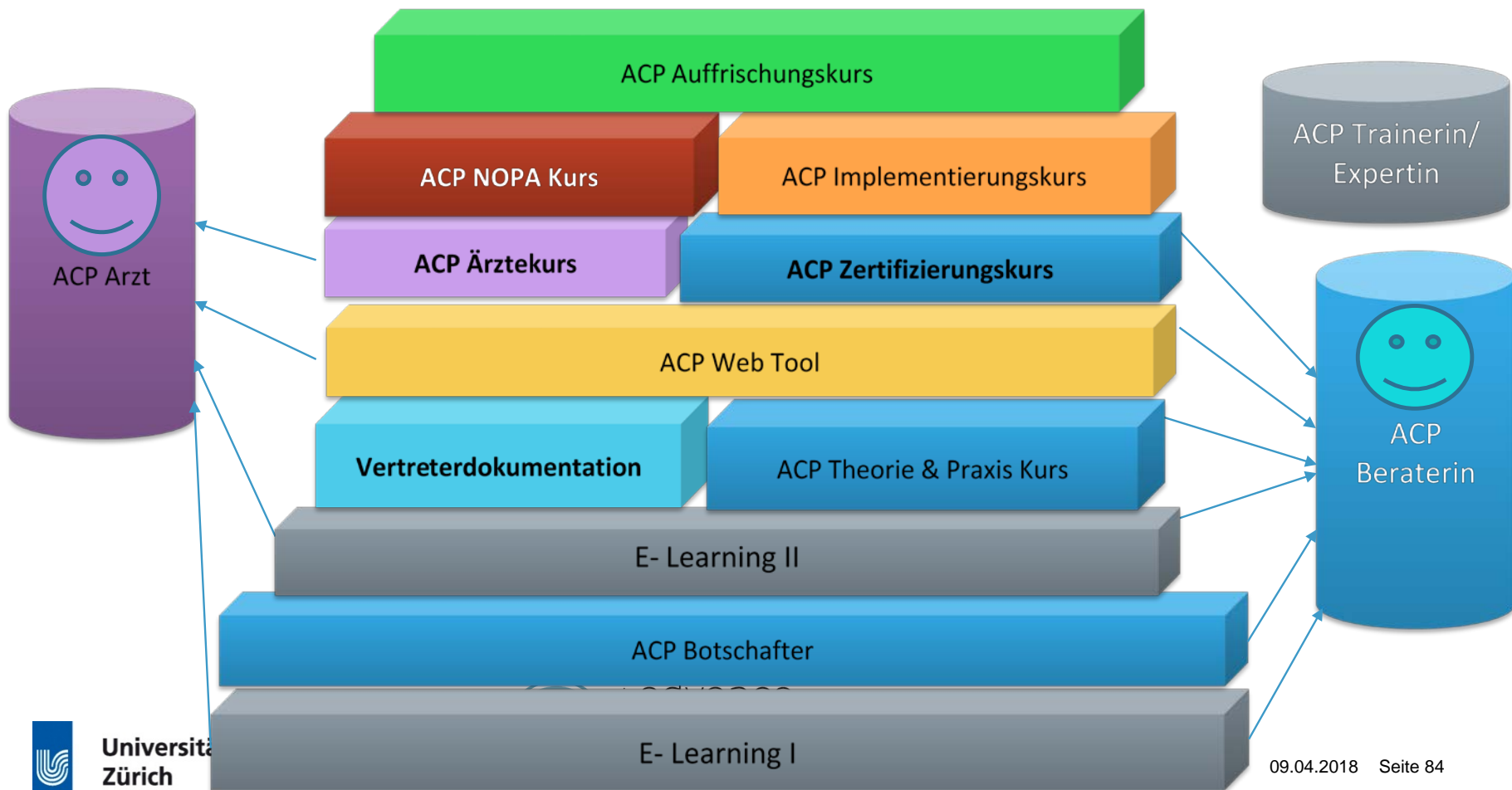
Patient

- Develop a therapeutic relationship with patient through open communication
- Determine patient's values, beliefs, and goals of care
- Discuss possible choices for surrogates and their role in the process
- Re-enforce that relationship with the patient will continue through the postoperative period
- Provide resource list with Web sites and contact information on advance directive programs

ACP → DACH



advance
care planning
medizinisch begleitet. ®



E – Learning

Hilfe



UniversitätsSpital
Zürich



advance
care planning
medizinisch begleitet.



Advance Care Planning (ACP)
Basics



UniversitätsSpital
Zürich

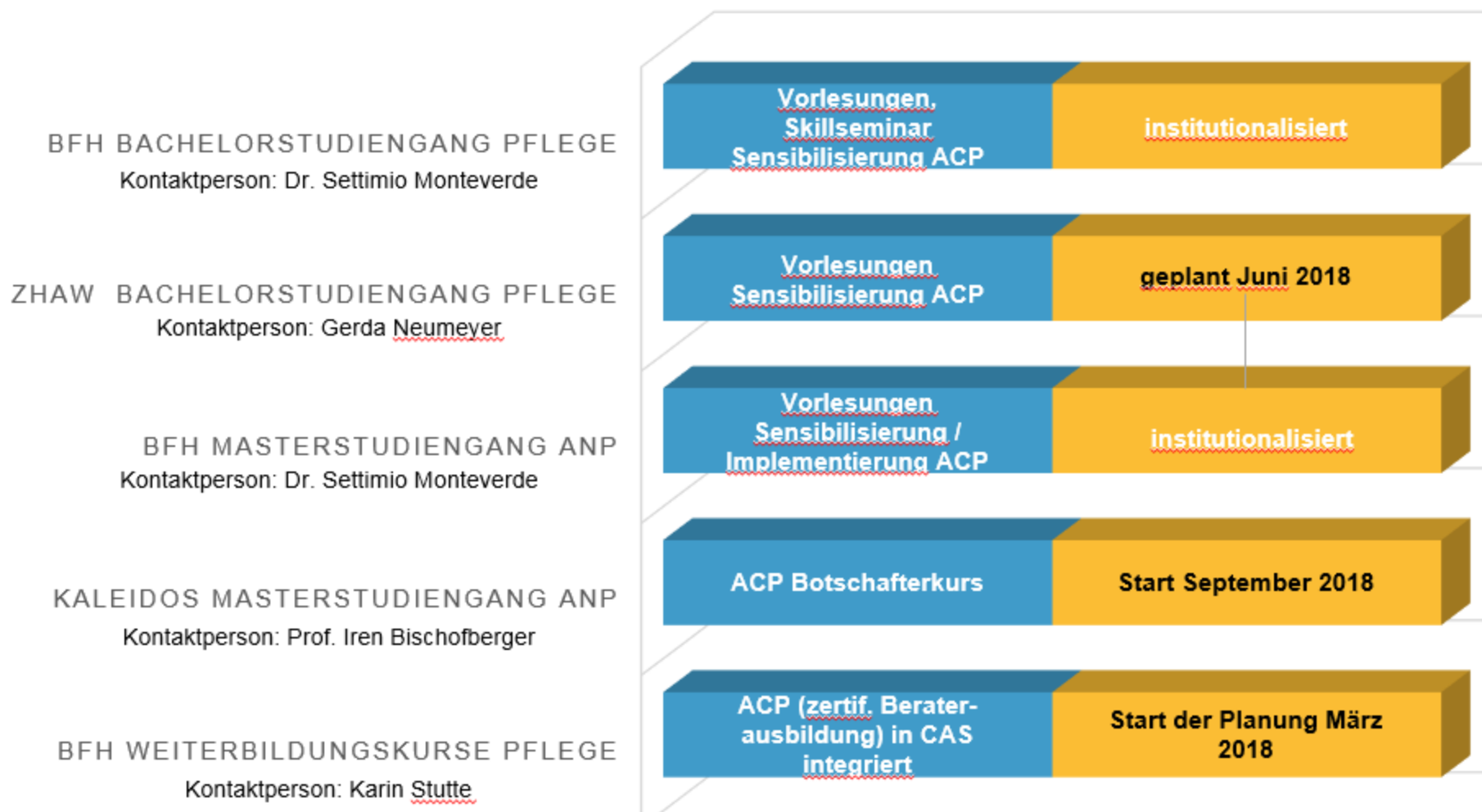


advance
care planning
medizinisch begleitet. ®

Video

Advance Care Planning in der Pflegeausbildung

STAND MÄRZ 2018

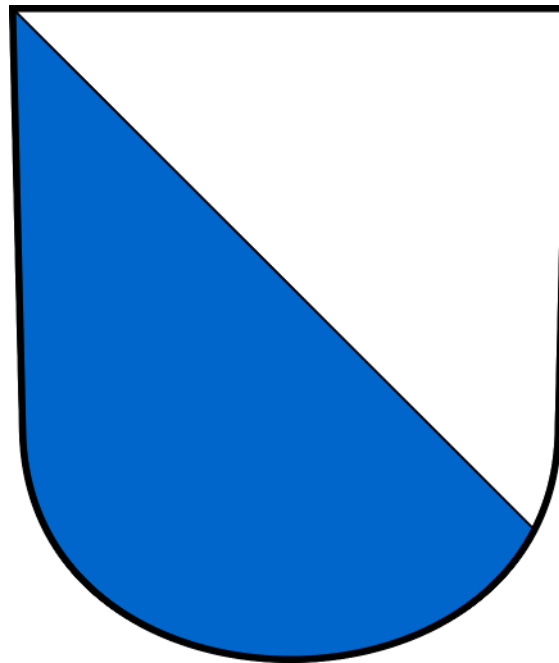


Aktuelle Forschungsprojekte
unter Führung/Beteiligung Pflegewissenschaften, u.a.

CHUV: (Leitung Prof Ralf Jox)
SAMW ACP Studie für Menschen mit Demenz

Basel: (Prof. Michael Simon)
NFP74 Intercare Studie
(nurse-led care models in Swiss Nursing
homes)

Regional





Sabine Arnold
@cashina77

Folgen

Monika Obrist stellt Perle von #palliative zh+sh vor: die NOPA-App. Für weniger Blaulicht am Lebensende



Gefördert von der GD Kanton Zürich



Nutzen des ACP NOPA Tools

- Leitfaden für ACP Beratung
- Relevante Notfallsituationen werden nicht verpasst
- Unrelevante Notfallsituationen werden nicht aufgeführt
- Notfallmassnahmen werden an Behandlungsziel und ÄNO angepasst

ACP-NOPA web application

Advance Care Planning und Notfallplanung Palliative

The screenshot shows the user interface of the ACP-NOPA web application. At the top, there is a header bar with the logos for 'advance care planning' (with the tagline 'medizinisch begleitet. ®') and 'palliative zh+sh'. Below the header, a navigation menu shows 'PATIENTEN' with a dropdown arrow. The main content area is divided into three sections: 'PATIENTENSUCHE' (orange background) with the description 'Übersicht aller Patienten welche im System erfasst sind'; 'NEUER PATIENT' (teal background) with the description 'Erfassung eines neuen Patienten und seiner Basisdaten'; and 'SYSTEMNEWS' (blue background) with two news items: '19. DEZEMBER 2017 - Update Patientenverfügung durchgeführt' and '18. DEZEMBER 2017 - Update Patientenverfügung aktuell im Prozess'. At the bottom of the screenshot, the 'advance care planning' logo is repeated.

Standortbestimmung zur Therapiezielfindung

STANDORTBESTIMMUNG ZUR THERAPIEZIELKLÄRUNG

Lebenserfahrungen und Behandlungserwartungen


Ich beschreibe im Folgenden meine persönliche Werthaltung, um den medizinischen Fachpersonen und meinen Angehörigen die allgemeine Orientierung in schwierigen Entscheidungssituationen zu erleichtern.





Motivation

Ich verfasse die vorliegende Patientenverfügung weil:

Ich möchte so behandelt werden, wie es meinen Vorstellungen entspricht. Meine Frau und auch mein Arzt sollen wissen was zu tun ist, wenn ich nicht mehr reden kann.

Grunderkrankungen – Individualisierung der Planung

PATIENTEN ▾ PETER MUSTER ▾ VORBEREITUNG ▾ BERATUNG ▾ NOTFALLPLAN ▾

| Peter Muster | Grunderkrankung

GRUNDERKRANKUNG - 10. JULI 2017 14:30

1. Basisdaten
2. Angehörige
3. Betreuende
4. Vertretungsberechtigungen
5. Grunderkrankung
6. Vorhandene Medikamente

Grunderkrankung

Tumor
 Herz
 Lungenkrankheit
 Neurologische Erkrankung
 Dialyse-Abbruch

Tumor

Primär Tumor	Metastasen	Chemo
<input checked="" type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Chemo
<input type="checkbox"/> Kopf Hals	<input type="checkbox"/> Lunge	<input checked="" type="checkbox"/> Keine Chemotherapie
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Abdomen	
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Knochen	
<input type="checkbox"/> Muskulo - Skelletal		
<input type="checkbox"/> Mamma		

Speichern
Mögliche Notfallsituationen

Übertragung krankheitsspezifischer Daten aus dem Austrittsbericht auf palliative Situationen


ACP – NOPA Notfallplan

Notfallplan für Peter Muster4 - 1. Jan 1966

Bearbeiten

Auf Systemdaten zurücksetzen

Ärztliche Notfallanordnung

C1  uneingeschränkte lindernde/palliative Behandlung ausschliesslich am aktuellen Betreuungsort
> Notfallplanung erforderlich

Notfallnummern:

Palliative Arzt, Doktor,


Notfall	Was machen?
Keine Reaktion, keine Atmung	NICHT 144 anrufen! Ruhe bewahren Hand halten und beobachten Notfallnummer anrufen
Atemnot	Oberkörper hochlagern, Fenster öffnen. Reservemedikation gegen Atemnot geben. Gewicht kontrollieren: bei Gewichtszunahme von 1.5 kg gegenüber Vortag: doppelte Dosis der Wassertabletten verabreichen. Gewicht nach ca. 12 Stunden wieder kontrollieren: falls Gewicht nicht zurückgeht, Notfallnummer anrufen. Diuretikum spritzen. Bei anhaltender Atemnot Reservemedikation gegen Atemnot (Opiat) nehmen, bis stündlich wiederholen. Palliative Sedation, falls erwünscht.
Schmerz	Reservemedikation Schmerz Herz nehmen Bei fehlender Besserung: Reservemedikation Schmerzen bis stündlich wiederholen Notfallnummer anrufen Palliative Sedation erwägen, falls erwünscht
Verwirrung, Unruhe	Reservemedikation einnehmen Notfallnummer anrufen, Ursache zu Hause klären, soweit sinnvoll
Sturz	Ruhe bewahren Schmerzen behandeln siehe Schmerz Notfallnummer anrufen



Notfallsituation

plötzliche unvorhergesehene Urteilsunfähigkeit

Keine Diagnose



Therapieziel & medizinische Massnahmen

ÄNO

schwere Krankheitssituation

länger andauernde Urteilsunfähigkeit

Diagnose & Prognose




Therapieziel & medizinische Massnahmen

chronische Krankheitssituation

bleibende Urteilsunfähigkeit

Diagnose & Prognose



Therapieziel & medizinische Massnahmen

Geplante Intervention

Vorhersehbare oder länger andauernde Urteilsunfähigkeit

Evtl. Diagnose & Prognose



Therapieziel & medizinische Massnahmen

Peri Interventionelle ÄNO

Lebensverlängernde, symptomatische und palliative Behandlung

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: abhängig von der Prognose

Therapieziel: Linderung (Palliation), nicht lebensverlängernd

Therapieziel: ausschließlich lebensende Therapie

7 Behandlung bei bleibender Urteilsunfähigkeit

Bei einem oder mehreren Kriterien nach untenstehendes Versum der folgenden, endet zu entscheiden, soll für medizinische Behandlungen gelten:

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: abhängig von der Prognose

Therapieziel: Linderung (Palliation), nicht lebensverlängernd

Therapieziel: ausschließlich lebensende Therapie

Peri- und postinterventionelle Ärztliche Notfall-Anordnung P-ÄNO

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Linderung (Palliation), nicht lebensverlängernd

Therapieziel: ausschließlich lebensende Therapie

Peri- und postinterventionelle Ärztliche Notfall-Anordnung P-ÄNO

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Linderung (Palliation), nicht lebensverlängernd

Therapieziel: ausschließlich lebensende Therapie

Videos Decision Aids / Entscheidungshilfen



1. Lebensverlängerung in jedem Fall
2. Lebensverlängerung in vorher ausgewählten Fällen
3. Lebensqualität und Wohlbefinden in jedem Fall

PD Dr. Dr. med. Kathrin Zaugg



Herz- Lungen- Wiederbelebung / Atemnot / Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe / Dialyse / Betreuung in der letzten Lebenszeit

Auf die durchschnittlichen Zahlen des Reanimationserfolgs im Spital bezogen, sieht das Bild wie folgt aus:



Wissenschaftliche Daten zeigen, dass von den
17 Überlebenden,
13 Patienten (gelbe Gesichter) so gesund sind wie zuvor
oder lediglich leichtere Beeinträchtigungen aufweisen.
2 - 6 Patienten (rote Gesichter) einen schweren
Hirnschaden davontragen.

Nr. 1
Bestseller
»New York
Times«

Atul
Gawande



Sterblich
sein

Was am Ende wirklich zählt
Über Würde, Autonomie und
eine angemessene
medizinische Versorgung

S. FISCHER



Ein gut begleiteter Tod dort, wo man sterben möchte ...

Patient schwerst krank

Diagnose gemäss PV

ÄNO vorhanden

Team/ Familie beim Patienten gemäss Plan

Sicheres Verbleiben zuhause



Rollen und Interaktion klar

Notwendige Medikation beim Patient

Team fähig notwendige palliative Massnahmen zu ergreifen

Medikation ist ausreichend

Fazit:

- 1. Es lohnt sich ACP gemeinsam zu implementieren; Trigger: Spital; Pflegeheim; ambulante Versorgung**
- 2. Aber es braucht einen grossen regionalen und nationalen Effort**
- 3. Und die Offenheit, die Konzepte passend für den regionalen und individuellen Kontext zu monitorisieren, zu re-evaluieren und zu adaptieren**

Änderung ACP Notfallverordnung USA 2016



“In the event that you stop breathing or your heart stops beating and Donald Trump is President, would you want us to resuscitate you?”