



„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu  
geben, sondern den Tagen mehr Leben.“  
Cicely Saunders, 1967

## Palliative Care Konzept

Alters- und Pflegeinstitutionen der Region Rorschach - Goldach

vom Verwaltungsrat des PeLago, Pflegeheim der Region Rorschach  
am 17. September 2015 genehmigt

**PeLago**  
Pflegeheim der Region Rorschach

## Inhalt

1.	Einleitung .....	4
1.1	Ausgangslage .....	4
1.2	Entstehung und Ziele dieses Grundlagenkonzeptes .....	4
1.2.1	Mitwirkende .....	4
1.2.2	Ziele.....	5
1.3	Geltungsbereich .....	5
2.	Palliative Care .....	6
2.1	Definition .....	6
2.2	Gewährleistung von Lebensqualität .....	7
2.3	Palliative Care und Selbstbestimmung.....	8
2.4	Palliative Care- und Hospiz- Kultur .....	8
2.5	Empfänger von Palliative Care.....	8
3.	Interpersonelle und interprofessionelle Zusammenarbeit.....	9
3.1	Zusammenarbeit mit den Angehörigen .....	9
3.2	Organisierte (institutionalisierte), formelle Freiwilligenarbeit.....	9
3.3	Kern- und Behandlungsteam .....	10
3.3.1	Kernteam.....	11
3.3.2	Interprofessionelles Betreuungsteam mit Bewohnerkontakt.....	11
3.3.3	Erweitertes interprofessionelles Betreuungsteam .....	12
3.3.4	Organisation der Betreuung und Behandlung .....	12
3.4	Vernetzung .....	12
3.5	Kommunikation.....	12
3.6	Umgang des Kern- und Behandlungsteams mit psychischen und physischen Belastungen.....	13
4.	Palliative Care und Ethik .....	14
4.1	Multidimensionalität .....	14
4.1.1	Physische Dimension .....	14
4.1.2	Psychische Dimension.....	14
4.1.3	Soziale Dimension .....	14
4.1.4	Spirituelle Dimension .....	15
4.2	Ethische Aspekte .....	15
4.2.1	Ethische Herausforderungen und Dilemmata.....	15
4.2.2	Unsere Visionen .....	16
4.2.3	Autonomie respektieren .....	16
4.4	Entscheidungsprozesse.....	16
4.4.1	Allgemeines .....	16

4.4.2	Der „Runde Tisch“ .....	17
4.4.3	Ethische Entscheidungsprozesse .....	18
4.4.4	Ethisches Entscheidungsmodell: Der „7-Schritte-Dialog“ .....	18
4.4.5	Wenn die Bewohnerin oder der Bewohner nicht (mehr) will .....	18
4.5	Sterbehilfe .....	19
4.5.1	Einleitung.....	19
4.5.2	Begriffsklärungen und Definitionen .....	19
4.5.3	Sorgfaltskriterien der Nationalen Ethikkommission (NEK) für Suizidbeihilfe .....	20
4.5.4	Regelung für das Alters- und Pflegeheim.....	20
4.5.5	Quellen und Literatur zur Sterbehilfe.....	22
5.	Palliative Care bei Menschen mit Demenz .....	23
6.	Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner .....	25
6.1	Patientenverfügung.....	25
6.2	Vorsorgeauftrag .....	25
7.	Umgang mit Sterben, Tod und Trauer .....	26
7.1	End of Life Care.....	26
7.2	Wichtige Aspekte der Sterbebegleitung .....	26
7.3	Abschied und Trauer .....	26
8.	Symptommanagement am Lebensende .....	28
8.1	Symptome und deren Erfassung.....	28
8.2	Symptome und deren Behandlung.....	28
8.3	Anhänge .....	31
8.3.1	Palliative Reservemedikation .....	31
8.3.2	Algorithmische Therapieempfehlungen für Symptome in Sterbephase .....	32
8.3.3	Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)und Visuelle Analog Skala (VAS) .....	38
9.	Fort- und Weiterbildung .....	40
10.	Umsetzung und Evaluation.....	41
10.1	Umsetzung .....	41
10.2	Anpassung.....	41
11.	Abschluss.....	41

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

In unserer Gesellschaft steigt die Lebenserwartung stetig. Durch Fortschritte in Hygiene, Ernährung und Medizin nimmt der Anteil an chronisch kranken und schwerkranken Menschen zu. Die Multimorbidität als charakteristisches Phänomen des Alters kommt auch in unseren Alters- und Pflegeinstitutionen der Region Rorschach-Goldach immer häufiger vor. Die Komplexität der Pflege, Betreuung und Behandlung nimmt weiterhin zu.<sup>1</sup>

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung führt dazu, dass die Alters- und Pflegeinstitutionen in den kommenden Jahren mit einer wachsenden Anzahl komplexer Betreuungsaufgaben konfrontiert werden.

Gemäss neuen Definitionen von Palliative Care arbeiten wir in unseren Alters- und Pflegeheimen permanent im Bereich von Palliative Care. Unsere Bewohnerinnen und Bewohner leiden oft an chronischen Krankheiten, die nicht kurativ angegangen werden können. Deshalb müssen unsere Pflege, Betreuung und Behandlungen auf eine optimale Palliative Care ausgerichtet sein. In unseren Institutionen soll eine gelebte Palliative Care- und Hospizkultur im letzten Lebensabschnitt unserer Bewohnerinnen und Bewohner ein menschenwürdiges Leben mit höchst möglicher Lebensqualität und Selbstbestimmung ermöglichen.

Der Bund hat in seiner nationalen Strategie für Palliative Care (Oktober 2012) den Handlungsbedarf zur Förderung der Palliative Care in der Grundversorgung aufgezeigt. Die Kantone, die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) und Curaviva haben entsprechende Empfehlungen zur Umsetzung ausgearbeitet. Nach diesen möchten wir uns in unseren Langzeitpflegeinstitutionen vorwiegend richten.

## 1.2 Entstehung und Ziele dieses Grundlagenkonzeptes

### 1.2.1 Mitwirkende

Dieses Palliative Care Konzept wurde gemeinsam von Delegierten der Alters- und Pflegeinstitutionen der Region Rorschach-Goldach erarbeitet. Im Sinne von Palliative Care wurde von Anfang an auf eine breite Abstützung und Zusammenarbeit mit den Palliative-Care-Netz-Partnern der Region geachtet.

- Regionales Pflegeheim PeLago, Rorschacherberg
- Altersheim der Stadt Rorschach, Rorschach
- Betagtenheim Haus zum Seeblick, Rorschacherberg
- la vita Seniorenzentrum, Goldach
- Pflegeheim Helios, Goldach
- Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft
- Vertreterinnen und Vertreter beider Landeskirchen
- Vertreterinnen und Vertreter der Hospizgruppen Rorschach / Rorschacherberg und Goldach
- Vertreter der Spitex Bodensee
- Vertreterin der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde Region Rorschach

---

<sup>1</sup> Bundesamt für Gesundheit, BAG (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care.

### **1.2.2 Ziele**

Dieses Grundlagenkonzept Palliative Care soll die Umsetzung von Palliative Care in diesen Institutionen erleichtern und fördern.

Das Konzept richtet sich an die Mitarbeitenden im Sinne von richtungsweisenden Grundlagen, Leitlinien und Werten, die bei der täglichen Arbeit hilfreich sein können.

In den in diesem Konzept angeschlossenen Institutionen soll eine gelebte Palliative- und Hospiz-Kultur die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch der Mitarbeitenden verbessern.

Die inter-institutionelle und inter-professionelle Zusammenarbeit im regionalen Palliative Care-Netz soll durch die konzeptionelle Arbeit und deren Umsetzung weiter ausgebaut und verbessert werden.

Die Zusammenarbeit und der Austausch unter den Palliative Care Netzwerk-Partnerinnen und Partnern soll zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner, sowie der Mitarbeitenden intensiviert werden.

Unsere Angebote und Dienstleistungen im Bereich Palliative Care sollen besser definiert und bekannt gemacht werden.

Qualitätskriterien für palliative Medizin, Pflege und Betreuung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege von palliative ch sollen berücksichtigt werden.<sup>2</sup>

### **1.3 Geltungsbereich**

Dieses Konzept ist für alle Mitarbeitenden verbindlich. D.h. es wird von allen Mitarbeitenden gemäss ihren Aufgaben und Kompetenzen stufen- und funktionsgerecht angewendet. Für externe und interne Kooperationspartnerinnen und -partner wie auch für Interessierte dient es als Orientierungshilfe. Dadurch wird transparent, was in diesen Institutionen Gültigkeit hat.

---

<sup>2</sup> palliative ch – Qualitätskriterien stationär, 21.09.2011.

## 2. Palliative Care

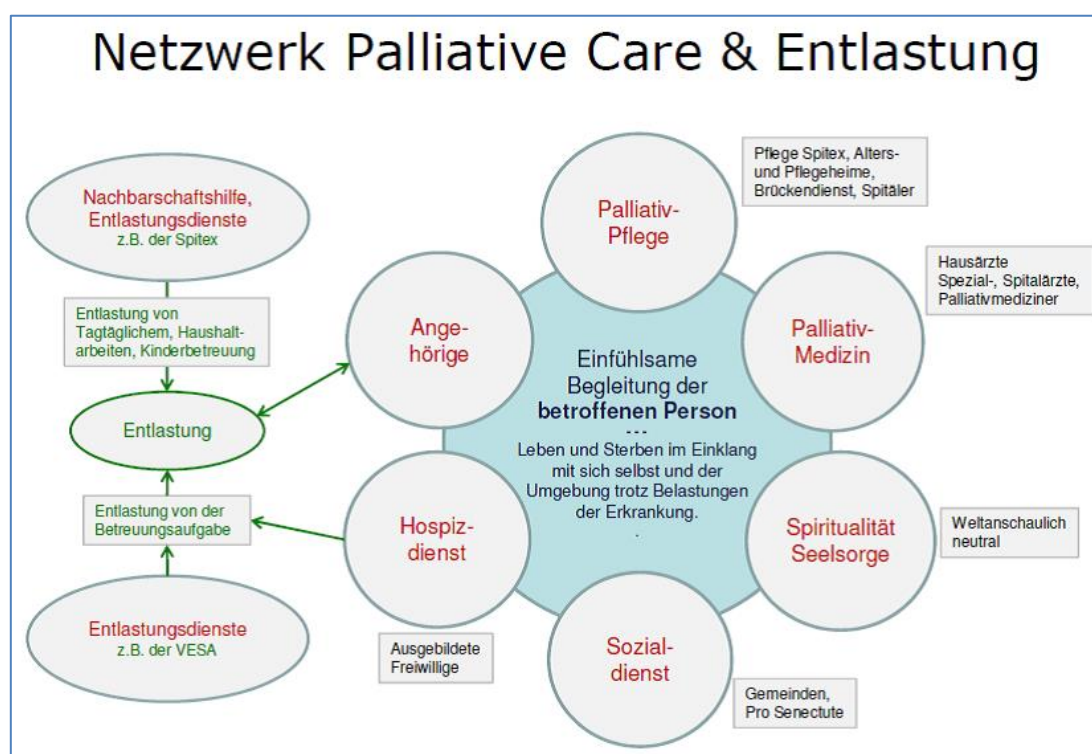
### 2.1 Definition

Es gibt zahlreiche Definitionen von Palliative Care. Im vorliegenden Konzept halten wir uns an die Referenzdefinition des Bundesamtes für Gesundheit, die in der „Nationalen Strategie Palliative Care 2013-2015“ gemäss den früher aufgestellten Leitlinien aufgeführt ist:

«Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt.

Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste, selbstbestimmte, optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.»

Eine neuere, zweckmässige Definition von **Palliative Care auf Gemeindeebene** zeigt, wie wichtig die Vernetzung ist und welche zentrale Rolle die Alters- und Pflege-Einrichtungen darin spielen<sup>3</sup>.



«Palliative Care umfasst die Betreuung, Behandlung und Begleitung von Menschen mit chronisch fortschreitenden und/oder unheilbaren Krankheiten. Sie umfasst zudem die Unterstützung und Entlastung mitbetreuender Angehöriger oder nahestehender Bezugspersonen.

<sup>3</sup> PrimaryCare 2014; 14:Nr.18, Winzeler, Büche

*Ziel von Palliative Care ist es, den betroffenen Menschen bis zum Lebensende zu einer der Situation angepassten, optimalen Lebensqualität zu verhelfen und dies möglichst in der gewünschten Umgebung, sei es zu Hause oder im Alters- oder Pflegeheim.*

*Die Betreuung und Behandlung umfasst je nach Wunsch der betroffenen Menschen physische, psychisch-psychologische, spirituelle und soziale Aspekte. Im Vordergrund der medizinisch-pflegerischen Bemühungen steht die Linderung von belastenden Symptomen und nicht die Heilung von Krankheiten.*

*Das Palliative-Care-Netzwerk auf Gemeindeebene umfasst Angehörige, Nachbarn, ausgebildete Freiwillige und Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Seelsorge und soziale Dienste.*

*Palliative Care beschränkt sich nicht ausschliesslich auf das unmittelbare Lebensende. Sie soll bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen schon vor dem Einsetzen des eigentlichen Sterbeprozesses zum Einsatz kommen. Zudem unterstützt Palliative Care die Angehörigen in den Zeiten des Abschiednehmens und der Trauer.»*

Die Stellung unserer Alters- und Pflege-Institutionen im Palliative Care-Netz wird sofort zentral, wenn das ambulante Setting die Pflegebedürftigen nicht mehr tragen kann. Andererseits sind wir durch die grosse Mehrheit der Todesfälle, die heute in Institutionen erfolgen, der zentrale Ort, wo die meisten Menschen den letzten Lebensabschnitt begehen. Die Palliative- und Hospiz-Kultur muss somit in unseren Institutionen prioritär, sorgfältig gepflegt und gelebt werden.

## **2.2 Gewährleistung von Lebensqualität**

Wenn von Palliative Care gesprochen wird, geht es um die Verbesserung oder zumindest um die Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen. Lebensqualität wird als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen und Interessen definiert. Lebensqualität umfasst verschiedene Dimensionen: körperliche und psychische Gesundheit, Grad von Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, persönlicher Glaube u.a.<sup>4</sup> Demnach ist Lebensqualität subjektiv, sich stets wandelnd, dynamisch und beruht auf einer äusserst individuellen Selbstbeurteilung und der Selbstbeschreibung der Bewohnerinnen und Bewohner.

Für die Gewährleistung einer möglichst hohen Lebensqualität für unsere Bewohnerinnen und Bewohner ergeben sich verschiedene Herausforderungsfelder und Bedürfnisse der Betreuenden in Pflege und Behandlung:

- Durch aktives Zuhören erfassen wir während des Pflegeprozesses die individuelle Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner.
- Erhebungsinstrumente wie BESA, RAI, Pflegedokumentationssysteme, Biografie-Arbeit, Symptom-Erfassungsinstrumente werden bei Bedarf gezielt eingesetzt.
- Symptom-Kontrolle, v.a. die Schmerzkontrolle, ist ein zentrales Anliegen.
- Angemessene Aufklärung zur Mitbestimmung über das Ausmass medizinischer Interventionen ist ein permanenter Prozess.

---

<sup>4</sup> WHOQOL (1998). Division of mental health and prevention of substance abuse, World Health Organisation. User Manual. WHO/MNH/MHP/98.4. S. 1 – 88.

- Sprechen über Sterben und Tod sowie Begleitung beim Sterben, unter Umständen auch das (Mit-)Gestalten der Sterbephase und des Sterberaumes, fordern ein besonderes persönliches Engagement der Betreuer.
- Begleitung von Angehörigen und Nahestehenden in allen Betreuungsphasen ist ebenso ein zentrales Anliegen von Palliative Care.

### **2.3 Palliative Care und Selbstbestimmung**

*„Jeder Patient hat das Recht auf Selbstbestimmung. Die frühzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung des Patienten oder seiner Vertreter über die medizinische Situation ist Voraussetzung für die Willensbildung und Entscheidungsfindung. Dies bedingt eine einfühlsame und offene Kommunikation und die Bereitschaft des Arztes, die Möglichkeiten und Grenzen sowohl der kurativen Behandlung wie auch der Palliative Care zu thematisieren [...] Die Respektierung des Willens urteilsfähiger Menschen ist zentral für das ärztliche Handeln. Demzufolge ist eine ärztliche Behandlung gegen den erklärten Willen des urteilsfähigen Patienten unzulässig. Dies gilt auch dann, wenn dieser Wille dessen wohlverstandenen Interessen aus der Sicht Aussenstehender zuwiderzulaufen scheint.“<sup>5</sup>*

### **2.4 Palliative Care- und Hospiz- Kultur**

Im Gegensatz zum nahen Ausland (Vorarlberg) wird bei uns von Palliative Care, aber kaum von einer Palliative Care- und Hospiz-Kultur, gesprochen. Darunter versteht man die vierdimensionale (bio- psycho- sozio- spirituelle), ganzheitliche, umfassende Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern zur Erreichung höchstmöglicher Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Es geht dabei um die wertschätzende, einfühlsame Haltung der Betreuenden und ihren natürlichen Umgang mit Sterben und Tod. Heute sind faktisch alle Alters- und Pflegeheime „Hospize“ und die „Hospizkultur“ wird in diesen Institutionen immer mehr zu einer Selbstverständlichkeit. Durch den Einzug der Palliative Care- und Hospiz-Kultur in den Alters- und Pflege-Institutionen lassen sich für die Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch für alle Mitarbeitenden, eindeutig positive Veränderungen feststellen<sup>6</sup>

### **2.5 Empfänger von Palliative Care**

Aufgrund der Definition von Palliative Care und den beschriebenen Herausforderungsfeldern könnten einzelne „gesunde“ Bewohnerinnen und Bewohner unserer Institutionen nicht als „Empfänger“ von Palliative Care betrachtet werden. Das Palliative Care-Konzept ist jedoch für alle Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase anzuwenden und die Palliative- und Hospiz-Kultur im ganzen Haus zu leben. Dies wirkt sich auf die Atmosphäre in der Institution, die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch der Mitarbeitenden positiv aus.

---

<sup>5</sup> SAMW Medizin-ethische Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“, aktualisiert 1. Januar 2013.

<sup>6</sup> „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim“, Hrsg. Dachverband Hospiz Österreich, Hospiz Verlag 2012.



### 3. Interpersonelle und interprofessionelle Zusammenarbeit

#### 3.1 Zusammenarbeit mit den Angehörigen

Die Angehörigen kennen die Bewohnerinnen und Bewohner aus jahrelangem gemeinsamen Leben. Sie sind die Experten und Expertinnen, wenn es um Wissen und Erfahrungen zum betroffenen Menschen geht. Der Einbezug der nahestehenden Angehörigen oder anderen, der Bewohnerinnen und Bewohner bedeutenden Personen, ist uns wichtig. Diese Personen sind bei der Planung von Pflege, Betreuung und Behandlung als Partnerinnen und Partner zu betrachten. Dabei achten wir sehr auf die Selbstbestimmung des betroffenen Menschen.<sup>7</sup>

Die Angehörigen verfügen aufgrund des gemeinsam verbrachten Lebens über die höchste Kompetenz. Wir betrachten Angehörige als Mitglieder des Behandlungsteams. Sie benötigen in belastenden Situationen jedoch Zuwendung, Begleitung und Erklärungen vom behandelnden Kernteam. Wir ermöglichen ihnen während 24 Stunden den Zugang in unserer Langzeitpflegeinstitution. Auf Wunsch wird ermöglicht, dass sie auch während der Nacht beim betroffenen Menschen sein können, vor allem in der terminalen Phase. Möglichkeiten für Verpflegung und Übernachtung werden, sofern betrieblich möglich, angeboten.

#### 3.2 Organisierte (institutionalisierte), formelle Freiwilligenarbeit

Um die Herausforderungen von Palliative Care in der Zukunft zu meistern, wird die organisierte Freiwilligenarbeit immer wichtiger. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer leisten mit ihrem unbezahlten Einsatz einen wichtigen Beitrag, indem sie begleitende Angehörige und betreuende Berufsgruppen psychosozial und emotional entlasten.<sup>8</sup>

Zur Optimierung der Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen integrieren wir freiwillige Mitarbeitende ins Betreuerteam. Diese unterstützen die Pflegenden, indem sie dort anwesend sind, wo der Bewohner oder die Bewohnerin es wünscht und das persönliche Umfeld nicht ausreicht, um das Bedürfnis nach Zuwendung zu stillen.<sup>9</sup>

Folgende Aspekte werden von uns dazu berücksichtigt:

- Die Koordination und Vermittlung von Freiwilligeneinsätzen ist bekannt und geregelt.
  - Die Hospizgruppen von Rorschach, Rorschacherberg und Goldach werden auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner, der Angehörigen oder des betreuenden Teams beigezogen.
  - Die Angebote der Besuchergruppen der Landeskirchen werden bei Bedarf berücksichtigt.
  - Die Sozialhunde-Teams der Region werden bei entsprechendem Wunsch in die Betreuung integriert.

<sup>7</sup> Nationale Leitlinie Palliative Care, Herausgeber: BAG und GDK, November 2010.

<sup>8</sup> SAMW: Palliative Care – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, 2013.

<sup>9</sup> Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015, Herausgeber: BAG und GDK, Oktober 2012.

- Die Rollen, Aufgaben und Abgrenzungen der Freiwilligen sind geklärt.
- Grundsätzlich wird der Einsatz von Freiwilligen nach den „Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care“ gehandhabt.<sup>10</sup>
- Der Einsatzbereich der Freiwilligen ist genau definiert.
- Die Anleitung und Begleitung ist sichergestellt.
- Auf die Eignung der Freiwilligen in ihrem Einsatzgebiet wird besonders geachtet.
- Adäquate Aus- und Weiterbildungen in Palliative Care-Basiskursen (Rotes Kreuz- oder Caritas-Kurse) werden vorausgesetzt.
- Eine regelmässige Teilnahme an Weiterbildungen, Inter- und Supervisionen wird auch Freiwilligen empfohlen.
- Die Institution am Einsatzort kann selber Fortbildungen für Freiwillige anbieten oder sich kostenmässig an externen Anlässen beteiligen.
- Während der Aktivitäten der Freiwilligen in der Institution besteht ein Versicherungsschutz zur Haftpflicht.

Neben der organisierten (institutionalisierten oder formellen) Freiwilligenarbeit wird das Behandlungsteam selbstverständlich durch die Angehörigen und Freunde der Bewohnerinnen und Bewohner unterstützt, sofern möglich und gewünscht. Hilfestellungen beim Essen, bei der Mundpflege oder einfache pflegerische Verrichtungen, aber auch Gesellschaft leisten entlasten das Betreuungsteam und stellen einen wertvollen Beitrag in der Betreuung dar.<sup>11</sup>

### 3.3 Kern- und Behandlungsteam

In der Palliative Care sind für die Betroffenen und ihre Angehörigen nebst den Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden oft weitere Fachpersonen sowie Freiwillige wichtige Säulen des Betreuungs- und Beziehungsnetzes. Für eine gute Zusammenarbeit ist die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung unerlässlich. Dies erfordert die Wahrnehmung und die Anerkennung der eigenen Grenzen und Möglichkeiten. Die Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung und Begleitung stellt eine spezielle Herausforderung dar. Ermöglicht wird dies durch die Vernetzung aller involvierten Fachleute, nicht nur innerhalb der Institution, sondern auch zwischen Hausarzt, ambulanten und stationären Einrichtungen und den Institutionen untereinander. Durch die Bestimmung einer verantwortlichen Bezugs- und Ansprechperson für die Betroffenen können die organisatorischen Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Der Hausarzt besitzt hier eine Schlüsselfunktion. Die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit entbindet die behandelnden Ärzte, Pflegenden und weitere Fachpersonen nicht von ihrer Verantwortung für die Entscheidungen und Massnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care, 2010.

<sup>11</sup> Siehe Freiwilligenkonzept des PeLago.

<sup>12</sup> SAMW Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen, Palliative Care, 1. Januar 2013.

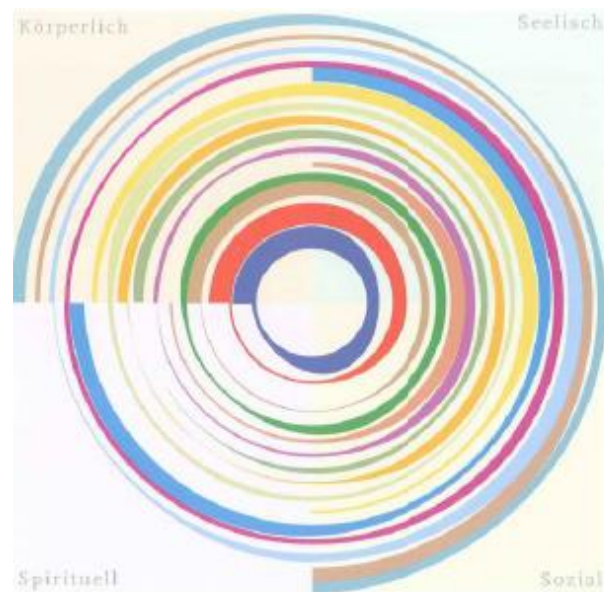
In der Grafik von Porchet-Munro ist die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem **erkrankten Menschen im Zentrum** in Form und Farbe dargestellt<sup>13</sup>:

#### Kernteam

- Pflege rot
- Ärztlicher Dienst blau

#### Behandlungsteam

- Physiotherapie: braun
- Ergotherapie: grün
- Sozialarbeit: braun
- Psychiater: gelb
- Seelsorge: blau



Palliative Care wird in Langzeitpflege-Institutionen durch ein interprofessionelles Behandlungsteam erbracht. Dieses setzt sich aus einem Kern- und einem engeren und einem erweiterten Behandlungsteam zusammen. Die Zusammensetzung des Behandlungsteams richtet sich ganz nach den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner, die im Zentrum aller therapeutischen Bemühungen stehen.

### 3.3.1 Kernteam

Das Kernteam besteht aus Pflegefachfrau oder Pflegefachmann und Hausärztin oder Hausarzt.

### 3.3.2 Interprofessionelles Betreuungsteam mit Bewohnerkontakt

Das interprofessionelle Betreuungs- und Behandlungsteam besteht aus allen weiteren Pflege Mitarbeiterinnen und Pflegemitarbeitern mit unterschiedlichen Kompetenzen und Funktionen sowie fallbezogen ergänzenden Fachpersonen wie beispielsweise verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie formelle (institutionalisierte oder organisierte) Freiwillige.

<sup>13</sup> Porchet-Munro, S., Stolba, V. & Waldmann E. (2006). Den letzten Mantel mache ich selbst. Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care. Basel: Schwabe.

### **3.3.3 Erweitertes interprofessionelles Betreuungsteam**

Das erweiterte interprofessionelle Betreuungs- und Behandlungsteam besteht aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Küche, des Hausdienstes und der Administration. Auch Fusspflege und Coiffeur werden dazugezählt.

### **3.3.4 Organisation der Betreuung und Behandlung**

Die Betreuung und Pflege wird durch das Pflorgeteam organisiert. Die Leitung im Kernteam übernimmt die diensthabende Gruppenleiterin. Diese gewährleistet die Planung und Durchführung der notwendigen Betreuung und Pflege. Ebenso moderiert sie die Kommunikation und den Informationsaustausch der involvierten Personen und Teams.

Unsere Zusammenarbeit ergibt sich je nach Bedarf mit verschiedensten externen Fachpersonen und Organisationen: Spezialärztinnen und -ärzte, Seelsorge der verschiedenen Glaubensrichtungen, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Krebsliga, Lungenliga, Psychologinnen und Psychologen, Psychiater und Psychiaterinnen, institutionalisierte und informelle Freiwillige, Sozialarbeitende, Erwachsenenschutzbehörde (KESB) u.a.

## **3.4 Vernetzung**

Je nach Situation oder Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner sind wir mit folgenden konkreten Netzwerkpartnern sporadisch oder regelmässig in Kontakt<sup>14</sup>:

- Pflege- und Alterszentren der Region
- Hausärztinnen und Hausärzte
- Spitex Bodensee, Spitex Helios, private Spitex-Dienste
- Pro Senectute
- Spital Rorschach
- Kantonsspital St.Gallen
- Geriatrie St.Gallen
- Palliativstation Kantonsspital St.Gallen
- Brückendienst der Krebsliga
- Hospizgruppen Rorschach / Rorschacherberg und Goldach
- Seelsorge
- Freiwillige, informelle Helferinnen und Helfer
- Benevol
- Sozialhunde-Teams
- Palliative Ostschweiz, palliative ch
- Curaviva St.Gallen

## **3.5 Kommunikation**

Das gesamte Behandlungsteam beachtet die wesentlichen Aspekte der offenen, adäquaten und einfühlsamen Kommunikation. Die Grundvoraussetzungen für diese hohen Ansprüche sind Empathie und Ehrlichkeit sowie die Bereitschaft, Möglichkeiten und Grenzen offen zu legen. Dies gilt bei uns für die Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, aber

---

<sup>14</sup> Die Liste ist fortlaufend anzupassen.

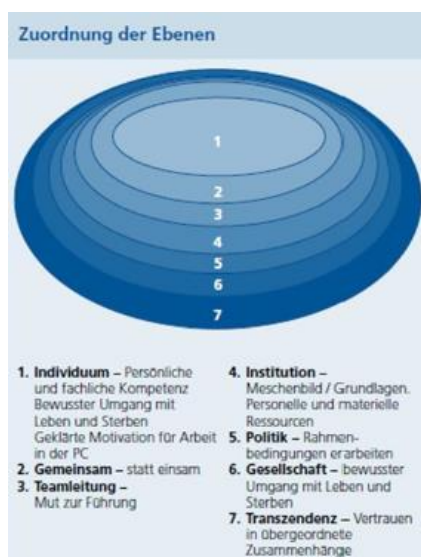
auch untereinander im Kern- und Behandlungsteam sowie gegenüber externen Netzwerkpartnern.

### 3.6 Umgang des Kern- und Behandlungsteams mit psychischen und physischen Belastungen

Obwohl die Arbeit mit chronisch sowie unheilbar kranken und sterbenden Menschen von den Mitarbeitenden des Kernteam als äusserst befriedigend beschrieben wird, ist sie mit Leid und Tragik überschattet<sup>15</sup>. Die Ansprüche bei der Umsetzung von Palliative Care in den Dimensionen physisch, psychisch, sozial und spirituell sind hoch und können zu Arbeitsunzufriedenheit, beruflichem Stress, physischer und psychischer Belastung oder Krankheit führen. Das Burnout ist diesbezüglich eine oft erwähnte Folge<sup>16</sup>.

Psychische Belastungsfaktoren ergeben sich aus:

- dem Umgang mit Sterben und Tod der Bewohnerrinnen und Bewohner
- dem Umgang mit Angehörigen
- der Zusammenarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam
- der eigenen/persönlichen Lebensgeschichte und Lebenserfahrung
- durch betriebliche Rahmenbedingungen.<sup>17</sup>



In dieser Grafik<sup>18</sup> des sogenannten Zwiebelmodells wird aufgezeigt, dass Belastungen auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind. Die verschiedenen Problem-Ebenen müssen prophylaktisch, gezielt in Weiterbildungen und lösungsorientiert im Falle eines konkreten Problemfalles angegangen werden.

<sup>15</sup> Ramirez, A., Addington-Hall, J. & Richards, M. (1998). ABC of Palliative Care. The Carers. BMJ Journals, 316(7126), 208–211.

<sup>16</sup> Pereira, S., Fonseca, A. & Carvalho A. S. (2011). Burnout in Palliative Care: A Systematic Review. Nursing Ethics, 18(3) 317-326.

<sup>17</sup> Zingg, S. (2012). Psychische Belastungen bei der Umsetzung von Palliative Care in Langzeitpflegeinstitutionen. Nichtveröffentlichter Leistungsnachweis. Zürich: Kalaidos Fachhochschule.

<sup>18</sup> Bigorio Expertengruppe "palliative ch" (2010). Caring for the carers. Konsens zur "best practice" für Palliative Care.

## **4. Palliative Care und Ethik**

### **4.1 Multidimensionalität**

In der Palliative Care wird dem Menschen in seiner Ganzheit begegnet. Dies gelingt unter Berücksichtigung folgender vier Dimensionen: physische, psychische, soziale und spirituelle.

#### **4.1.1 Physische Dimension**

Alle physischen Symptome werden regelmässig systematisch erfasst und behandelt. Zur Symptomkontrolle setzen wir geeignete, valide Messinstrumente zur kontinuierlichen Beurteilung des Verlaufes ein. Massgebend für den interprofessionellen therapeutischen Plan sind die individuellen Wünsche, der Wille und die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Selbständigkeit des betagten Menschen ist unter Berücksichtigung seiner Ressourcen und im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu fördern.

Dem Umstand, dass pflegebedürftige Menschen durch eine eingeschränkte Kognition in ihrer Entscheidungsfindung und Urteilsfähigkeit oft eingeschränkt sind, ist besonders Rechnung zu tragen. Diese Menschen sind unter Umständen grossem Leiden ausgesetzt und zur Passivität verurteilt. Ihre Autonomie kann reduziert sein. Sie sind existentiell von unserer Hilfe und Unterstützung abhängig. Im Kapitel 5 „Palliative Care bei Menschen mit Demenz“ wird noch ausführlicher auf diese spezielle Bewohnergruppe eingegangen.

#### **4.1.2 Psychische Dimension**

Auch wenn die Dualität von Psyche und Körper nach heutigem Wissen nicht mehr aufrechterhalten werden kann, lohnt es sich, auch die psychischen Stressoren der Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihrer Bezugspersonen systematisch zu erfassen. Ihre Bewältigungsstrategien werden stabilisiert und gefördert. Genügend Zeit für regelmässige Gespräche wird eingeplant und gegebenenfalls werden psychologische und/oder psychiatrische Angebote aufgezeigt.

#### **4.1.3 Soziale Dimension**

Die soziale Dimension stellt die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner in den Vordergrund. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen und an den gewohnten Lebens- und Tagesstrukturen des pflegebedürftigen Menschen. Von Bedeutung sind in dieser Dimension unter anderem die nahestehenden Bezugspersonen, der Freundes- und Bekanntenkreis sowie die finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten.

Die vorhandenen lokalen Angebote und das soziale Helfernetz sollen gestärkt werden.

Der Zugang zu adäquaten Angeboten verschiedener Fachpersonen und die Zusammenarbeit mit den regionalen Organisationen und Gruppierungen der informellen und formellen Freiwilligenarbeit sind in regelmässigen Abständen zu thematisieren. Kulturspezifische Aspekte sind mit einzubeziehen.

#### 4.1.4 Spirituelle Dimension

Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie die Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn sowie bei Krisenbewältigungen. Sie tut dies, indem sie auf die Biografie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem Bezug nimmt. Entsprechend sollen die existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden. Der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung ist in regelmässigen Abständen im interprofessionellen Team zu thematisieren und die Kontinuität der Begleitung ist zu gewährleisten.

## 4.2 Ethische Aspekte

### 4.2.1 Ethische Herausforderungen und Dilemmata

Im Wissen um die vierdimensionale Ganzheitlichkeit unserer Bewohner und Bewohnerinnen stellen wir uns täglich einer Reihe von komplexen, ethischen Fragestellungen, respektive Herausforderungen:

- Die ethische Orientierung von Palliative Care basiert auf der Würde und dem Autonomieanspruch des Menschen. Beides gilt es zu achten.
- Die Selbstbestimmung, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse anderer, wird weitestgehend ermöglicht.
- Bewegungsfreiheit versus Sicherheit, d.h. Sicherheit durch freiheitsbeschränkende Massnahmen: Die Interessenabwägung erfolgt unter Einbezug aller Beteiligten und Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen des Erwachsenenschutzes.<sup>19</sup>
- Essensverweigerung versus Ernährung.
- Persönliche Bedürfnisse versus Gruppen-Bedürfnisse.
- Urteilsunfähigkeit als natürliche Situation: der Verlust der Urteilsfähigkeit ist bei vielen Bewohnerinnen und Bewohnern eine krankheitsgegebene Entwicklung, mit der verantwortungsbewusst umgegangen wird.
- Bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen ist die bedürfnisgerechte Pflege und Betreuung unter diesen Aspekten eine besondere Herausforderung.<sup>20</sup>
- Distanz – Nähe gemäss Bedürfnis der Bewohnerinnen und Bewohner versus Professionalität der Betreuenden und Wünsche der Angehörigen
- Sexuelle Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen versus Moral der Angehörigen, anderer Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitenden
- Sterbekultur im Hause: Was ist „gutes“ Sterben? Was ist Angehörigen und Mitarbeitenden zumutbar? Zulassung von Sterbehilfeorganisationen?
- Finanzierung der Dienstleistungen bei mittellosen Bewohnerinnen und Bewohnern
- Grenzen der kulturellen Pluralität

<sup>19</sup> Siehe auch Merkblätter „Umsetzung neues Erwachsenenschutzrecht, Dez. 2013“.

<sup>20</sup> Siehe auch Kapitel 5 „Palliative Care bei Menschen mit Demenz“ und Demenz-Konzept des PeLago.

### 4.2.2 Unsere Visionen

- Ethische Ziele wie würdevolle Pflege und Betreuung haben klar Vorrang vor wirtschaftlich/ finanziellen Aspekten.
- Alle Mitarbeitenden sind auf dieselben ethischen Grundlagen ausgerichtet.
- Regelmässige Fallbesprechungen unter ethischen Gesichtspunkten werden angeboten.
- Alle Entscheidungsfindungen erfolgen unter Berücksichtigung ethischer Grundlagen.
- Die Betroffenen werden konsequent einbezogen.
- Die Pflege- und Altersheime sind Orte des fürsorglichen und achtsamen Umgangs.
- Bewohnerinnen und Bewohner haben geeignete Plattformen, ihre Anliegen strukturiert einzubringen.
- Die Pflege- und Altersheime sind reife Organisationen mit einer institutionalisierten Selbstreflexion.
- Die in Vision und Leitbild gemeinsam erarbeiteten ethischen Grundlagen werden konsequent und von allen gelebt.

### 4.2.3 Autonomie respektieren

Wir verstehen unter Autonomie die Fähigkeit einer Person, ihren Willen auszudrücken und in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen zu leben. Sie ist abhängig vom Informationsstand, der aktuellen Situation und der Bereitschaft und Fähigkeit des Betroffenen, Verantwortung für das eigene Leben und Sterben zu übernehmen. Autonomie beinhaltet auch Verantwortung anderen gegenüber.

Autonomie zu respektieren bedeutet für uns:

- dem biografischen Hintergrund des Menschen Rechnung zu tragen,
- die Familiendynamik im Auge zu behalten (systemische Betrachtungsweise),
- Bewohnerin und Bewohner so klar und offen wie möglich zu informieren,
- sich zu vergewissern, ob die Information verstanden wurde, der Wille des unterstützungsbedürftigen Menschen richtig wahrgenommen wurde und im Rahmen des Möglichen entsprochen wird,
- sich bei äusserungs- oder urteilsunfähigen Pflegebedürftigen an von ihnen im Voraus mündlich oder schriftlich formulierte, respektive dokumentierte Werte- und Willensäusserungen zu orientieren (Beispiel: Patientenverfügung).

## 4.4 Entscheidungsprozesse

### 4.4.1 Allgemeines

In der Entscheidungsfindung wägen wir Sinnhaftigkeit und Machbarkeit ab, prüfen Wirkung und Nebenwirkung, beachten den Willen des Betroffenen und seinen Angehörigen und den daraus entstehenden Nutzen unter Berücksichtigung der ethischen Prinzipien.<sup>21</sup>

Die Entscheidung über die Durchführung, den Abbruch oder das Unterlassen einer vorgeschlagenen medizinischen Massnahme liegt primär bei der urteilsfähigen Bewohnerin oder dem urteilsfähigen Bewohner selbst; dies, nachdem er umfassend und verständlich informiert wurde (informed consent). Die für die Bewohnerin oder den Bewohner notwendigen

<sup>21</sup> Knipping, C. (Hrsg.) (2007), Lehrbuch Palliative Care. (2. Aufl., S. 134ff.).Bern: Huber.



Entscheidungsgrundlagen werden vom Kernteam zuvor erarbeitet. Dabei soll ein Resultat angestrebt werden, welches von allen Beteiligten mitgetragen werden kann (Konsens).

Besonders herausfordernd sind Situationen, in welchen sich der betroffene Mensch nicht mehr selbst zu einer Fragestellung äussern kann. Hier regelt seit 2013 das neue Erwachsenenschutzrecht den Schutz der nicht entscheidungs- und urteilsfähigen Bewohnerinnen und Bewohner (ZGB, 360-456).

#### **4.4.2 Der „Runde Tisch“**

Das zentrale Ziel eines Runden Tisches ist es, Bewohner oder Bewohnerin trotz fortschreitender, unheilbarer Krankheit bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

Die Entscheidungsfindung ist ein zentrales Element in der Palliative Care. Schreitet eine Krankheit weiter fort, stellt sich bei chronisch Kranken oder bei Schwerkranken die Frage, was für die Betroffenen jetzt sinnvoll und wichtig ist. Das gemeinsame Gespräch zwischen allen Beteiligten bei der Suche nach dem bestmöglichen Weg hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Es werden der kranke Mensch (bei Urteilsunfähigkeit die Vertretenden) und seine Angehörigen für ein gemeinsames Gespräch mit dem Betreuungsteam eingeladen. Der Runde Tisch ist ein Gesprächsforum, an dem neben Bewohner oder Bewohnerin mit Angehörigen mindestens zwei Professionen beteiligt sind. Im persönlichen und interprofessionellen Kontakt werden über eine Standortbestimmung eine Zielsetzung entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen des betroffenen Menschen formuliert und festgehalten.

Weitere Ziele des Runden Tisches sind:

- Standortbestimmung: Erfassen von Fragen, Wünschen und Bedürfnissen von Bewohnerin oder Bewohner und Angehörigen. Wo stehen sie und wo das behandelnde Team (Kenntnisstand, emotional, Wünsche, Möglichkeiten). Welche Ziele priorisiert Bewohner oder Bewohnerin,
- gegenseitiges Angleichen des Informationsstandes, soweit seitens Bewohnerin oder Bewohner gewünscht,
- frühzeitiges Erkennen psychosozialer Faktoren,
- Netzwerkaufbau zum Vorbeugen einsamer Bewältigungsversuche,
- Erarbeiten gemeinsamer Zielsetzungen mit konkreter Planung des weiteren Vorgehens.

Der Runde Tisch hilft den Kranken, Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen mitzuteilen. Er dient somit der Klärung und Kommunikation untereinander.

Voraussetzung für einen Runden Tisch ist selbstverständlich das Einverständnis des betroffenen Menschen, bei kognitiven Einschränkungen das seiner Vertrauensperson. Die zu besprechenden Themen werden im Vorfeld des Gespräches definiert.

Da Probleme im Krankheitsverlauf häufig wechseln und Anpassungen der Massnahmen erforderlich werden, kann der Runde Tisch wiederholt werden.

Bezüglich praktischer Durchführung, Vorbereitung und Dokumentation eines Runden Tisches existieren wertvolle Vorlagen des Palliativzentrums des Kantonsspitals St.Gallen.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Quelle: Empfehlung: Runder Tisch, Palliativzentrum Kantonsspital St.Gallen, Feb.2012.

#### 4.4.3 Ethische Entscheidungsprozesse

Bei ausserordentlich schwierigen Entscheidungen kann eine strukturierte ethische Fallbesprechung oder Beratung hilfreich sein.<sup>23</sup> Beim Erkennen von ethischen Dilemmata findet die ethische Entscheidungsfindung im interprofessionellen Kern- und Behandlungsteam statt. Der erarbeitete Konsens wird nachvollziehbar dokumentiert.

Für ethische Grundsatzentscheide von Pflegeheimen ist das Ethikforum des Kantons St.Gallen eine mögliche konsiliare Beratungsstelle.

#### 4.4.4 Ethisches Entscheidungsmodell: Der „7-Schritte-Dialog“

Je nach Grösse und Spezialisierung des Alters- oder Pflegeheims sind manchmal täglich Entscheidungen für urteilsunfähige Menschen zu treffen. Mit dem „7-Schritte-Dialog“ wird ein Entscheidungsmodell zur Verfügung gestellt, in dem *„in ethischen Dilemma-Situationen oder bei divergierenden Ansichten innerhalb des Behandlungsteams ein ethisch reflektierter Vorschlag unterbreitet wird. Wenn möglich soll über einen solchen Vorschlag im Behandlungs- und Betreuungsteam allerdings ein Konsens bestehen. [...]“* Ein interdisziplinärer Austausch zwischen Menschen in direkter Beziehung zur betroffenen Bewohnerin oder zum Bewohner führt zu Grundlagen, um den mutmasslichen Willen festzustellen und einen Handlungsvorschlag zu begründen. Dabei wird ein ethisches Gespräch in sieben Schritten durchgeführt:

”...“

1. Schritt: die Erkennung des vorliegenden Sachverhalts als ethisches Problem ...
2. Schritt: Kontextanalyse des ethischen Problems ...
3. Schritt: Wert- und Normenanalyse ...
4. Schritt: Entwurf von mindestens drei Handlungsmöglichkeiten ...
5. Schritt: Analyse der Handlungsmöglichkeiten ...
6. Schritt: Konsensfindungsprozess und Handlungsentscheid ...
7. Kommunikation und Überprüfung des Handlungsentscheids.<sup>24</sup>

#### 4.4.5 Wenn die Bewohnerin oder der Bewohner nicht (mehr) will

Im Pflegealltag unserer Institution kommt es vor, dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner Pflege-, Betreuungs- und/oder Behandlungs-Massnahmen verweigert. Zum Beispiel Verweigerung von Mundpflege, Verweigerung von Medikamenteneinnahme oder Verweigerung von Essen und Trinken.

Besteht keine behandelbare Ursache einer Verweigerung, ist sie als Willensäusserung zu respektieren. Nach Beseitigung behandelbarer Ursachen betrachten wir eine Verweigerung als Willensäusserung.

---

Broschüre für Angehörige:

[www.palliativzentrum.kssg.ch/content/dam/dokument\\_library/container\\_palliativzentrum/palliativzentrum/runder\\_tisch.pdf](http://www.palliativzentrum.kssg.ch/content/dam/dokument_library/container_palliativzentrum/palliativzentrum/runder_tisch.pdf).ocFile/runder\_tisch.pdf.

<sup>23</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW (2013). Palliative Care – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Muttenz: Schwabe.

<sup>24</sup> Baumann-Hölzle, R. & Arm, C. (Hrsg.) (2009). Ethiktransfer in Organisationen. Basel: EMH und Schwabe.

Immer wieder bieten wir die Massnahmen an, akzeptieren jedoch, wenn sie nicht angenommen werden können.<sup>25</sup> Die Vorgaben des Erwachsenenschutzrechtes (ZGB, 360-456) werden eingehalten, indem die Angehörigen oder die bevollmächtigte Vertrauensperson informiert und in die weiteren Entscheidungsprozesse integriert werden.

## 4.5 Sterbehilfe

### 4.5.1 Einleitung

**Als Alters- und/oder Pflege-Institution unterstützen wir die Bewohnerinnen und Bewohner engagiert, überzeugt und kompetent darin, ein möglichst normales und selbstbestimmtes Leben zu führen.** Trotz umfassender medizinischer und pflegerischer Behandlung und Betreuung können aber die vielfältigen Krankheitssymptome und Leiden in der letzten Lebensphase nicht immer so gelindert werden, wie dies von den Betroffenen gewünscht wird. Dies kann in einer immer stärker individualisierten Gesellschaft zum Wunsch führen, den Zeitpunkt für ein würdiges Sterben selber zu bestimmen. Der Wunsch nach Sterbehilfe kann Ausdruck dafür sein, „so nicht mehr leben zu wollen“. Wenn Leiden gelindert und damit die Lebensqualität wieder etwas verbessert werden kann, tritt der Wunsch nach Sterbehilfe oft in den Hintergrund.

### 4.5.2 Begriffsklärungen und Definitionen

#### a) Palliative Care in der Langzeitpflege

Die palliative Betreuung umfasst alle medizinischen Behandlungen, pflegerischen Interventionen sowie psychische, soziale und geistig-spirituelle Unterstützung chronisch kranker und sterbender Menschen in ihrer aktuellen Lebensphase. Das Ziel von Palliative Care besteht darin, Leiden (Schmerzen und andere belastende Symptome) zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Betroffenen und seiner Angehörigen zu sichern.

#### b) Passive Sterbehilfe

Als passive Sterbehilfe wird der Verzicht auf die Aufnahme oder der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen bezeichnet. Diese Form der Sterbehilfe ist im Strafgesetzbuch (StGB) nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt.

#### c) Indirekte aktive Sterbehilfe

Indirekte aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, die als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können. Diese Art der Sterbehilfe ist im StGB nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt.

#### d) Suizidbeihilfe

Ärztliche Beihilfe zum Suizid (= assistierter Suizid) meint, einem Menschen, der Suizid begehen will, werden von einem Arzt oder eine Ärztin (z.B. der Sterbehilfeorganisation EXIT) die dazu notwendigen Mittel beschafft. Die suizidwillige Person muss sie ohne Fremdeinwirkung selber einnehmen. Organisationen wie EXIT leisten Suizidbeihilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Sie ist nicht strafbar, solange ihnen keine selbstsüchtigen Motive vorgeworfen werden können.

<sup>25</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW (2013). Palliative Care – Medizinisch – ethische Richtlinien und Empfehlungen. Muttenz: Schwabe.

### e) Direkte aktive Sterbehilfe

Unter direkter aktiver Sterbehilfe versteht man eine gezielte Tötung eines anderen Menschen zur Verkürzung dessen Leiden. Diese Form der Sterbehilfe ist nach Art. 111 (vorsätzliche Tötung), Art. 113 (Totschlag) oder Art. 114 (Tötung auf Verlangen) StGB, strafbar.

#### 4.5.3 Sorgfaltskriterien der Nationalen Ethikkommission (NEK) für Suizidbeihilfe

Die NEK formuliert 8 Mindestanforderungen, um aus ethischer Sicht Suizidhilfe leisten zu dürfen.<sup>26</sup>

1. Es besteht Urteilsfähigkeit im Hinblick auf die Entscheidung, das eigene Leben mit Hilfe eines Dritten zu beenden.
2. Der Suizidwunsch ist aus einem schweren, krankheitsbedingten Leiden entstanden.
3. Psychisch kranken Menschen, bei denen die Suizidalität ein Ausdruck oder Symptom der Erkrankung ist, wird keine Suizidbeihilfe gewährt.
4. Der Sterbewunsch ist dauerhaft und konstant. Er ist nicht aus einem Affekt oder aus einer absehbar vorübergehenden Krise entstanden.
5. Der Wunsch nach Suizid ist frei von äusserem Druck zustande gekommen.
6. Alle alternativen Optionen sind abgeklärt, mit dem Suizidwilligen erwogen und geprüft sowie gemäss seinem Wunsch ausgeschöpft.
7. Persönliche, mehrmalige Kontakte und intensive Gespräche sind unabdingbar. Eine Abklärung aufgrund einer einmaligen Begegnung oder auf dem Korrespondenzweg ist ausgeschlossen.
8. Eine unabhängige Zweitmeinung kommt zum gleichen Schluss.

#### 4.5.4 Regelung für das Alters- und Pflegeheim

Wie bereits betont: Als Alters- und/oder Pflege-Institution unterstützen wir die Bewohnerinnen und Bewohner darin, trotz vielfältiger Einschränkungen ein möglichst normales und selbstbestimmtes Leben zu führen. In diesem Sinne respektieren wir unter gewissen Rahmenbedingungen und angelehnt an die Richtlinien der Nationalen Ethikkommission (NEK) grundsätzlich den Wunsch einer Bewohnerin oder eines Bewohners nach Suizid unter Beihilfe der Sterbehilfeorganisation EXIT. Beihilfe zum Suizid ist bei uns **nicht** Teil des pflegerischen Auftrags. Pflegerischer Beistand wird als Fürsorge zum Leben und nicht als Beistand zu dessen Beendigung verstanden. Wir sehen unseren Auftrag primär im Rahmen von Palliative Care und verfolgen das Ziel, bei allen Menschen die bestmögliche Lebensqualität während des gesamten Krankheitsverlaufes zu bieten. Wir setzen alles daran, durch psychologische Betreuung und palliativmedizinische Hilfe, insbesondere durch Schmerzlinderung sowie durch einfühlsame Zuwendung darauf hinzuarbeiten, dass der Gedanke an Suizid nicht aufkommt und unsere Bewohnerinnen und Bewohner eines natürlichen Todes sterben können. Niemand darf Anlass zur Befürchtung haben, seine Pflege bis zum Tod werde als „Last“ empfunden. Wir sind im Gegenteil überzeugt: Die Gewissheit, bei uns in Würde bis zum Tod betreut, gepflegt und begleitet zu werden, war für unsere Bewohnerinnen und Bewohner ein wichtiger Beweggrund zum Hauseintritt.

---

<sup>26</sup> Literaturhinweis:

[www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien\\_d\\_mit\\_Datum.pdf](http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien_d_mit_Datum.pdf)

Unsere Institution sieht seinen Kernauftrag darin, den Pflegebedürftigen eine möglichst hohe Lebensqualität und damit eng verbunden ein Leben in grösstmöglicher Selbstbestimmung zu ermöglichen. Als Ausdruck dieser Selbstbestimmung soll der Wunsch einer Bewohnerin oder eines Bewohners nach Suizid unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation in **Ausnahmefällen** respektiert werden. Wir sind uns dabei bewusst, dass die Selbstbestimmung des Einzelnen im Widerspruch zum Wertempfinden anderer Bewohnerinnen und Bewohner sowie von Mitarbeitenden stehen kann. Auch bei einer Zulassung von assistiertem Suizid in der Institution ist es wesentlich, jeglichen Missbrauch zu verhindern. Zudem müssen Begleitmassnahmen erarbeitet und umgesetzt werden, welche dem gesellschaftlichen Druck gegenüber pflegebedürftigen Menschen entgegen wirken.

**a) Beihilfe zum Suizid wird nicht toleriert:**

- wenn die Mindestanforderungen, respektive Sorgfaltskriterien der Nationalen Ethikkommission (NEK), nicht gegeben sind. Insbesondere auch
- bei nicht urteilsfähigen Menschen, z.B. infolge fortgeschrittener Demenz sowie
- bei Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- wenn Druck durch Dritte ausgeübt wird/wurde und
- wenn Beihilfe zum Suizid durch Privatpersonen ausgeübt werden soll.

**b) Beihilfe zum Suizid wird in unserer Institution toleriert, wenn (kumulativ):**

- die Urteilsfähigkeit und Tatherrschaft<sup>27</sup> der suizidwilligen Person eindeutig feststeht,
- die suizidwillige Person an einer weit fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheit leidet und
- angenommen werden kann, dass das Lebensende naht,
- der Suizidwunsch trotz bestmöglicher Pflege und medizinischer Betreuung unter Berücksichtigung von Palliative Care konstant anhält,
- die suizidwillige Person kein anderes Zuhause ausserhalb der Institution hat,
- die Suizidbeihilfe durch die Sterbehilfeorganisation EXIT geleistet wird,
- die suizidwillige Person mindestens seit sechs Monaten in unserem Haus wohnt,
- Hausarzt oder Hausärztin die Urteilsfähigkeit und die unheilbare Krankheit bestätigt und
- die suizidwillige Person die nächsten Angehörigen informiert, respektive beizieht, ausser sie gibt ausdrücklich und schriftlich bekannt, dass sie ihre Angehörigen keinesfalls informieren möchte.

**c) Zusätzliche Rahmenbedingungen:**

- Die Sterbehilfeorganisation EXIT informiert die Heimleitung über den Termin des geplanten Exits.
- Die Heimleitung informiert die Pflegedienstleitung sowie die zum betreffenden Zeitpunkt pflegerisch zuständige tagesverantwortliche Person.
- Eine weiterführende Kommunikation erfolgt gemäss Wunsch des betroffenen Menschen.
- Den Mitarbeitenden des Hauses ist es untersagt, an der Vorbereitung und/oder der Durchführung eines Suizides in der Institution mitzuwirken. Dies gilt auch für eine Präsenz oder Mitwirkung ausserhalb der Arbeitszeit.

**d) Kommunikation dieser Regelung**

Künftigen Bewohnerinnen, Bewohnern und deren Angehörigen wird vor dem Heimeintritt diese Regelung auf Anfrage kommuniziert. Bewerberinnen und Bewerber für eine Stelle im Heim werden aktiv innerhalb des Rekrutierungsverfahrens informiert.

---

<sup>27</sup> der Prozess selbst eingeleitet wird, indem das Medikament selbst ohne Hilfe eingenommen oder die Infusion selbst geöffnet wird.

#### 4.5.5 Quellen und Literatur zur Sterbehilfe

Nachfolgend wird auszugsweise auf Literatur verwiesen, die der Diskussion des Themas Sterbehilfe zu Grunde liegt und bei der Erarbeitung dieser Regelung miteinbezogen wurde:

- Umgang mit Sterbehilfeorganisationen in Betagten Einrichtungen: Empfehlung der Fachkommission für Altersfragen, Departement des Innern, Kanton St.Gallen vom 17. Mai 2013.
- Seniorenzentrum Uzwil, Interne Regelung vom 9.März 2012.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005): «Beihilfe zum Suizid» Stellungnahme Nr. 9/2005, abrufbar unter: [www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch) / Publikationen / Stellungnahmen.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2005): Ethische Standpunkte 1 «Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags», abrufbar unter: [www.sbk-asi.ch](http://www.sbk-asi.ch) / Dokumenten-Downloads / Verbandspezifische Dokumente / Publikationen der Ethik-Kommission.
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH (2008): Positionspapier der FMH «Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe», abrufbar unter: [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) / Politik & Medien / Meinung der FMH / Archiv 2008 / Stellungnahme der FMH zur Sterbehilfe vom 28. Januar 2008.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004, aktualisiert 2012): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, abrufbar unter: [www.samw.ch](http://www.samw.ch) / Ethik / Aktuell gültige Richtlinien.
- CURAVIVA Schweiz (2013), Suizidbeihilfe in Alters- und Pflegeinstitutionen sowie in Institutionen für erwachsene Menschen mit Behinderung: Grundlagenpapier, verabschiedet am 30. April 2013 durch den Vorstand von CURAVIVA Schweiz, abrufbar unter: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch) / News vom 17. Mai 2013 / Suizidbeihilfe.
- Pro Senectute Schweiz (2013): Positionspapier zu Fragen der Beihilfe zum Suizid im Alter, abrufbar unter: [www.pro-senectute.ch](http://www.pro-senectute.ch) / Medien / Stellungnahmen Pro Senectute Schweiz.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, der Bundesrat (2011), Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe: Bericht des Bundesrates, abrufbar unter: [www.ejpd.admin.ch](http://www.ejpd.admin.ch) / Themen / Gesellschaft / Gesetzgebung / Abgeschlossene Projekte / Sterbehilfe / Berichte.

## 5. Palliative Care bei Menschen mit Demenz

Wir betreuen in unseren Langzeitpflegeinstitutionen viele Menschen mit Demenz, u.a. auch in speziellen, geschützten Wohngruppen. Menschen mit Demenz erhalten, wie alle anderen Bewohnerinnen und Bewohner ab ihrem Heimeintritt palliative Pflege, Betreuung und Behandlung. Da sich dementielle Menschen in ihrem Erleben und Verhalten von anderen unterscheiden, gilt es folgende Aspekte speziell zu beachten:

- **Gedächtnis:** Durch den zunehmenden Verlust des Kurzzeitgedächtnisses leben Menschen mit Demenz oft in einem früheren Teil ihres Lebens. Informationen verstehen sie zwar im Moment, vergessen sie jedoch während einer Handlung wieder und wehren sich dann oft gegen für sie unverständliche Massnahmen. Mit der Abnahme kognitiver Fähigkeiten ist auch die Orientierungsfähigkeit in Raum und Zeit, aber auch bezüglich des eigenen sozialen Umfeldes und der eigenen Person, verbunden. Dies kann zu Angst und Unruhe führen.
- **Abstraktes Denken, Urteilsfähigkeit:** Der Verlust des abstrakten Denkens lässt das Verstehen von Zusammenhängen zunehmend unmöglich werden. Trotz Informationen können sich Menschen mit Demenz kaum mehr entscheiden. Deshalb ist in dieser Situation die Bestimmung der bevollmächtigten Vertrauensperson unerlässlich.
- **Kommunikation:** Es fällt Menschen mit Demenz zunehmend schwer, Wünsche, Bedürfnisse, aber auch Beschwerden sowie ihr subjektives Erleben verbal auszudrücken. Unsere sorgfältigen Verhaltensbeobachtungen helfen, aus Mimik, Körperhaltung und Reaktionsweisen auf mögliche störende Symptome zu schliessen.
- **Körperempfindung:** Die Wahrnehmung des eigenen Körpers kann zunehmend verloren gehen. Dies zeigt sich manchmal in einer völlig veränderten Körperhaltung oder darin, dass der Mund für die Nahrungsaufnahme nicht mehr gefunden wird. Die Lokalisation von Schmerzen kann dadurch verunmöglicht werden, weil die Person nicht mehr anzeigen kann, wo es schmerzt. Eine volle Harnblase kann zu einer zunehmenden Unruhe und Aggressivität führen.
- **Emotionen:** Die Erlebnisfähigkeit für Gefühle bleibt bis zuletzt erhalten. Wir sind überzeugt, dass unser positiv gestaltetes Umfeld den Menschen mit Demenz das Gefühl von Geborgenheit und Verständnis vermittelt und dass Gefühle bei uns ausgelebt werden dürfen. Damit verbessern wir die Lebensqualität. Die biografiebezogenen Aktivitäten ermöglichen Freude und positive Empfindungen, Rituale vermitteln Ruhe und Geborgenheit, Musik und Tanz lassen das Bewegungsbedürfnis positiv ausleben.<sup>28</sup>

Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz nach Kitwood<sup>29</sup>:

- Liebe
- Trost
- Identität
- Beschäftigung
- Einbeziehung
- Bindung



<sup>28</sup> Kunz, R. & Wilkening, K. (2005). Sterben im Pflegeheim, Perspektiven und Oraxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.

<sup>29</sup> Kitwood, T. (2008). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber.

Wir ergänzen die Aufzählung Kitwoods mit „Geborgenheit und Wohlbehagen“.

Das Ziel, diese Bedürfnisse möglichst zu erfüllen, wird durch unsere Pflegenden mit den nötigen fachlichen und menschlichen Kompetenzen, fundiertem Wissen und einer sogenannten personenzentrierten Haltung angestrebt.<sup>30</sup>

Im Demenzkonzept des regionalen Pflegeheimes, PeLago wird ausführlich auf das Krankheitsbild und die speziellen ethischen und pflegerischen Aspekte dieser grossen Bewohnergruppe eingegangen. Demenzspezifische Betreuungskonzepte, Sicherheitsaspekte und interprofessionelle Zusammenarbeit werden dort explizit beschrieben. Grundsätzlich unterscheiden sich Palliative Care- und Hospiz-Kultur bei dementiell Erkrankten nicht von derjenigen anderer Bewohnerinnen und Bewohner.

Folgende Palliative-Care-Inhalte sind für Menschen mit Demenz noch bedeutungsvoller:

- **Empathische Grundhaltung der Betreuenden**  
Dem desorientierten, kommunikationsunfähigen Menschen gegenüber ist es besonders wichtig, mit grosser Geduld und Empathie die Würde des Kranken zu bewahren.
- **Zusammenarbeit mit Angehörigen von Demenzerkrankten**  
Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Angehörigen kann bei dementiellen Erkrankungen nicht genug betont werden. Da sich die pflegebedürftigen Menschen oft schon beim Heimeintritt nicht mehr genügend verbal ausdrücken können, benötigen wir zur Biografie-Arbeit das Wissen der Lebenspartner, Kinder, Freunde und Bekannten.
- **Interprofessionelle Zusammenarbeit**  
Der Informationsaustausch im Betreuungsteam, aber auch der Informationsfluss nach aussen (Hausarzt, Spezialisten, Seelsorger, u.a.) muss noch sorgfältiger als bereits in der üblichen Betreuungssituation gepflegt werden, da Bewohnerinnen und Bewohner oft nicht in der Lage sind, ihren Teil beizutragen.
- **Symptomerfassung**  
Die Symptomerfassung, insbesondere die Schmerzerfassung, beruht bei fehlendem Verbalisierungsvermögen auf einer kontinuierlichen, sorgfältigen Beobachtung. Verhaltensveränderungen, wie Unruhe, Aggressivität, verminderter Appetit, Schlafstörungen, aber auch Veränderungen der Mimik, der Haltung oder der Mobilität können Ausdruck von Schmerz sein.
- **Validierte Schmerzerfassungs-Tools**  
.. für Menschen mit Demenz können bei der Erfassung von Schmerzen hilfreich sein.
- **Die Lebens- und Pflegequalität**  
... der bei uns lebenden Menschen mit Demenz, können mit dem Dementia Care Mapping oder anderen spezifischen Assessments überprüft werden.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Held, D. & Ermini-Fünfschilling, D. (2006). Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit. Basel: Karger AG.

<sup>31</sup> Müller-Hergl, C. (2000). Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mappings. In: P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrsg.), Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung (s. 248-261. Frankfurt: Mabuse.



## **6. Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner**

### **6.1 Patientenverfügung**

Ethisch ist der Anspruch, den eigenen Willen mit einer Patientenverfügung für Situationen der Urteilsunfähigkeit festzuhalten, im Prinzip der Autonomie begründet. Dieses beinhaltet das Recht des Individuums, aufgrund persönlicher Wertungen und Vorstellungen, im eigenen Interesse Entscheidungen zu fällen.

Unsere Institution empfiehlt allen urteilsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern, eine Patientenverfügung zu verfassen. Unterschiedlich ausführliche, vordruckte Patientenverfügungen verschiedener Organisationen (FMH, Caritas, Pro Senectute, Dialog Ethik) werden bereits beim Eintritt ins Heim zur Verfügung gestellt. Selbstverständlich muss eine Patientenverfügung freiwillig, d.h. ohne äusseren Druck oder Zwang, verfasst werden.

Im neuen Erwachsenenschutzrecht wird die Verbindlichkeit der Patientenverfügung auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich geregelt (ZGB 360ff). Grundsätzlich gilt: Je klarer eine Patientenverfügung formuliert ist und je konkreter sie auf die aktuelle Situation zutrifft, desto gewichtiger ist ihre Rolle im Entscheidungsprozess. Eine Patientenverfügung sollte nicht älter als 2 Jahre sein, wobei eine datierte Unterschrift auf dem Dokument alle 2 Jahre genügt. Ob es sich um eine individuelle oder um eine vorformulierte Patientenverfügung handelt, welche Verfügende nur noch zu unterschreiben brauchen, spielt keine Rolle. Die Verfügung wird im Notfall den Behandelnden (Notarzt und -ärztin, Sanitäterinnen und Sanitätern) durch das Pflegepersonal sofort zur Kenntnis gebracht. Der Inhalt einer Patientenverfügung verliert durch gegensätzliches Verhalten der Unterzeichnenden ihre Verbindlichkeit.

### **6.2 Vorsorgeauftrag**

Für den Fall einer Urteilsunfähigkeit ist im Erwachsenenschutzrecht der Vorsorgeauftrag mit Vorsorgevollmacht vorgesehen. Im Gegensatz zur Patientenverfügung werden im Vorsorgeauftrag nicht allein medizinische Behandlungswünsche niedergeschrieben, sondern vor allem festgelegt, wer die Dinge des Alltages stellvertretend erledigen darf. Unterzeichnete Formulare genügen den Vorschriften nicht. Wie beim Testament ist der gesamte Vorsorgeauftrag handschriftlich festzuhalten oder öffentlich zu beurkunden. Das Originaldokument wird sinnvollerweise beim Zivilstandsamt hinterlegt. Es besteht die Möglichkeit, die Errichtung und die Hinterlegung in der zentralen Datenbank des Zivilstandsamtes eintragen zu lassen. Das Pflegeheim dokumentiert das Bestehen eines Vorsorgeauftrags sowie dessen Aufbewahrungsort – sofern bekannt.

Wird bei einem Bewohner oder einer Bewohnerin eine Urteilsunfähigkeit ärztlich attestiert, stehen wir den Angehörigen gerne beratend zur Seite.

## 7. Umgang mit Sterben, Tod und Trauer

### 7.1 End of Life Care

Menschen am Lebensende sind in besonderem Masse auf Palliative Care angewiesen. Palliative Care soll eine möglichst gute Unterstützung bis zum Lebensende ermöglichen. Was unter einem „guten Sterben“ verstanden wird, kann nicht durch objektive Kriterien festgelegt werden, sondern ist von ganz individuellen Vorstellungen abhängig. Frühere Äusserungen der Bewohnerinnen oder Bewohner sind für uns wegleitend. Die Vorstellungen der Angehörigen und unserer Mitarbeitenden des Kern- und Behandlungsteams spielen eine untergeordnete Rolle. Auch eine optimale Palliative Care kann ein „gutes Sterben“ nicht garantieren.

### 7.2 Wichtige Aspekte der Sterbebegleitung

- Sterben ist ein einzigartiger Prozess. Sterbebegleitung orientiert sich deshalb an den individuellen Bedürfnissen des sterbenden Menschen und der Angehörigen.
- Wir thematisieren die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden frühzeitig und versuchen, sie bestmöglich zu erfassen.
- Wir schaffen eine würdige Umgebung und Atmosphäre.
- Medikamentöse und pflegerische Massnahmen setzen wir mit dem Ziel der Symptomlinderung ein.
- Wir passen die Pflege dem momentanen Befinden Sterbender an und ergänzen diese je nach Bedürfnis mit alternativen Methoden (basierend auf unserem Grundangebot).
- Belastende Massnahmen werden unterlassen.
- Durch die Bestimmung einer Bezugsperson betreffend Wohlergehen des Sterbenden und seiner Angehörigen erreichen wir eine Kontinuität und eine ruhige Atmosphäre.
- Wir streben keine „Rund um die Uhr“ Betreuung an, da auch Sterbende Zeit für sich alleine brauchen.
- Die Mitarbeit von Angehörigen wird geschätzt. Sie werden während des Sterbeprozesses individuell einbezogen und auch begleitet.
- Auf Wunsch von Bewohnerinnen, Bewohnern, Angehörigen und Personal wird die Seelsorge beigezogen.
- Zur Unterstützung der Sterbenden, Angehörigen und des Personals stehen die Hospizgruppen zur Verfügung.

### 7.3 Abschied und Trauer

Sterben ist das natürliche Ende des Lebens und hat seinen Platz in unserem Heimalltag.

Ein würdiger Umgang mit Sterben und Tod ist uns wichtig. Der Umgang mit Verstorbenen erfolgt in unserer Institution in der gleichen wertschätzenden Haltung wie der Umgang mit den Lebenden.

- Wir pflegen Rituale, um Abschied zu nehmen und die Trauer auszuhalten und / oder zu verarbeiten. Daraus resultiert eine hauseigene Abschiedskultur.
- Wir berücksichtigen im Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen ihre familiären, sozio-kulturellen und spirituellen Bedürfnisse soweit als möglich.

- Wir ermöglichen den Angehörigen und den Mitarbeitenden, in angemessener Weise Abschied zu nehmen.
- Den Angehörigen wird Unterstützung in ihrer Trauer angeboten oder vermittelt (Seelsorge, Trauercafé).
- Für eine adäquate Unterstützung des Behandlungsteams für speziell belastende Situationen ist gesorgt.

## 8. Symptommanagement am Lebensende

Während des ganzen Aufenthaltes in unserer Alters- und Pflegeinstitution gilt es für unsere chronisch kranken, multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohner im Sinne einer gelebten Palliative Care- und Hospiz-Kultur belastende Symptome durch geeignete Massnahmen effektiv zu behandeln und damit eine bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

### 8.1 Symptome und deren Erfassung

Um Leiden lindern zu können, erfassen wir störende Symptome der Bewohnerinnen und Bewohner bei Bedarf systematisch. Dies geschieht mit dem Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) oder einer anderen „Visuellen Analog Skala“ (VAS). Beispiele und Erläuterungen im Anhang 8.3.2.

### 8.2 Symptome und deren Behandlung

Am Lebensende können bei Schwerkranken folgende Symptome vorkommen:

- **Schmerzen**
- **Dyspnoe (Atemnot)**
- **Sterberasseln**
- **Nausea und Emesis (Übelkeit und Erbrechen)**
- Verstopfung (Obstipation)
- Kachexie, Anorexie (Appetitlosigkeit)
- Diarrhoe (Durchfall)
- Ileus (Darmverschluss)
- **Unruhe**
- **Epileptische Anfälle**
- Psychologische Beeinträchtigungen wie Depression, Angst, Schlafstörungen
- Dehydratation
- Xerostomie (Mundtrockenheit)
- Müdigkeit (Fatigue)
- Dekubitus, Juckreiz

Für die fett gedruckten Symptome finden sich Therapieempfehlungen in der „**Handlungsempfehlung Sterbephase**“ (ehemals „Best Care for the Dying“, früher LCP) des Palliativzentrums Kantonsspital St.Gallen.

Die aktuelle, vollständige Dokumentation „**Handlungsempfehlung Sterbephase**“ mit Merkblättern und Formularen können beim Palliativzentrum des Kantonsspitals abgerufen werden.<sup>32</sup>

Dort finden wir zusätzlich detaillierte Unterlagen zu:

- Informationsblatt für Angehörige
- Vorgehen beim Diagnostizieren des Sterbens
- Dokumentation der Entscheidungsfindung

<sup>32</sup> [www.palliativzentrum.kssg.ch/home/unser\\_fachbereich/qualitaet/dokumente.html](http://www.palliativzentrum.kssg.ch/home/unser_fachbereich/qualitaet/dokumente.html).

- Ersteinschätzung, Verlaufseinschätzung und Verlaufsbeschreibung
- Betreuung nach dem Tod
- Algorithmen zur Therapie von Schmerzen, Unruhe, Sterberasseln, Nausea und Erbrechen, sowie Dyspnoe und epileptischen Anfällen beim Sterbenden
- Verordnungsblatt für die Sterbephase
- Reflexion der Begleitung mit der Handlungsempfehlung Sterbephase

In der Einführung dieser Handlungsempfehlungen stehen u.a. folgende **wichtige Hinweise**:

- Diese Handlungsempfehlung hat die Absicht, dem Fachpersonal zu helfen, die Betreuung und Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen zu optimieren. Sie soll helfen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein Sterben in Ruhe und in einer sicheren Umgebung ermöglicht.
- Das Sterben zu diagnostizieren ist anspruchsvoll, ungeachtet der Diagnose oder Anamnese. Es gibt Fälle, in denen ein Patient, den man für sterbend hält, länger als erwartet lebt. Ein Abbruch des Vorgehens ist jederzeit möglich. Hier kann Unterstützung durch ein Palliativteam helfen.
- Die Handlungsempfehlung schliesst Massnahmen wie z.B. Flüssigkeits- oder Antibiotikagabe nicht aus, wenn sie der Symptomlinderung dienen.
- Bei allen Entscheidungen werden die Sorgen und Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen, die Einschätzung des betreuenden Teams und die medizinische Indikationen berücksichtigt.
- Die frühzeitige Verordnung von Bedarfsmedikationen für möglich auftretende Symptome in der Sterbephase gewährleistet dem Behandlungsteam ein rasches Reagieren rund um die Uhr.
- Bei älteren Patienten und bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Morphin geboten. Die ideale Verabreichungsform ist subkutan.
- Die Information der Angehörigen über die verschiedenen Symptome in der Sterbephase und deren Linderungsmöglichkeiten ist unerlässlich.

Die vom Arzt verordneten **Medikamente** müssen für Bewohnerinnen und Bewohner verfügbar sein. Die palliative **Reservemedikation** erfolgt gemäss Anhang 8.3.1. oder gemäss spezieller ärztlicher Verordnung. Ärztliche Verordnungen erfolgen schriftlich. Auf Wunsch des Bewohners oder der Bewohnerin respektive ihrer Angehörigen kommen auch komplementärmedizinische Anwendungen (Aromatherapie, Einreibungen und anderes) zum Einsatz.

Bei Fragen steht der **palliative Konsiliardienst** des Kantonsspitals sowohl Fachpersonen wie Laien jederzeit, an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr, gerne zur Verfügung:

Palliative Care Hotline: 071 494 29 00
--

Eine Expertengruppe von palliative.ch hat ausführliche Empfehlungen, die Best Practice BIGORIO Empfehlungen, zusammengetragen und auf ihrer Homepage zu folgenden Themen aufgeschaltet<sup>33</sup>:

- Dyspnoe
- Nausea
- Delir
- Palliative Sedation
- Durchbruchschmerz
- Obstipation
- Darmverschluss und paralytischer Ileus
- Palliative Care und Spiritualität
- Hydratation in der palliativen Betreuung
- Angst am Lebensende
- Besonderheiten der Pharmakotherapie in der Palliative Care
- Off-label-Indikationen
- Fatigue

---

<sup>33</sup> [www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice](http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice).

## 8.3 Anhänge

### 8.3.1 Palliative Reservemedikation<sup>34</sup>

#### Palliative Reservemedikation

##### Schmerzen

Morphin Lös 2% (1Tr = 1mg)	5 Tr. schlucken in wenig Flüssigkeit	(bis stündlich)
Morphin Amp 10mg/1ml	2 – 5mg subcutan spritzen oder mind. 1/10 der bisherigen Tagesdosis	(bis stündlich)

##### Angst

Temesta Exp 1.0mg	1 Tbl auf Zunge legen	(bis stündlich)
-------------------	-----------------------	-----------------

##### Unruhe / Wahnvorstellungen

Haldol Tropfen 2mg/1ml	3-5 Tr (=0.3-0.5mg) in wenig Flüssigkeit	(bis 6x pro 24h)
------------------------	--	------------------

bei massiver Unruhe nach 3 Dosen Haldol:

Temesta Exp 1.0mg	1 Tbl auf Zunge legen
-------------------	-----------------------

##### Terminales Rasseln

Buscopan Amp 20mg/1ml	20mg subcutan spritzen	(3-6x pro 24h)
-----------------------	------------------------	----------------

##### Atemnot

Temesta Exp 1.0mg	1 Tbl auf Zunge legen	(bis stündlich)
Morphin Lös 2% (1Tr = 1mg)	5 – 10Tr schlucken in wenig Flüssigkeit	(bis stündlich)
Morphin Amp 10mg/1ml	2 – 5mg subcutan spritzen oder mind. 1/10 der bisherigen Tagesdosis	(bis stündlich)
Sauerstoff	mit Nasenbrille oder Maske (bei Lungenliga bestellen)	

##### Übelkeit / Erbrechen

Motilium lingual	1 Tbl auf Zunge legen	(bis 6x pro 24h)
Paspertin Amp 10mg/2ml	10mg subcutan spritzen	(bis 6x pro 24h)
Opiat-induziert:		
Haldol Tropfen 2mg/1ml	10 Tr (=1mg) in wenig Flüssigkeit	(bis 6x pro 24h)

##### Epileptische Anfälle

Temesta Exp 1.0mg	1 – 3 Tbl auf Zunge legen	(bis 3x pro 24h)
-------------------	---------------------------	------------------

##### Beachte:

- diese Reservemedikamentenliste deckt die wichtigsten Notfall-Symptome ab
- sie garantiert die einheitliche Handhabung der dringlichsten Reservemedikamente
- alle Heime, ambulanten Pflegedienste und Notfallärzte haben die Medikamente jederzeit an Lager (ausser Sauerstoff)
- bei Bedarf auch für Angehörige und Nicht-Fachpersonen einfach erlern- und durchführbar

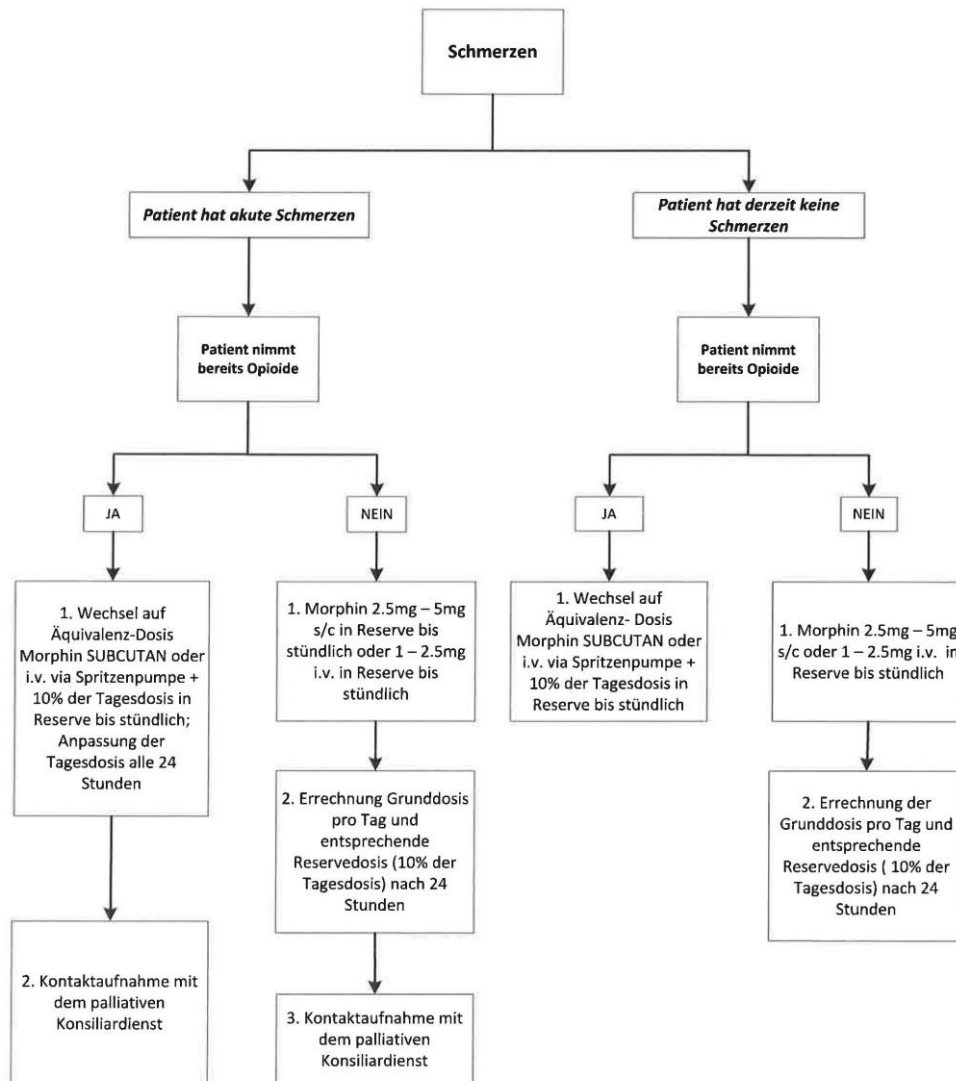
<sup>34</sup> Quelle: in Anlehnung an PC Forum am Altenrhein, 11.08.2015.

### 8.3.2 Algorithmische Therapieempfehlungen für Symptome in Sterbephase<sup>35</sup>

#### Handlungsempfehlung Sterbephase



Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

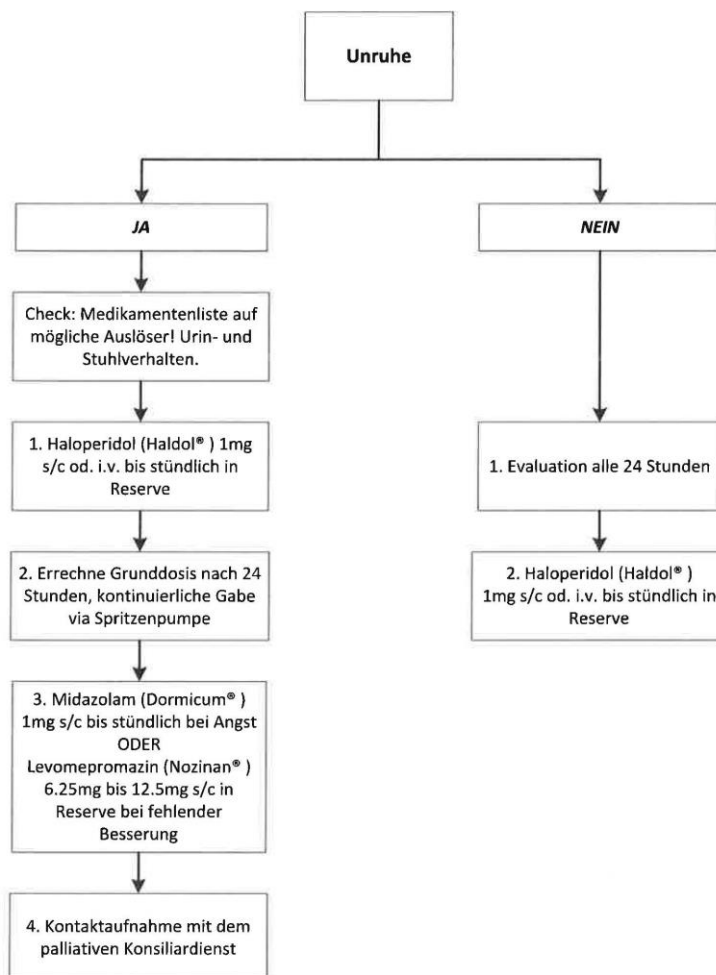


<sup>35</sup> Handlungsempfehlung Sterbephase deutschsprachiger Raum März 2015; according to Care for the Dying Patient Guidance Royal Liverpool & Broadgreen University Hospitals NHS Trust Okt. 2013; © Kantonsspital St.Gallen, Palliativzentrum CH und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, KSSG.



## Handlungsempfehlung Sterbephase

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

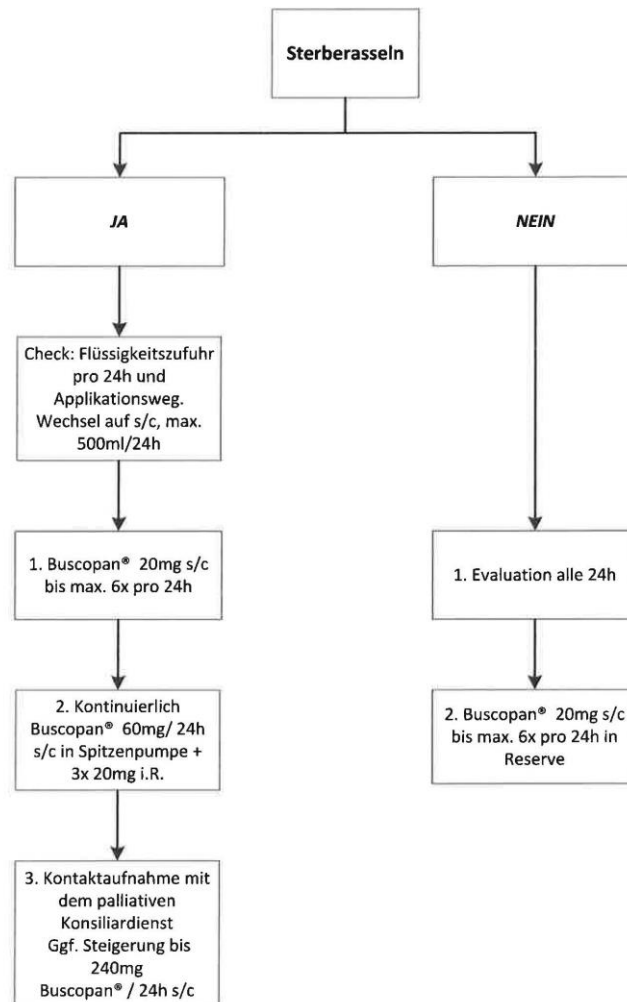


### **Beachte:**

- Nicht jede terminale Unruhe muss medikamentös behandelt werden und unterscheidet sich von einem Delir!
- Unverarbeitetes, Verborgenes kann an die Oberfläche kommen und nochmals gesehen und im besten Fall verstanden werden.
- Team erweitern durch Fachpersonen und freiwillige Mitarbeiter.
- Cave: Vermeide Benzodiazepine bei älteren Menschen.
- Bei Delir s.a. Standard 18, Umgang mit akut verwirrten Patienten:  
<http://www.kssgnet.ch/gruppen/kssgwiki/kssgwiki/Wiki-Seiten/Standard%2018%20-%20Umgang%20mit%20akut%20verwirrten%20Patienten.aspx>
- Bei möglichem Alkoholentzugsdelir: Benzodiazepine (Midazolam/ Dormicum ®)

## Handlungsempfehlung Sterbephase

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

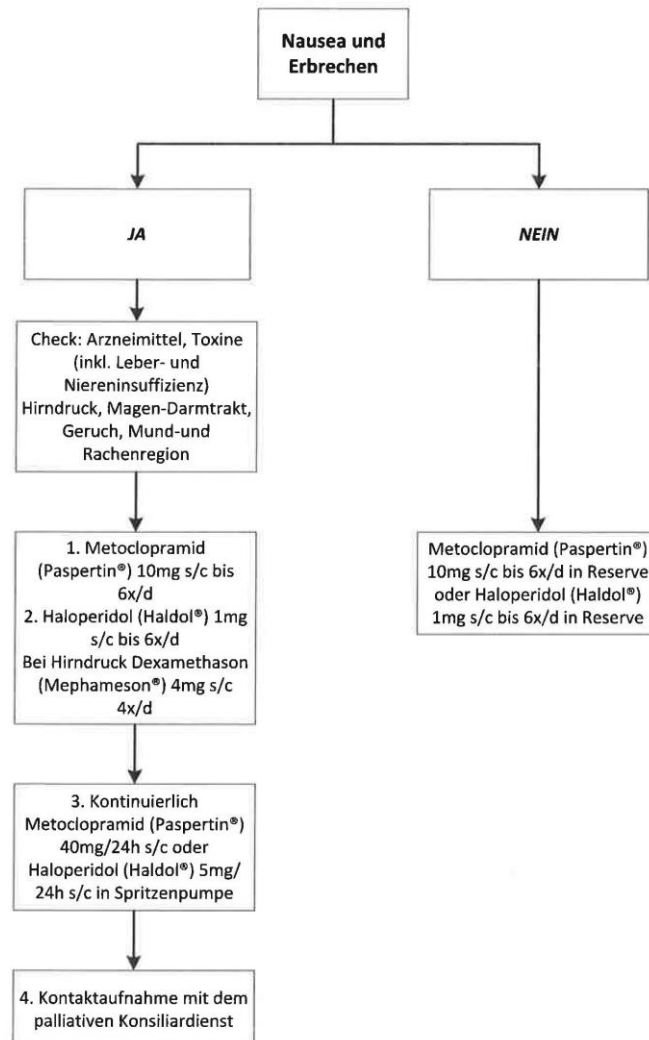


### **Beachte:**

- 135° Seitenlagerung oder leichte Oberkörper-Hochlagerung, damit das Abfließen des Sekretes begünstigt wird.
- Das Absaugen wird im Allgemeinen nicht empfohlen. Bei sichtbarem Sekret im oberen Teil des Rachens kann ein Versuch gemacht werden.

## Handlungsempfehlung Sterbephase

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

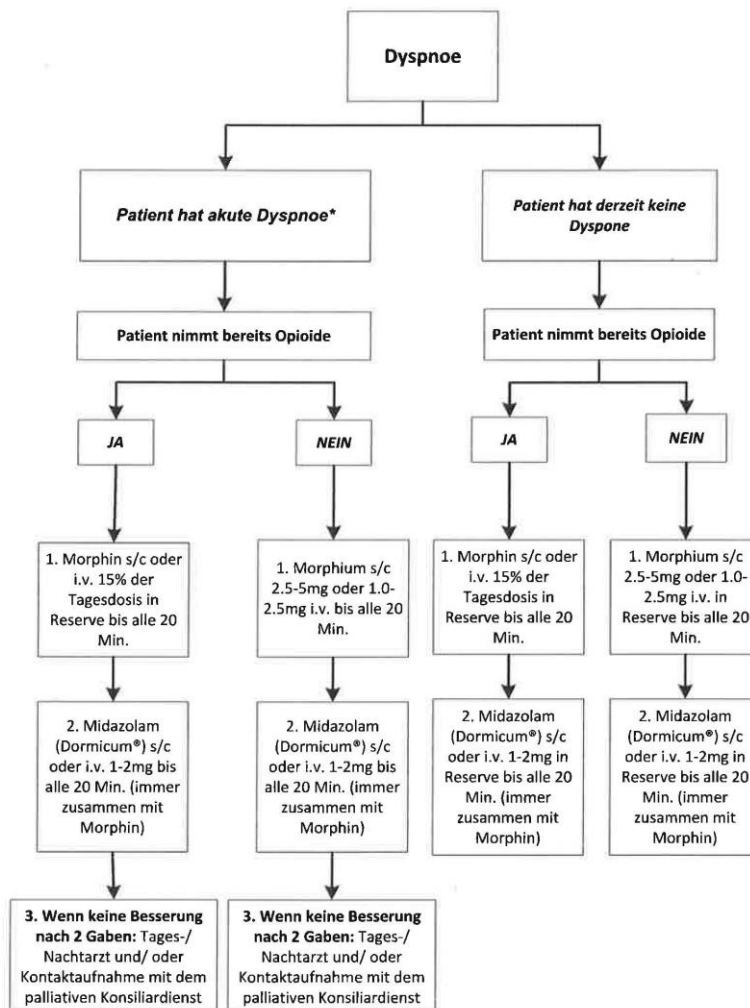


### Beachte:

- Geruch reduzieren, allenfalls Aromatherapie einsetzen.
- Mundhygiene, insbesondere Schleimhäute feuchthalten.
- Aspiration vermeiden.

## Handlungsempfehlung Sterbephase

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....



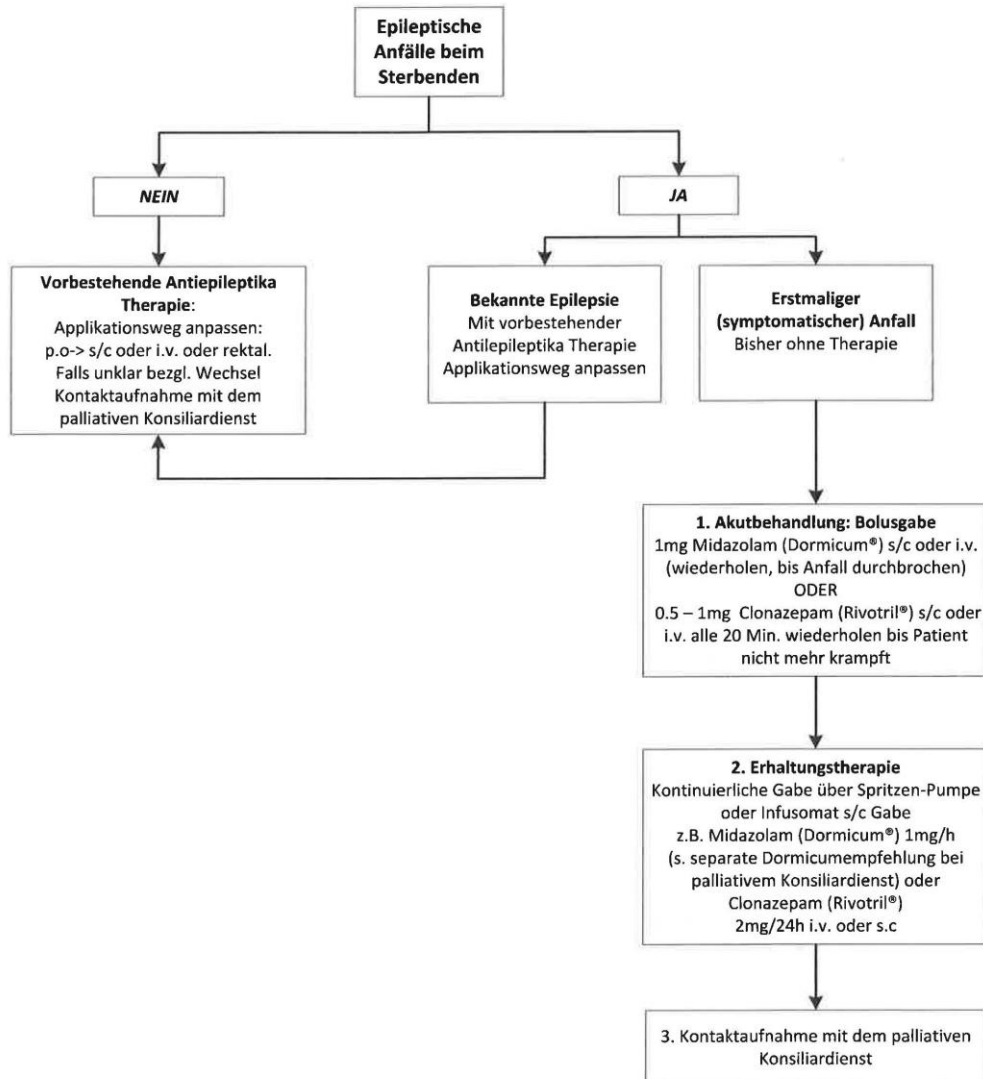
\* Eine ursächliche Behandlung der Dyspnoe ist in diesen Empfehlungen **nicht** enthalten (Diuretika, Nitrate, Reduktion Volumen, Wahl des Applikationswegs), muss aber immer in Erwägung gezogen werden.

### Beachte:

- Mit der Gabe von Sauerstoff ist Zurückhaltung geboten. In der Sterbephase ist nur der subjektive Benefit des Patienten ausschlaggebend. Gelegentlich ist es nur der Luftstrom, von dem der Sterbende profitiert. Auch bei Sterbenden mit COPD ist das Morphin das Mittel der Wahl.
- Bei hoher Wahrscheinlichkeit von Dyspnoe in den nächsten Stunden/Tagen: Instruktion Patient und Angehörige über Vorgehen = **5- Punkteplan**:
  1. Betroffenen nicht alleine lassen und Ruhe bewahren.
  2. Zur Erleichterung der Atmung Sitzposition einnehmen und Arme abstützen.
  3. Zufuhr von Frischluft (offenes Fenster, Tischventilator) oder Sauerstoff.
  4. Morphin (siehe Verordnung)
  5. Midazolam (Dormicum®) (siehe Verordnung)

## Handlungsempfehlung Sterbephase

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....



### 8.3.3 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)<sup>36</sup> und Visuelle Analog Skala (VAS)

ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System)

Name/Vorname Gast, Jahrgang \_\_\_\_\_

Bitte kreisen Sie die zutreffende Zahl ein (mit Bleistift)

trifft gar nicht zu

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schmerz										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erschöpfung										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitverlust										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kurzatmigkeit										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depression										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Angstgefühle										

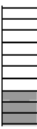
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gesamtbefinden										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anderes .....										

so schlimm wie nur möglich

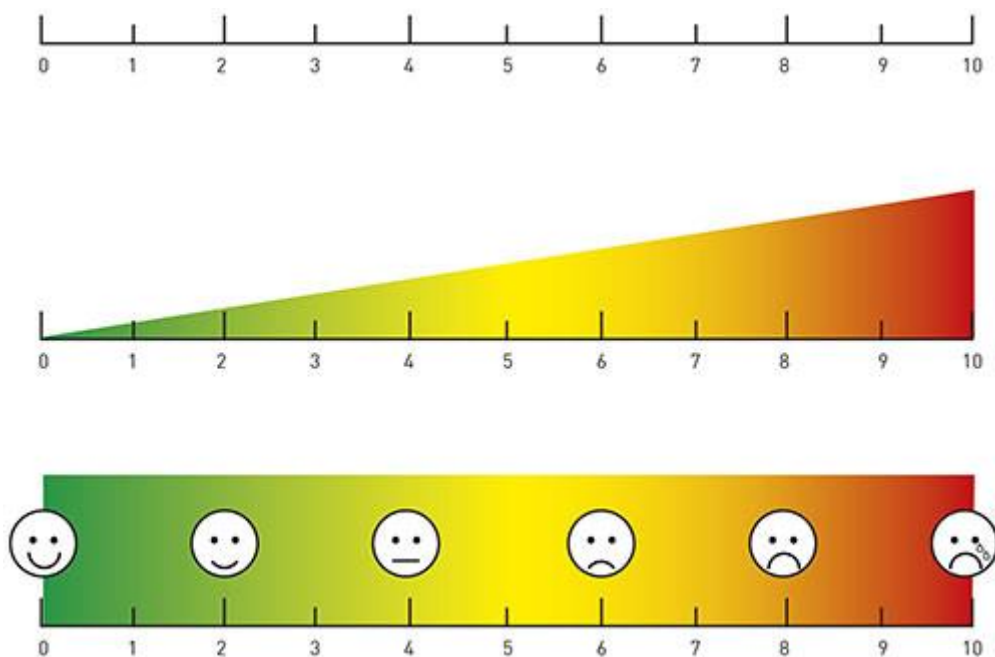
<sup>36</sup> Quelle und Übersetzung: palliative.ch, Kantonsspital St.Gallen; PerLavita, Neutal.

## Umgang mit ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System)

Allgemeines	Mit diesem Einschätzungsinstrument können die neun häufigsten störenden Symptome bei Chronisch- und Schwerkranken und bei Menschen in der Sterbephase erfasst werden.
Verantwortung und Vorgehen bei der Erhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Symptomerfassung erfolgt durch eine dem Gast zugeteilte pflegerische Bezugsperson, die Pflegefachfrau/der Pflegefachmann oder die Pflegehilfe.</li> <li>• Grundsätzlich schätzt der Gast die Intensität der störenden Symptome auf der Skala von 0-10 selbst mit einem Stift ein, indem er die gültige Zahl einkreist, z.B. 1 2 3 4 5 <u>6</u> 7 8 9 10 (Rückseite des Einschätzungsinstrumentes).</li> <li>• Für die Beurteilung des Symptomverlaufes werden die Zahlen von der /des Pflegenden dann in die Grafik (Vorderseite des Einschätzungsinstrumentes) eingetragen – stets mit Datum, Zeit und Visum der Pflegenden. (Nie den Gast direkt in die Grafik eintragen lassen, da er sonst durch frühere Einträge beeinflusst wäre). <ul style="list-style-type: none"> <li>z.B. für ein Symptom in der Intensität 3: </li> </ul> </li> <li>• Bei Gästen mit Demenz oder anderen psychogeriatrischen Einschränkungen erfolgt die Einschätzung mit Hilfe der Angehörigen oder einer pflegerischen Bezugsperson.</li> <li>• Besteht absolute Unfähigkeit eines Gastes, Antwort zu geben, werden ausschliesslich die Symptome wie <i>Schmerz, Müdigkeit, Übelkeit, Appetitverlust, Kurzatmigkeit</i> und <i>allenfalls andere</i> durch die Pflegenden "fremd-erhoben". (Wichtig: Hingegen <i>nicht</i> durch Fremdeinschätzung sollen die "subjektiven" Symptome wie Erschöpfung, Depression, Angst und schlechtes Allgemeinbefinden erhoben werden und bleiben auf dem Formular leer).</li> </ul>
Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Eintritt des Gastes – in den ersten 3 Tage</li> <li>• (Ausgenommen Rehabilitations- und Feriengäste die per Definition in keiner Palliative Care-Situation sind, sondern kurativ behandelt werden – dies wird von der TL oder pflegerischen Bezugsperson 1 festgestellt/-gelegt)</li> <li>• Wenn keine Symptome angegeben werden: Wiederholung 1x monatlich nach Eintritt, dann regelmässig halbjährlich</li> <li>• Bei stabilen Symptomen: wöchentlich</li> <li>• Bei fluktuierenden oder schlecht kontrollierten Symptomen: täglich</li> <li>• Bei hoher Intensität eines oder mehrerer Symptome: bis zu max. stündlich</li> </ul>
Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESAS wird bei allen Gästen im oben beschriebenen Turnus angewendet (auch bei Feriengästen, Gästen für geriatrische Rehabilitation, Menschen mit Demenz usw.)</li> <li>• Die Durchführung des ESAS und die allfälligen Besonderheiten der Situation des Gastes werden im easyDOK, Register Pflegebericht unter "+" ESAS dokumentiert</li> <li>• Auffällige Ergebnisse der Einschätzung müssen immer an den Heimarzt rapportiert werden. Hohe Werte benötigen pflegerische und/oder medizinische Sofortmassnahmen bis die Werte tiefer bleiben</li> <li>• Bei den pflegerischen/betreuenden Massnahmen hält sich das sogenannte Behandlungsteam an die Formulierungen im Palliative Care-Konzept</li> <li>• Die Pflegeexpertin führt halbjährliche Controllings anhand von Stichproben durch und meldet die Ergebnisse den LPB's weiter</li> </ul>
Bemerkung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird das ESAS nicht nach den hier beschriebenen Vorgaben angewendet, muss dies im easyDOK nachvollziehbar begründet sein.</li> <li>• Die Behandlung störender Symptome wird stets in Absprache mit dem Heimarzt angegangen.</li> <li>• Nebst den abgefragten Symptomen ist die Hautkontrolle auf allfällige Druckstellen bzw. Dekubitusulcera ebenfalls ein weiterer wichtiger Schwerpunkt.</li> </ul>



## VAS – Skala (Visuelle Analog-Skala)



Mit einer visuellen Analogskala (VAS) misst man die subjektive Symptomstärke des Patienten.

Zum Beispiel für Schmerzen: 0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen.

## 9. Fort- und Weiterbildung

In die Fort- und Weiterbildung werden alle Mitarbeitenden eingebunden, auch in den Bereichen mit unterstützenden Dienstleistungen wie Verpflegung, Reinigung, Lingerie, Verwaltung und Technischer Dienst. Dabei erfahren die Pflegenden intensivere Schulungen einschliesslich medizinischer Aspekte. Die Nachhaltigkeit wird über fallspezifische Bearbeitung im Alltag sowie mindestens jährlich wiederholte Refresher- und Vertiefungsveranstaltungen erreicht.



## 10. Umsetzung und Evaluation

### 10.1 Umsetzung

Die Implementierung des Palliative Care Konzepts erfolgt durch fachspezifische und stufengerechte Schulungen über alle Bereiche. Insbesondere werden zusätzlich zur Pflege auch die unterstützenden Dienstleisterinnen und Dienstleister der Verpflegung, Reinigung, Lingerie, Verwaltung und des Technischen Dienstes eingebunden. Auch allfällig wesentliche Änderungen des Konzepts werden allen Mitarbeitenden im Rahmen einer Einführung vermittelt. Neuen Mitarbeitenden wird das Palliative Care Konzept als Bestandteil der Einführungsunterlagen ausgehändigt und im Detail erläutert. Rückmeldungen werden aufgenommen und zur allfälligen Konzeptanpassung überprüft.

### 10.2 Anpassung

Das Palliative Care Konzept wird mindestens einmal jährlich an aktuellen Entwicklungen, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sonstigen Anregungen aus Theorie und Praxis gemessen und überprüft.

Wird ein Anpassungsbedarf festgestellt, werden Änderungsvorschläge durch eine Projektgruppe erarbeitet. Diese werden mit den Ansprechpartnerinnen und -partnern besprochen, Ziele und Massnahmen festgelegt und nach Überarbeitung entsprechend umgesetzt.

Wesentliche Änderungen werden den Entscheidungsträgern in der Pflegeinstitution zur Genehmigung unterbreitet.

## 11. Abschluss

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“  
(Cicely Saunders, 1967)

Rorschacherberg, den 11. August 2015

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

- Benz Andrea, Pflegedienstleiterin Haus zum Seeblick
- Dichgans Monika, Stellvertreterin Pflegedienstleitung Gartenhof Steinach
- Frei-Braun Anna Maria, Seelsorgerin
- Dr. Harringer Wilfried, Hausarzt, Goldach
- Dr. Heinzemann-Husi Martin, Hausarzt, Rorschach
- Hösl Armin, Leiter Pflege und Betreuung PeLago, Rorschacherberg
- Lüchinger Erika, Heimleiterin Pflegeheim Helios, Goldach
- Marchlewitz Esther, Pfarrerin
- Markart Ingrid, Geschäftsleiterin PeLago, Rorschacherberg
- Prietzel Marko, Leiter geschützte Pflegewohngruppe PeLago, Rorschacherberg
- Dr. Rechsteiner Marianne, Hausärztin, Rorschach
- Rietmann Margaretha, Pflegedienstleiterin Altersheim der Stadt Rorschach
- Torregrosa Maria, Pflegedienstleiterin Seniorenzentrum La Vita