

# Ethische Richtlinien der SAMW für die Betreuung von Menschen mit Demenz

Vortrag an der Spitex Bildungstagung  
*Demenz – neue Herausforderungen in der ambulanten Pflege*  
Olten, 9. März 2017

PD Dr. med. Georg Bosshard  
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin spez. Geriatrie  
Leitender Arzt Long-term Care, Klinik für Geriatrie, UniversitätsSpital Zürich  
Zentrumsarzt Alterszentrum Bruggwiesen, Effretikon  
georg.bosshard@usz.ch



## Vortragsübersicht

1. Einleitung
2. Vorstellung einiger ausgewählter Themen der Richtlinien und Diskussion anhand von Literatur und Fallbeispielen
  - Über- und Unterversorgung
  - Fürsorgerische Unterbringung und freiheitseinschränkende Massnahmen
  - Fürsorgliche Täuschung und medikamentöse Täuschung
  - Advance Care Planning
  - Grenzen der Patientenverfügung

*-> Bitte beachten: Die Richtlinien selber sind noch nicht verfügbar, auch nicht in ihrer Vernehmlassungsversion.*

*Die angeführten Aussagen sind also NICHT direkte Zitate aus den Richtlinien!*



## Entstehungsprozess der Richtlinien *Demenz* der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

- 2014: Start Nationale Demenzstrategie
- > Teilprojekt 5.1: Erarbeitung ethischer Leitlinien
- Co-Lead des Projekts durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG)
- Februar 2016: Subkommission nimmt ihre Arbeit auf
- Juni 2017: Provisorische Version der Richtlinien wird in offizielle Vernehmlassung gehen
- Dezember 2017: Vernehmlassung abgeschlossen, definitive Richtlinien etabliert.



## Stratégie nationale en matière de démence 2014–2019

Résultats acquis 2014–2016 et priorités 2017–2019



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra  
Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP



Gesundheit | Santé  
Sanità | Saanaded 2020

60x Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -beauftragten  
60x Conferenza svizra dei direttori cantonali della sanità  
60x Conferenza svizra des directeurs cantonaux de la santé

<b>OBJECTIF 5</b>	<b>Le traitement, l'accompagnement et les soins dispensés aux personnes atteintes de démence se basent sur des directives éthiques.</b>
<i>Projet 5.1</i>	<p><i>Ancrage de directives éthiques</i></p> <p>Encourager la mise en œuvre de directives existantes dans les différentes structures de prise en charge (ambulatoire et stationnaire) tout en garantissant les droits de la personne, en particulier le droit de la protection de l'adulte, et pour éviter des situations à risque. Dans le cadre de la gestion de la qualité institutionnelle, promouvoir l'élaboration et l'utilisation de directives éthiques dans la pratique.</p>




- Actualités
- Portrait
- Publications
- Projets
- Promotion
- Éthique

DE | FR | EN

# Éthique

- Autonomie
- Fin de vie
- Éthique de la recherche
- Médecine pénitentiaire
- Patients vulnérables
- Transplantation d'organes
- Soutien éthique

**Les progrès de la recherche et de la pratique médicale soulèvent de nombreuses questions éthiques tant pour les professionnels et les experts que pour la société.**

La → Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM anticipe et discute des problèmes éthiques en médecine. Elle élabore des directives, des recommandations et des prises de position comme aide à la pratique ou à la recherche biomédicale. Contrairement aux processus législatifs qui demandent beaucoup de temps, la CCE peut élaborer des directives médico-éthiques dans un laps de temps relativement court, tout en respectant un processus d'élaboration clairement défini. La CCE est soutenue par le ressort Éthique du Secrétariat général de l'ASSM qui est chargé de l'élaboration et de la diffusion des publications et organise des colloques sur des thèmes éthiques.

Vous trouvez des informations détaillées concernant les questions traitées par la CCE et ses sous-commissions dans le menu à gauche en haut de cette page. Toutes les directives, recommandations et prises de position peuvent être téléchargées sous → Publications. Il est également possible de commander des exemplaires imprimés.

**CONTACT**  
 lic. iur. Michelle Salathé  
 Responsable du ressort  
 Éthique  
 m.salathe@samw.ch

→ Directives

→ Directives antérieures

→ Directives anticipées

# Traitement et prise en charge de personnes atteintes de démence

ASSM » Éthique » Patients vulnérables » Traitement et prise en charge de personnes atteintes de démence

En Suisse, environ 120'000 personnes sont atteintes de démence. Ce n'est que récemment que la démence avancée a été reconnue comme une maladie à part entière. Parallèlement, les besoins de prises en charge et de traitements adéquats de ce groupe de patients sont de plus en plus reconnus.

L'évolution de la démence - souvent combinée à des maladies somatiques et psychiques chroniques - est difficilement prévisible et peut s'étendre sur des années. L'absence de capacité de discernement à un stade avancé, d'éventuels troubles du comportement liés à la maladie, la charge pour les proches ou des contraintes particulières au niveau des soins peuvent exiger des décisions difficiles et soulever des conflits éthiques.

## Élaboration de nouvelles directives concernant les maladies de la démence

En 2004, l'ASSM avait publié des directives concernant le «Traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance». Depuis lors, les structures de soins et les concepts thérapeutiques pour les patients en situation de dépendance ont profondément évolué. La [Commission Centrale d'Éthique](#) a décidé, de ce fait, de remplacer ces directives. Les nouvelles directives seront élaborées dans le cadre de la [stratégie nationale en matière de démence](#). L'ASSM dirigera, en collaboration avec la Société Suisse de Gériatrie, le projet partiel 5.1. «Ancrage de directives éthiques pour le traitement et l'accompagnement de personnes atteintes de démence».

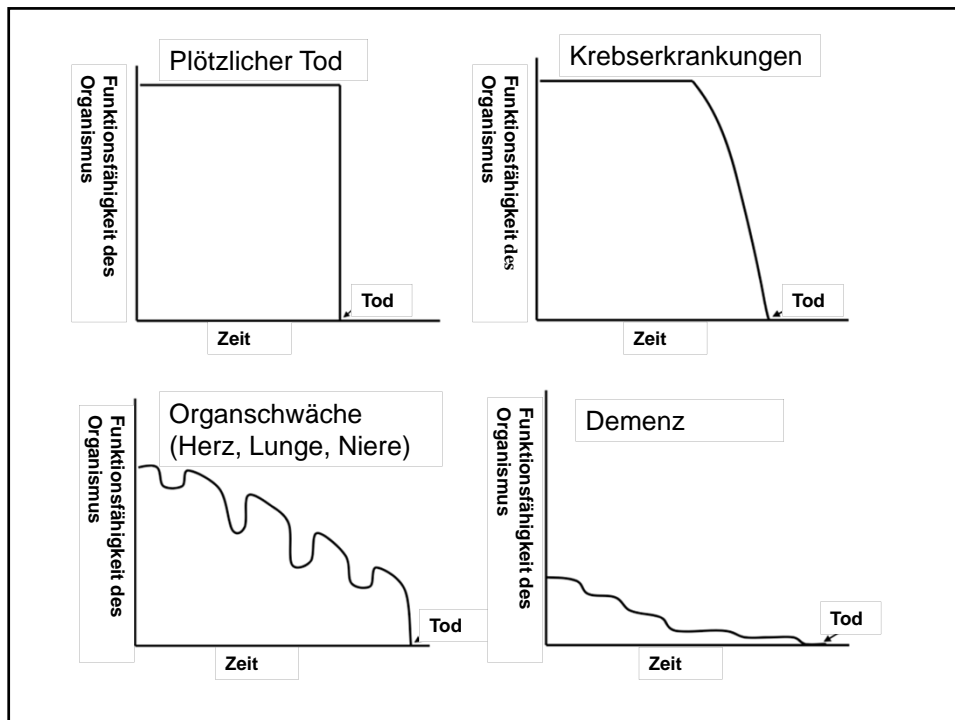
## Mandat de la sous-commission

L'objectif des directives est de proposer une aide pratique pour le traitement des personnes atteintes de démence. Les directives sont structurées selon les problèmes qui se posent à tous les soignants en charge de personnes atteintes de démence, au-delà du contexte (ambulatoire, hôpital, institution de soins) et au-delà des groupes professionnels.

Le projet de directives sera soumis à une consultation.

## Membres de la sous-commission

PD Dr méd. Georg Bosshard, Zurich, Gériatrie, Président  
Prof. Dr iur. Regina Aebi-Müller, Lucerne, Droit  
Dr méd. Klaus Bally, Bâle, Médecine de famille  
Dr phil. Stefanie Becker, SSG, Yverdon-les-Bains, Psychologie  
Dr méd. Daniel Grob, Rheinau, Gériatrie  
Prof. Dr méd. Christian Kind, St-Gall, Pédiatrie  
Prof. Dr rer. Medic, Msc Andrea Koppitz, Winterthour, Soins  
PD Dr méd. Sophie Pautex, Genève, Soins palliatifs  
Dr théol. Heinz Rügger, MAE, Zurich, Éthique  
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, ASSM, Berne (ex officio), Droit  
Anja Ulrich, MNS, APN, Bâle, Soins  
Prof. Dr méd. Armin von Gunten, Lausanne, Psychiatrie



## 1. Über- und Unterversorgung

Patienten mit Demenz sollen vor Unterversorgung, aber auch vor Überversorgung geschützt werden.

### Unterversorgung – Beispiele

- Fehlen von demenzspezifischen Kenntnissen, von spezifisch geschulten Fachleuten und von demenzspezifischen Patientenpfaden in der ambulanten wie der stationären Versorgung (-> Demenz gar nicht erkannt; ungenügende Delirprophylaxe; etc)
- Zu rasche Spitalentlassungen (Fallkostenpauschale)

### Überversorgung – Beispiele

- Demenz bei Planung medizinischer Interventionen (z. B. Herzschrittmacher) nicht erkannt resp. nicht beachtet -> Benefit wird zu optimistisch eingeschätzt und Belastung durch Therapiemaßnahmen unterschätzt
- Unnötige resp. mehr schädliche als nützliche Hospitalisierungen von Menschen mit (fortgeschrittener) Demenz

Notfallärzte hospitalisieren Heimbewohner in akuten Notfällen sechs mal häufiger als Heimärzte

Bellelli G et al (2001) The management of adverse clinical events in nursing homes: A 1-year survey study. J Am Geriatr Soc 49: 915-925

“There was no significant difference in 30-day mortality rates between those initially treated in nursing homes (22%) and those initially treated in hospitals (31%; P = 0.15)”

Naughton BJ et al (2000) Treatment guideline for nursing-home acquired pneumonia based on community practice. J Am Geriatr Soc 48: 82-88

### **Institutionelle Risikofaktoren resp. protektive Faktoren für vermeidbare Hospitalisationen aus Pflegeheimen**

#### ***Risikofaktoren:***

- Kein Heimarzt vorhanden (1)
- Fehlende Möglichkeit im Pflegeheim, rasch Laborresultate durchführen zu können (1, 2)

#### ***Protektive Faktoren:***

- Einstellung der betreuenden Ärzte, Patienten wenn möglich im Pflegeheim behandeln zu wollen und eine Hospitalisation nur als letzte Möglichkeit vorzunehmen (2)
- Fähigkeit des Pflegepersonals, akute Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten wahrzunehmen und zu reagieren (1)
- Fähigkeit des Pflegepersonals, zielgerichtete mit Ärzten kommunizieren zu können (2)

(1) Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, et al. Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs. J Am Geriatr Soc 2010;58:627-635.

(2) Young Y et al (2010) Factors Associated with Potentially Preventable Hospitalization in Nursing Home Residents in New York State: A Survey of Directors of Nursing. J Am Geriatr Soc 2010;58:901-907

**Delirprophylaxe bei älteren Menschen auf der Unfallchirurgie:  
kontinuierliche Betreuung von Hochrisikopatienten durch eine  
konstante Bezugsperson**

"Geriatric nurses became part of the team in the perioperative setting, giving psychological support and being a continuous companion to the patient and his/her proxies. The low incidence of delirium in elderly surgical patients resulting from our efforts indicate that - for this setting in a general hospital - the strategy was effective for the prevention of delirium."

Gurlit S, Möllmann M (2008) How to prevent perioperative delirium in the elderly? Z Geront Geriatr 41:447-452

**2. Fürsorgerische Unterbringung (FU) und  
freiheitseinschränkende Massnahmen (FeM)**

- Eine Unterbringung in einem Pflegeheim muss notwendig (medizinisch indiziert), proportional zur Schwere der Gefährdung und die am wenigsten belastende Alternative sein.
- Ist ein demenzkranker Mensch mit der Unterbringung in einer Institution nicht einverstanden, soll die KESB beigezogen werden. Diese kann dann gegebenenfalls eine fürsorgerische Unterbringung (FU) anordnen. Eine vorläufige Unterbringung kann je nach Kanton auch durch einen Arzt angeordnet werden.
- Freiheits- resp. bewegungseinschränkenden Massnahmen sollen nur als letztes Mittel eingesetzt werden (Prinzip der Verhältnismässigkeit). In jedem Fall muss die Vertretungsperson darüber informiert werden.

**Die Freiheit, unvernünftige Entscheidungen zu treffen...**





## Fallbeispiel Frau Z 1931

- Zuweisung der 85-jährigen Patientin ins Spital Y. mit Ambulanz nach Ofenbrand und Verdacht auf Rauchgasinhalation. Pat. wohnt alleine in Bauernhaus mit Holzofen, wollte sich in diesem Ofen Kaffee machen und vergass diesen schliesslich. Nachdem Rauch aufkam, lief sie selber aus dem Haus, um Hilfe zu holen. Bereits vor einem halben Jahr hatte Pat. ein Kirschkernkissen im Ofen vergessen.

- Im Spital klinisch und laborchemisch keine Anzeichen einer Rauchvergiftung.

- Anamnestisch und klinisch dementielle Entwicklung, MMS 24/30 Punkte.

**- Patientin möchte zurück nach Hause!**



UniversitätsSpital  
Zürich

## Fallbeispiel Frau Z (Fss)

- Sozial: „Pat. ist verwitwet, keine Kinder. Lebt alleine. Bis jetzt noch selbständig. Hat 4 Katzen. Nachbarin hilft hin und wieder beim Staubsaugen. Beistand: Frau S.V. (Sozialarbeiterin). Keine Spitex aktuell. Hat einen Alarmknopf.“

- Pat. hat zwei Schwestern. Schwester A ist zusammen mit ihrem Sohn entschieden der Meinung, dass der Patientin eine Rückkehr nach Hause ermöglicht werden müsse. Schwester B ist zusammen mit der Beiständin ebenso entschieden der Meinung, dass eine Rückkehr der Patientin nach Hause zu gefährlich sei.



UniversitätsSpital  
Zürich

## **Fallbeispiel Frau Z (Fss)**

2 Wochen später Entlassung ins Pflegeheim:

- „Aufgrund der wiederholten Gefahrensituation eines Brandes, der vernachlässigten körperlichen und häuslichen Hygiene-Situation, des pflegerischen Aufwandes stationär, sowie aufgrund des maroden Zustandes des Hauses mit Holzofen haben wir unter dem Aspekt der progredienten Demenz für die Patientin einen Heimplatz im Seniorenheim organisiert.“
- „Sollte die Patientin nicht im Pflegeheim bleiben wollen, besteht aus medizinischer Sicht aktuell kein Grund für einen fürsorglichen Freiheitsentzug.“



## **Fallbeispiel Frau Z (Fss)**

- Im Pflegeheim (offen Abteilung): Patientin betont wiederholt, dass sie nicht im Pflegeheim bleiben wolle. Pat. ist teilweise verwirrt und zeigt räumliche Orientierungsschwierigkeiten.
- Schwester A möchte sie für einen Urlaub zu sich nach Hause nehmen. Auf Druck von Schwester B und Beiständin wird das am Wochenende von der Pflege verhindert und in der folgenden Woche der Heimarzt eingeschaltet.



## **Fallbeispiel Frau Z (Fss)**

Nach diversen Gesprächen einerseits mit Schwester A und Neffe, andererseits mit Schwester B und Beiständin wird entschieden:

(1) Der Patientin und ihrer Schwester A und Neffe wird von Arzt und Betreuungsteam klar geraten, dass Frau Z. im Pflegeheim bleiben sollte.

(2) Gleichzeitig wird Schwester B und der Beiständin gegenüber klar vertreten, dass die Patientin nicht gegen deren Willen im Pflegeheim behalten werden kann, und dass für einen fürsorglichen Freiheitsentzug in eine psychiatrische Klinik keine Handhabe besteht.

(3) Es wird sichergestellt, dass die Vormundschaftsbehörde resp. Erwachsenenschutzbehörde eingeschaltet wurde (wurde von Beiständin bereits gemacht).



## **Häufigkeit der Verhaltensstörungen bei Demenz (BPSD)**

über einen Verlauf von 5.3 Jahren

- Wahnvorstellungen: 18% -> 35%
- Halluzinationen: 15 -> 24
- Erregung / Aggression: 13% -> 24%
- Depression / Dysphorie: 29% -> 47%
- Apathie: 20% -> 51%
- Angst: 14% -> 32%
- Enthemmung: 2% -> 15%
- Reizbarkeit: 17% -> 27%
- Motorische Unruhe: 7% -> 29%

Steinberg M et al (2008) Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study

### **Massnahmen bei Verhaltensstörungen bei Demenz (BPSD)**

Im Vordergrund stehen nicht-medikamentöse Massnahmen

- Psychosoziale Interventionen: Psychoedukation, Sozialberatung
- Pflegerische Interventionen: Fallgespräche, Validation, Bewegungsförderung, etc.
- Ggf psychologisch-psychotherapeutische Verfahren

Pharmakotherapie ist dennoch oft nicht zu umgehen. Eingesetzt werden neben spezifischen demenzmildernden Medikamenten (Antidementiva) diverse Substanzen wie Antidepressiva, Antiepileptika, Neuroleptika, etc.

*Savaskan E et al (2014) Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis 103(3):135-148.*

### **3. Fürsorgliche Täuschung und medikamentöse Täuschung**

•Der Einsatz von Gegenständen, die eine virtuelle Realität simulieren (z.B. fiktive Bushaltestelle in einem geschlossenen Demenzgarten; künstliches Bahnabteil, vor dessen Fenster durch Film projizierte Landschaften vorbeiziehen; Spielzeug-robbe Paro) kann gerechtfertigt sein, wenn dadurch die Lebensqualität des Patienten mit Demenz verbessert und/oder die menschliche Interaktion zwischen Betreuenden und Demenzerkrankten erleichtert und intensiviert wird.

•Medikamentöse Täuschung: Eine Medikamentenkaschierung („Underschmuggle“) bei einem urteilsfähigen Patienten darf nur vorgenommen werden, wenn die Medikamente dringend benötigt werden und weniger einschneidende Massnahmen nicht erfolgversprechend sind. In jedem Fall ist dazu die Zustimmung der gesetzlichen Vertretungsperson einzuholen.

Illnau-Effretikon

## Robbe «Paro» spendet Trost im Altersheim

Das Pflegepersonal des Alterszentrums Bruggwiesen in Effretikon setzt in der Abteilung «Wohnen für Menschen mit Demenz» einen Therapieroboter ein. «Paro» ist zu einer wichtigen Hilfe geworden.



## Virtuelle Zugfahrt für Demenzkranke



Im Kompetenzzentrum Demenz Bethlehemacker in Bern können Demenzkranke in einem nachgestellten Zugabteil virtuell von Bern nach Brig «fahren».

**KRANKHEIT · Technische «Tricksereien» für Demenzkranke sind umstritten. Die einen sehen sie als nützliche Hilfe, andere sind skeptisch. Ethiker fordern jetzt klare Richtlinien.**

#### Themenfeld 4: Advance Care Planning

Patienten mit Demenz sollen auf das Erstellen einer Patientenverfügung (PV) angesprochen werden. Immer wichtig ist eine vorausschauende Betreuungsplanung (Advance Care Planning).

- Advance Care Planning geht eher von einem **kontinuierlichen Entscheidungsprozess** als von einer punktuellen Festlegung wie in der Patientenverfügung aus. ACP ist damit flexibler gegenüber sich ändernden Behandlungspräferenzen als die Patientenverfügung.
- Advance Care Planning setzt eher auf einen **Dialog zwischen Patienten, Angehörigen, Arzt und Betreuungsteam** als auf einseitige Verordnungen von Patientenseite. Letztere erweisen sich in der Realität oft als zu unspezifisch, unklar oder unrealistisch.
- Ist ein Patient nicht mehr urteilsfähig, kann keine Patientenverfügung mehr erstellt werden. Im Rahmen des Advance Care Planning können jedoch zusammen mit den Vertretungspersonen **Behandlungspläne inkl. Notfallplanung** ausgearbeitet werden.

#### Directives anticipées | Version courte

Etablies par

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Domicile \_\_\_\_\_

Pour le cas où je deviendrais incapable de discernement, j'aimerais

- que l'on prenne toutes les mesures médicalement indiquées (y c. la réanimation) pour traiter la maladie aiguë dont je souffre et me permette de recouvrer ma capacité de discernement;
- ou
- ne pas être réanimé-e et qu'aucune mesure de médecine intensive (en particulier respiration artificielle) ne soit réalisée;
- ou
- ne pas être réanimé-e, mais suis d'accord pour une prise en charge en soins intensifs.

Si, après examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement et que le risque de dépendance à long terme est élevé, je désire

- que l'on prenne toutes les mesures nécessaires à prolonger ma vie dans la mesure où il y a toujours un espoir que je recouvre ma capacité de discernement;
- qu'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie.

Je désire en tous les cas que l'on soigne activement mes douleurs et tous les autres symptômes accablants tels que la peur, l'agitation, la détresse respiratoire et les nausées.

- J'ai nommé le représentant thérapeutique suivant et je l'autorise à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans les prises de décision; je l'autorise à consulter mon dossier médical. Je délie les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle.



### 1. Behandlungsplan

Behandlungskonzept „kurativ im Spital“

Lebenserhaltung und wenn möglich Lebensverlängerung stehen im Vordergrund. Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der heutigen Medizin sollten bei gesundheitlichen Störungen möglichst ausgeschöpft werden.

Oder Behandlungskonzept „kurativ im Alterszentrum“

Lebenserhaltung mit wenig eingreifenden Massnahmen sowie ggf. Leidenslinderung stehen im Vordergrund. Es soll nur das getan werden, was im Alterszentrum möglich ist (z.B. Antibiotika, starke Herzmedikamente).

Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden besteht.

Oder Behandlungskonzept „palliativ“

Persönliches Wohlbefinden und Lindern von Leiden stehen im Vordergrund. Im Falle einer lebensgefährlichen Erkrankung (wie z.B. einer Lungenentzündung) ist auf jede künstliche Lebensverlängerung zu verzichten.

Ich wünsche nach Möglichkeit keine Hospitalisation, und auch im Alterszentrum sollen keine rein der Lebensverlängerung dienenden Massnahmen durchgeführt werden.

Sollte ich an einer unheilbaren Krankheit leiden, bei der ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar wäre, so soll jede lebenserhaltende Therapie eingestellt werden.

Unter den oben genannten Bedingungen sollen die medizinische Hilfe und die Pflege auf palliative (d.h. lindernde) Massnahmen ausgerichtet werden. Insbesondere sollen schmerzbekämpfende Mittel ausreichend dosiert sowie Angst und Atemnot gelindert werden.

Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn die im Alterszentrum möglichen Massnahmen nicht ausreichend zur Beschwerdelinderung führen (z.B. Oberschenkelhalsbruch) oder Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität, Wohlbefinden und des Gesundheitszustandes besteht.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Mit folgenden Personen besprochen und vereinbart (Unterschrift)

Bewohner/in Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift vertretungsberechtigte Person bei medizinischen Belangen

(bei urteilsunfähigen Person zwingend):

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Bezugsgrad (Angehörige/Bezugsperson): \_\_\_\_\_

Name/Vorname (Arzt): \_\_\_\_\_

Name/Vorname (Pfleger/er): \_\_\_\_\_

### 1. Behandlungsplan

Behandlungskonzept „kurativ im Spital“

Lebenserhaltung und wenn möglich Lebensverlängerung stehen im Vordergrund.

Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der heutigen Medizin sollten bei gesundheitlichen Störungen möglichst ausgeschöpft werden.

Oder Behandlungskonzept „kurativ im Alterszentrum“

Lebenserhaltung mit wenig eingreifenden Massnahmen sowie ggf. Leidenslinderung stehen im Vordergrund. Es soll nur das getan werden, was im Alterszentrum möglich ist (z.B. Antibiotika, starke Herzmedikamente).

Die Einweisung in ein Akutspital sollte nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden besteht.

Oder Behandlungskonzept „palliativ“

Persönliches Wohlbefinden und Lindern von Leiden stehen im Vordergrund. Im Falle einer lebensgefährlichen Erkrankung (wie z.B. einer Lungenentzündung) ist auf jede künstliche Lebensverlängerung zu verzichten.

Ich wünsche nach Möglichkeit keine Hospitalisation, und auch im Alterszentrum sollen keine rein der Lebensverlängerung dienenden Massnahmen durchgeführt werden.

Sollte ich an einer unheilbaren Krankheit leiden, bei der ich dauernd bettlägerig, auf fremde Hilfe angewiesen und nicht mehr ansprechbar wäre, so soll jede lebenserhaltende Therapie eingestellt werden.

### **Themenfeld 5: Grenzen der Patientenverfügung**

In einer Patientenverfügung kommt dem Patienten ein weitgehendes Abwehrrecht gegenüber nicht erwünschten medizinischen Massnahmen zu.

ABER: Gewisse elementare Massnahmen der Betreuung können in einer PV nicht verbindlich zurückgewiesen werden.

- Es kann nicht in einer PV eingefordert werden, dass bei schwerer Demenz keine Nahrung und Flüssigkeit mehr angeboten werden sollte, um zu verhungern oder zu verdursten.
- Es kann nicht in einer PV eingefordert werden, dass sämtliche Betreuungsmassnahmen eingestellt werden sollten mit dem Ziel, an den Folgen des Betreuungsmangels zu sterben (z.B. durch Erfrieren).

### **Fallbeispiel Frau F 1928: Ernährung bei fortgeschrittener Demenz**

Anfangs April 2015 Anfrage für eine klinisch-ethische Fallbesprechung von einem Pflegeheim in folgender Situation:

- Pat. Frau N.F. geb. 1928, dementielle Entwicklung seit 7 Jahren, seit 3 Jahren im Alters- und Pflegeheim
- Aktuell Demenz weit fortgeschritten, Pat. erkennt Angehörige nicht mehr, ist kaum mehr aus dem Bett mobilisierbar.
- Pat. nimmt nur noch sehr wenig Nahrung und Flüssigkeit zu sich, verliert an Gewicht (aktuell 38 kg).
- Pflege bietet Nahrung (in Breiform) und Flüssigkeit (eingedickt) immer wieder an, manchmal nimmt Patientin einige Schlucke Nahrung oder Flüssigkeit zu sich, manchmal dreht sie Kopf weg und hält Mund geschlossen.



### **Fallbeispiel Frau F (Fss):**

- Bereits früher wurde geklärt: REA nein, keine lebensverlängernden medizinischen Massnahmen (z. B. Keine Antibiose im Falle einer Pneumonie), keine forcierte Mobilisation. Keine PEG, situatives Ablehnen von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wird vom Pflorgeteam akzeptiert.

-> Sohn wünscht nun, dass der Mutter keine Nahrung mehr angeboten werden solle, weil „die Mutter sich sicher nie gewünscht hätte, in einer solchen Situation weiterleben zu müssen“.

### **Fallbeispiel Frau F:**

#### **Resultat der Fallbesprechung - Beschluss**

Pflorgeteam und Heimleitung bleiben dabei, dass das vom Sohn eingeforderte Einstellen des Anbietens von Nahrung und Flüssigkeit kaum dem mutmasslichen Willen der Patientin entspricht, dass es dem Fürsorge- und dem Nichtschadensprinzip widerspricht und nicht mit den pflegerischen Grundsätzen des Heims vereinbar ist.

- Sohn bleibt bei der Ansicht, dass das Anbieten von Nahrung und Flüssigkeit dem mutmasslichen Willen seiner Mutter widerspricht.

- Sohn kann aber die Haltung des Pflegeheims dennoch akzeptieren und spricht diesem sein Vertrauen aus.

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**