Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen

Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

(1. Publikation zur Vernehmlassung; die deutsche Fassung ist die Stammversion)

I. Präambel

Die demographische Entwicklung in der Schweiz führt dazu, dass in den nächsten Jahren die Anzahl älterer, vor allem hochbetagter Personen deutlich ansteigen wird. Voraussichtlich wird deshalb die Anzahl pflegebedürftiger Personen ebenfalls markant zunehmen. Dies geschieht in einer Zeit des Wandels traditioneller Familienstrukturen, in einer Zeit, in der sich die Wertvorstellungen stark verändern und der individuellen Autonomie eine immer grössere Bedeutung zukommt, in einer Zeit auch mit steigenden Gesundheitskosten.

Alle diese Faktoren führen dazu, dass die Behandlung und die Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen mit verschiedenen Spannungsfeldern verbunden sind. Es kann einen Konflikt geben zwischen der notwendigen Fürsorge und der Respektierung der Autonomie einer älteren Person. Oft besteht ein Dilemma zwischen der notwendigen Aktivierung einer älteren Person und ihrem Wunsch nach Ruhe. Wann ist es angebracht, eine Krankheit therapeutisch anzugehen und wann, auf nicht mehr sinnvolle Massnahmen zu verzichten? Vor allem in Institutionen der Langzeitpflege ergibt sich zudem das Spannungsfeld Privatheit versus Öffentlichkeit, stellt doch eine Institution gleichzeitig den privaten Wohnbereich der älteren Person und eine kollektive Betreuungsform dar.

Die Diskussion um die Kosten im Gesundheitswesen hat die Herausforderungen bei der Behandlung und Betreuung älterer pflegebedürftiger Personen zusätzlich akzentuiert. So können beispielsweise Kostenanreizsysteme wie Fallpauschalen dazu führen, dass ältere Menschen frühzeitig aus einem Spital in eine Institution der Langzeitpflege oder nach Hause entlassen werden, ohne dass die notwendigen medizinischen und rehabilitativen Massnahmen abgeschlossen worden sind. Ein anderes Beispiel ist die Gefahr, dass Organisationen der Langzeitpflege aus finanziellen Gründen nicht über eine ausreichende Anzahl von genügend qualifiziertem Pflegepersonal verfügen.

Aus diesen Überlegungen verfolgt der nachfolgende Text zwei Zielsetzungen: Erstens soll er Ärzten[1], Pflegenden und Therapeuten[2] eine Hilfe für Entscheidungen in schwierigen Situationen bieten, zweitens soll er die wichtigen Anforderungen und Rahmenbedingungen für eine gute Behandlung und Betreuung älterer pflegebedürftiger Personen aufzeigen, und damit Ärzte, Pflegende und Therapeuten in ihrem Einsatz für eine gute Qualität der Behandlung und Betreuung pflegebedürftiger älterer Personen unterstützen.

Die vorliegenden *Richtlinien*[3] richten sich in erster Linie an Ärzte, Pflegende und Therapeuten, welche ältere pflegebedürftige Personen – in Spitälern, Institutionen der Langzeitpflege oder zu Hause – betreuen. Da für die Qualität der Betreuung organisatorische Massnahmen oft ebenso entscheidend sind wie die medizinischen und pflegerischen Massnahmen im engeren Sinn, werden nachfolgend auch *Empfehlungen*[4] formuliert; diese richten sich zwar in erster Linie an die Leitungen von Institutionen der Langzeitpflege, doch gelten sie sinngemäss durchaus auch für Spitäler bzw. für den ambulanten Bereich (spitalexterne Dienste, Hausärzte). Ärzte, Pflegende und Therapeuten sind dazu aufgerufen, die Umsetzung dieser Empfehlungen zu begleiten und mitzutragen.

Die vorliegenden Richtlinien und Empfehlungen richten sich auch an die zuständigen Institutionen, welche für die medizinische, pflegerische und therapeutische Aus-, Weiter- und Fortbildung des Fachpersonals verantwortlich sind, sowie an die politischen Instanzen, welche geeignete Rahmenbedingungen und ausreichende finanzielle Möglichkeiten für die Betreuung älterer Personen gewährleisten müssen.

An vielen Orten ist die Betreuung älterer pflegebedürftiger Patienten heute geprägt von Fremdbestimmung. Die Umsetzung der vorliegenden Richtlinien, welche der Autonomie der älteren Person einen zentralen Stellenwert einräumen, wird deshalb zum Teil wesentliche Veränderungen der bisherigen Praxis bedingen. Es sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die es

1 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit gilt in diesem Text die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter.

2 Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Aktivierungstherapeuten, Logopäden, Psychologen.

3 Die Richtlinien der SAMW richten sich an medizinische Fachpersonen (Ärzte, Pflegende und Therapeuten) und haben im Prinzip einen verbindlichen Charakter; dies gilt besonders für Ärzte, da die Richtlinien in der Regel in die Standesordnung der FMH aufgenommen werden.

4 Da die SAMW Institutionen der Langzeitpflege gegenüber keine Regelungskompetenz hat, werden statt Richtlinien lediglich «Empfehlungen» formuliert.

älteren pflegebedürftigen Menschen erlauben, trotz ihrer mannigfaltigen Abhängigkeiten ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Institutionen der Langzeitpflege, spitalexterne Dienste und Spitäler sind aufgerufen, diesen wichtigen Schritt zu machen.

II. Richtlinien (für Ärzte, Pflegende und Therapeuten)

1. Grundsätze

1.1 Angemessene Betreuung

Ältere pflegebedürftige Menschen haben bis an ihr Lebensende Anspruch auf eine angemessene medizinische und pflegerische Betreuung. Alter und Pflegebedürftigkeit einer betreuten Person dürfen nicht zu einer Vorenthaltung indizierter Massnahmen führen. Der behandelnde Arzt, das Pflegepersonal und die Therapeuten stützen ihre Entscheide auf eine gemeinsame Evaluation medizinischer, psychischer, sozialer und funktioneller Aspekte und der Umgebungssituation. Sie respektieren bei der Betreuung die Würde, die Privatsphäre und die Intimsphäre der älteren Person, auch dann, wenn diese nicht mehr urteilsfähig ist oder unter psychischen Störungen leidet.

1.2 Persönliche und kontinuierliche Betreuung

Für eine adäquate Betreuung ist ein persönlicher Kontakt zwischen dem Arzt und der älteren pflegebedürftigen Person unabdingbar. Bei älteren pflegebedürftigen Personen kann es durch den Wechsel der Lebensorte (Zuhause – Spital – Institution der Langzeitpflege) zu einem Wechsel der ärztlichen Zuständigkeit kommen. Ärzte, welche eine ältere pflegebedürftige Person in einer Institution der Langzeitpflege oder im Spital betreuen, haben sich so zu organisieren, dass jederzeit Klarheit darüber besteht, bei wem die ärztliche Zuständigkeit liegt; sie haben die ältere Person (oder im Fall der Urteilsunfähigkeit deren Vertrauensperson bzw. gesetzlichen Vertreter) entsprechend zu informieren. Bei einem Wechsel der ärztlichen Zuständigkeit müssen die beteiligten Ärzte dafür besorgt sein, dass der zuständige Arzt über alle für die weiterführende Betreuung erforderlichen Informationen verfügt.

An der Pflege einer älteren Person sind oft verschiedene Fachpersonen beteiligt, was es für die betreute Person schwierig macht, die für die Pflege bzw. Koordination verantwortliche Fachperson zu kennen. In Institutionen der Langzeitpflege, in Spitälern und im Spitexbereich soll das Pflegeteam für jeden älteren Patienten eine Ansprechperson bezeichnen und die betreute Person und ihre Bezugspersonen entsprechend informieren.

1.3 Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld

Das Einverständnis der betroffenen Person vorausgesetzt, sollen der behandelnde Arzt und die Ansprechperson der Pflege wenn möglich mit dem sozialen Umfeld der betreuten Person (Angehörige, Freunde, Bekannte) Kontakt aufnehmen. Solche Kontakte unterliegen selbstverständlich den Regeln des Berufsgeheimnisses bzw. der Vertraulichkeit.

Bei der Betreuung von pflegebedürftigen älteren Menschen zu Hause übernehmen Angehörige einen grossen Teil der Aufgaben; dies kann zu grossen Belastungen führen. Ärzte, Pflegende und Therapeuten haben die Aufgabe, die Angehörigen oder andere betreuende Personen zu beraten und zu unterstützen.

1.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Bei der Betreuung und Behandlung von pflegebedürftigen älteren Menschen sind Ärzte, Pflegende, Therapeuten und zahlreiche andere Personen bzw. Berufsgruppen involviert. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass Ärzte, Pflegende und Therapeuten systematisch und in dafür geeigneten Strukturen untereinander und mit den weiteren beteiligten Berufsgruppen zusammenarbeiten. In Institutionen der Langzeitpflege ist dabei auch auf die Zusammenarbeit mit dem Haus-, Küchen- und Verwaltungspersonal zu achten, dies unter Beachtung der Regeln des Berufsgeheimnisses bzw. der Vertraulichkeit.

1.5 Angemessene Aus-, Weiter- und Fortbildung

Pflegebedürftige ältere Personen leiden oft gleichzeitig an mehreren, vielfach chronischen Krankheiten (Multimorbidität), und die kognitive Funktion, die Mobilität, die Kontinenz oder die Funktion der Sinnesorgane können verändert oder eingeschränkt sein. Zusätzlich spielen bei der Betreuung psychische, soziale und umgebungsbezogene Faktoren eine wichtige Rolle. Dies erfordert von den betreuenden Ärzten, Pflegenden und Therapeuten spezifische Kompetenzen in Geriatrie und Alterspsychiatrie (Wissen, Fertigkeiten, Haltung). Zu diesen Kompetenzen gehören insbesondere auch das Erheben des Gesundheitszustandes durch ein multidimensionales Assessment und die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Ärzte, Pflegende und Therapeuten, welche ältere pflegebedürftige Personen betreuen, sind verpflichtet, diese Kompetenzen durch Aus-, Weiter- und Fortbildung zu erwerben und zu erweitern.

2. Entscheidungsprozesse

2.1 Grundsatz

Der normative Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und Autonomie gilt uneingeschränkt für alle Menschen. Er ist unteilbar und soll die Menschen vor Instrumentalisierung schützen. Das Recht materialisiert diesen Grundanspruch des Menschen auf Würde und Autonomie als das Recht auf «Respektierung der Menschenwürde», auf «Schutz der Persönlichkeit» und auf «Selbstbestimmung».

Eingeschränkte Autonomiefähigkeiten, welche mit zunehmendem Alter häufiger werden und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten bei einem Menschen stören, heben den *Anspruch* auf Respektierung seiner Würde und Autonomie nicht auf. Deshalb sind verbindliche Entscheidungsverfahren und Strukturen erforderlich, die einen Entscheidungsprozess unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Würde des älteren Menschen ermöglichen. Dabei soll besonders darauf geachtet werden, dass die ältere Person ihren Willen äussern kann, dass sie den Umständen entsprechend ausreichend Zeit für wichtige Entscheidungen hat und dass sie Entscheidungen ohne Druck fällen kann.

2.2 Patientenverfügung

Jede Person kann im voraus Bestimmungen verfassen im Hinblick auf die medizinische Behandlung und Pflege, die sie zu erhalten wünscht oder ablehnt, falls sie nicht mehr urteilsfähig wäre. Falls die Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit gegeben sind, können solche Patientenverfügungen von ihrem Verfasser jederzeit geändert oder aufgehoben werden.

Ärzte und Pflegende sollen ältere Personen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung und deren Aktualisierung aufmerksam machen.

2.3 Vertrauensperson

Jede Person kann im voraus festlegen, wer an ihrer Stelle die Zustimmung zu medizinischen, pflegerischen und/oder therapeutischen Massnahmen erteilen soll (im folgenden Vertrauensperson genannt), falls sie selbst nicht mehr urteilsfähig wäre und kein gesetzlicher Vertreter bezeichnet wäre. Eine entsprechende Vollmacht soll der Krankengeschichte und der Pflegedokumentation beigefügt werden. Falls eine urteilsfähige ältere Person dem behandelnden Arzt mündlich eine Vertrauensperson nennt, muss diese vom anwesenden Arzt und einer zweiten anwesenden Person schriftlich bezeugt und das entsprechende Dokument danach der Krankengeschichte und der Pflegedokumentation beigefügt werden. Dabei haben die anwesenden Fachpersonen darauf zu achten, dass bei dieser Nennung kein Druck auf die ältere Person ausgeübt wird. Ärzte und Pflegende sollen ältere Personen frühzeitig auf die Möglichkeit der Bezeichnung einer Vertrauensperson aufmerksam machen.

2.4 Erarbeiten von Entscheidungsgrundlagen im Team

Verschiedene Massnahmen wie die Verabreichung psychoaktiver Medikamente, die Festlegung eines Therapieplans, die Dekubitusbehandlung oder die Einlage einer Nährsonde erfordern oft einen interdisziplinären Entscheidungsprozess. Bevor der behandelnde Arzt der älteren Person eine solche Massnahme vorschlägt und diese danach allenfalls verordnet, bespricht er sie nach Möglichkeit mit den zuständigen Ansprechpersonen der Pflege und Therapie und berücksichtigt deren Meinung.

Ebenso verlangt die Lösung komplexer Situationen (z. B. Fragen der Zukunftsplanung, Beratung von Angehörigen, Probleme des Zusammenlebens in einem Heim) oft einen interdisziplinären Entscheidungsprozess. Solche Situationen sollen von den Beteiligten gemeinsam besprochen werden; Lösungsmöglichkeiten und korrigierende Massnahmen sind interdisziplinär zu vereinbaren, bevor sie der älteren Person vorgeschlagen werden.

Die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit entbindet die behandelnden Ärzte, Pflegenden und Therapeuten nicht von ihrer individuellen Verantwortung in bezug auf Entscheidungen und Massnahmen in ihrem beruflichen Verantwortungsbereich.

2.5 Information

Die ältere pflegebedürftige Person hat Anspruch, durch den Arzt, die zuständige Person der Pflege oder den Therapeuten über vorgesehene diagnostische, präventive, pflegerische oder therapeutische Massnahmen informiert zu werden, damit sie den Massnahmen frei und aufgeklärt zustimmen kann. Die Information muss in geeigneter Weise gegeben werden, d. h. verständlich, differenziert – d. h. mit allfälligen Entscheidvarianten – und der Situation angepasst. Zu jeder Variante sind Nutzen und Risiken zu formulieren. Nach Möglichkeit und falls die ältere Person damit einverstanden ist, soll auch ihre Vertrauensperson oder eine ihr nahestehende Person informiert werden, damit sie die ältere Person in ihrem Entscheidungsprozess unterstützen kann.

Falls die ältere Person urteilsunfähig ist, erhält ihre Vertrauensperson bzw. ihr gesetzlicher Vertreter diese Informationen; selbstverständlich soll die betroffene Person die Informationen in angemessener Form ebenfalls erhalten.

2.6 Einwilligung der urteilsfähigen älteren Person[5]
Ärzte und Pflegende dürfen eine medizinische Massnahme nur mit der freien Einwilligung nach Aufklärung der urteilsfähigen älteren Person durchführen.

Lehnt eine urteilsfähige ältere Person die ihr vorgeschlagenen Massnahmen ab, nachdem sie über diese und die möglichen Folgen umfassend informiert worden ist, so haben der Arzt und das Pflegepersonal diesen Entscheid zu respektieren.

2.7 Einwilligungsverfahren bei Urteilsunfähigkeit der älteren Person
Bei Urteilsunfähigkeit der älteren Person im Hinblick auf eine Entscheidung soll der Arzt oder das Pflegepersonal abklären, ob sie eine Patientenverfügung verfasst hat, ob sie eine Vertrauensperson bevollmächtigt hat oder ob ein gesetzlicher Vertreter bezeichnet ist.

Falls keine Patientenverfügung vorliegt oder wenn ein begründeter Zweifel darüber besteht, ob die ältere Person ihren Willen frei ausdrücken konnte oder ob die Willensäusserung noch gültig ist, muss der Arzt die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters bzw. der von der älteren Person bezeichneten Vertrauensperson einholen. Jeder Entscheid soll sich am mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen älteren Person orientieren und in ihrem besten Interesse getroffen werden. Falls der Entscheid der Vertrauensperson bzw. des gesetzlichen Vertreters dem mutmasslichen Willen der älteren Person zu widersprechen scheint, hat der Arzt die Vormundschaftsbehörde zu kontaktieren.

Gibt es weder Vertrauensperson noch gesetzlichen Vertreter, oder ist in einer Notfallsituation eine Rückfrage nicht möglich, haben der Arzt, die Pflegenden und Therapeuten ihre Entscheide im interdisziplinären Austausch, gemäss den objektiven Interessen und dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person zu treffen. Das soziale Umfeld ist in diesen Entscheidungsprozess miteinzubeziehen.[6]

3. Behandlung und Betreuung

3.1 Gesundheitsförderung und Prävention
Pflegebedürftige ältere Menschen sind besonders häufig bestimmten Risiken (z. B. Sturz, Immobilität, Depression, Ernährungsstörungen, Wundliegen, Erleiden von Gewalt, Misshandlung) ausgesetzt. Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe, diese frühzeitig zu erkennen und, nach Information und Zustimmung der älteren Person, die zweckmässigen präventiven Massnahmen zu ergreifen. Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe, der älteren pflegebedürftigen Person Massnahmen vorzuschlagen und zu ermöglichen, die ihr erlauben, ihre physischen und psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen zu erhalten und zu fördern.

3.2 Akuttherapie
Pflegebedürftige ältere Menschen werden bei akuter Erkrankung auf Notfallstationen oder in Akutspitalabteilungen, aber auch in Langzeitinstitutionen oft suboptimal behandelt. Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe sicherzustellen, dass pflegebedürftige ältere Menschen Zugang zu einer adäquaten Abklärung und Akutbehandlung haben. Dabei ist auch im Akutspital die durch die Pflegebedürftigkeit bedingte spezifische Betreuung (z. B. bei Demenzkranken) zu gewährleisten.

3.3 Rehabilitation
Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe, der älteren pflegebedürftigen Person jene Behandlung (z. B. Physiotherapie, Psycho-

5 Folgende Kriterien helfen, die Urteilsfähigkeit festzustellen (Quelle: Staehelin HB. [Social competence and ability to make decisions.] Ther Umsch 1997;54:356-8.):
- die Fähigkeit, Information in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen;
- die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen;
- die Fähigkeit, die erhaltene Information im Kontext eines kohärenten Wertsystems rational zu gewichten;
- die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.

Es ist Aufgabe der zuständigen Gesundheitsfachperson, die Urteilsfähigkeit in jedem Einzelfall und situationsbezogen abzuschätzen. Dabei ist zu bedenken, dass der Grad der Urteilsfähigkeit zeitlichen Schwankungen unterworfen sein kann bzw. je nach Komplexität einer Entscheidung als vorhanden bzw. als eingeschränkt beurteilt werden kann. Bei schwerwiegenden Entscheiden und Unsicherheit bezüglich Grad der Urteilsfähigkeit ist ein Facharzt (z. B. Psychiater, Geriater) beizuziehen.

6 Die juristische Situation bei einwilligungsunfähigen Patienten ist komplex. Unsicherheiten bestehen insbesondere darüber, wie weit das Vertretungsrecht geht und wer anstelle eines urteilsunfähigen Patienten handeln darf, wenn kein gesetzlicher Vertreter vorhanden ist. Hierzu gibt es zudem unterschiedliche kantonale Regelungen. Unproblematisch erscheint die Anwendung der vorstehenden Richtlinien in jenen Kantonen, die dem Arzt ein Entscheidungsrecht einräumen (so z. B. Aargau, Appenzell A. Rh., Bern, Luzern, Thurgau, Zürich [Stand 2003]). In den anderen Kantonen besteht aufgrund der kantonalen gesetzlichen Regelung (z. B. Kanton Freiburg) oder bei Fehlen einer solchen aufgrund des Bundesrechtes im Prinzip die Verpflichtung, einen Vertretungsbeistand zu ernennen. Insbesondere in Institutionen der Langzeitpflege wird angesichts der grossen Zahl von betroffenen Patienten und unter den aktuellen Rahmenbedingungen (z. B. Verfügbarkeit von Personal in den Vormundschaftsbehörden) aus Gründen der Praktikabilität häufig auf die Errichtung einer Beistandschaft verzichtet. Im Hinblick auf eine mittelfristige Umsetzung des Prinzips der Einwilligung eines Vertreters bei Urteilsunfähigkeit (wie sie z. B. auch die zur Ratifikation vorgesehene Bioethik-Konvention vorsieht) formuliert diese Richtlinie bewusst die Forderung, dass Ärzte, Pflegende und Therapeuten ihre Patienten frühzeitig dazu anregen, eine bevollmächtigte «Vertrauensperson» zu bestimmen. Ausserdem wird allen Ärzten geraten, sich im Zweifelsfall bei der zuständigen Vormundschaftsbehörde juristisch beraten zu lassen.

therapie, Ergotherapie, Logopädie, zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Hörgeräten) und Betreuung (z. B. Ernährung, Mobilisation, Aktivitäten, Tagesstruktur) vorzuschlagen und zu ermöglichen, die ihr erlauben können, ihre physischen und psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen soweit als möglich wiederzuerlangen.

3.4 Palliative Betreuung

Der Zugang zu palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ist allen älteren pflegebedürftigen Menschen mit chronischen unheilbaren Krankheiten zu garantieren, unabhängig vom Ort, wo sie leben. Sowohl in Institutionen der Langzeitpflege als auch in der ambulanten Krankenpflege oder im Spital müssen die Ärzte, Pflegenden und Therapeuten die Konzepte palliativer Betreuung kennen und anwenden. Der Arzt, die Pflegenden und die Therapeuten sollen insbesondere belastende Symptome wie Schmerzen, Angst, Depression und Hoffnungslosigkeit wahrnehmen und umfassend behandeln, dies unter Einbezug der Angehörigen. Die palliative Betreuung ist ein interdisziplinärer Prozess; bei Bedarf und auf Wunsch der älteren pflegebedürftigen Person ist ein Seelsorger beizuziehen.

3.5 Begleitung von Sterbenden

Die Begleitung und Betreuung von Sterbenden ist in separaten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften geregelt.

3.6 Suizidwunsch

Äussert eine ältere pflegebedürftige Person den Wunsch nach Selbsttötung, suchen Arzt und Pflegepersonal in jedem Fall das Gespräch mit der betreffenden Person. Bei pflegebedürftigen älteren Personen ist ein Suizidwunsch oft verbunden mit dem Gefühl, eine Last bzw. ein unwertes, teures Leben zu sein. Im Gespräch werden die Lebenssituation sowie mögliche Verbesserungen der Therapie-, Pflege- und Betreuungssituation angesprochen. Der Arzt und das Pflegepersonal stellen sicher, dass die erforderlichen therapeutischen, psychiatrischen und/oder palliativen Massnahmen vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden. (Siehe auch dazu Abschnitt G der nachstehenden Empfehlungen).

3.7 Krankengeschichte und Pflegedokumentation

Der Arzt führt über jede pflegebedürftige ältere Person, die er betreut, eine Krankengeschichte. In der Krankengeschichte hält der Arzt Angaben betreffend Anamnese, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Beurteilung, Massnahmen und Verlauf fest und legt darin medizinisch relevante Dokumente ab. Die Pflegenden führen eine Pflegedokumentation[7]; diese enthält eine aktuelle Zusammenfassung der Krankengeschichte. Die ältere Person bzw. ihre Vertrauensperson haben das Recht, die Krankengeschichte und die Pflegedokumentation einzusehen und sich diese erläutern zu lassen; sie können Kopien davon verlangen.

Sowohl die Krankengeschichte als auch die Pflegedokumentation enthalten die aktuelle Version einer allfälligen Patientenverfügung, Angaben zur Vertrauensperson oder zu einem allfälligen gesetzlichen Vertreter sowie allfällige Protokolle von freiheitsbeschränkenden Massnahmen.

3.8 Vertraulichkeitspflicht

Der Arzt, das Pflegepersonal und die Therapeuten sind an das Berufsgeheimnis gebunden.

Die Erhebung, die Ablage, die Auswertung und die Weitergabe von Daten dürfen nur unter Beachtung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erfolgen.

3.9 Entgegennahme von Zuwendungen

Abgesehen von kleinen Gelegenheitsgeschenken dürfen Ärzte, Pflegende und Therapeuten von den Personen, die sie betreuen, keine persönlichen Zuwendungen entgegennehmen; dies gilt insbesondere auch für Erbschaften.

4. Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege

Der längerdauernde Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege, verbunden mit der Aufgabe der bisherigen Wohnsituation, soll nur dann erfolgen, wenn aufgrund fehlender ambulanter Betreuungsmöglichkeiten oder eines begrenzten Rehabilitationspotentials ein Verbleib zu Hause oder eine Rückkehr nach Hause nicht mehr im

7 Die Pflegedokumentation erfüllt folgende Zwecke:
- stellt die Patientensituation aus pflegerischer Sicht (Assessments) dar;
- hält die für die Situation wesentlichen pflegerischen Interventionen und deren Evaluation fest;
- ermöglicht es, die Pflege nachzuvollziehen.

Sie beinhaltet minimal:
- Pflegeanamnese (Assessments, inkl. Bedürfnisse, Wünsche des älteren Menschen bzw. seiner Vertrauensperson, Informationen zum besseren Verständnis der individuellen Situation) mit abgeleitetem Pflegebedarf (Zielen und Massnahmen);
- Dokumentation interdisziplinärer Zusammenarbeit (z. B. «Kurve», Therapien inkl. Medikamente usw.);
- Dokumentation pflegerischer Massnahmen und Beobachtungen;
- Evaluation der pflegerischen Massnahmen (Interventionen), d. h. Beurteilung der Wirkung(en) und notwendige Neuanpassung der Massnahmen (Pflegeprozess).

besten Interesse einer älteren Person ist. Bei hospitalisierten Patienten haben diese Abklärungen nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und der Spitex zu erfolgen. In gewissen Situationen kann ein frühzeitiger Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege sinnvoll sein, z. B., wenn dadurch die soziale Integration der älteren Person gefördert werden kann.

Zur Indikationsstellung hat der Arzt unter Einbezug des Pflegepersonals und der Therapeuten ein geriatrisches multidimensionales Assessment durchzuführen. Der Arzt informiert die ältere Person und gegebenenfalls ihre Bezugsperson(en) über das Ergebnis dieses Assessments und über die allfällige Notwendigkeit eines Eintritts in eine Institution der Langzeitpflege.

5. Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen

5.1 Grundsatz

Verhaltensstörungen, Unruhe und Verwirrtheit älterer pflegebedürftiger Personen können zu einer Gefährdung ihrer selbst und/oder von Drittpersonen führen oder zu einer schwerwiegenden Belästigung von Drittpersonen. Die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen[8] zur Vermeidung solcher Gefährdungen stellt einen Eingriff in die Grundrechte der älteren Person dar. Solche Massnahmen führen ausserdem nicht immer zu einer Reduktion der Gefährdung, sondern können diese noch erhöhen. Eine freiheitsbeschränkende Massnahme muss deshalb grundsätzlich die Ausnahme bleiben.

5.2 Bedingungen

Eine freiheitsbeschränkende Massnahme darf, unter Vorbehalt anderslautender gesetzlicher Vorschriften, nur unter folgenden Bedingungen eingesetzt werden:

a) das Verhalten der Person gefährdet in erheblichem Masse ihre eigene Sicherheit oder Gesundheit oder diejenige anderer Personen oder beeinträchtigt in hohem Ausmass Ruhe und Wohlbefinden Dritter;

b) das beobachtete auffällige Verhalten ist nicht auf behebbare Ursachen zurückzuführen, wie z. B. Schmerz oder Nebenwirkungen von Medikamenten;

c) andere, die persönliche Freiheit weniger beeinträchtigende Massnahmen haben versagt oder sind nicht möglich.

Eine freiheitsbeschränkende Massnahme muss vom Arzt und vom Pflegeteam gemeinsam besprochen worden sein, bevor sie der älteren Person (bzw. bei Urteilsunfähigkeit ihrer Vertrauensperson oder ihrem gesetzlichen Vertreter) vorgeschlagen wird.

Die ältere Person bzw. ihre Vertrauensperson oder ihr gesetzlicher Vertreter müssen über den Zweck, die Art und die Dauer der Massnahme verständlich und angemessen informiert werden; gleichzeitig ist ihnen der Name der verantwortlichen Person mitzuteilen (siehe unten Artikel 5.3).

Grundsätzlich darf eine freiheitsbeschränkende Massnahme nur mit Zustimmung der betroffenen älteren Person, bzw. bei deren Urteilsunfähigkeit mit Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters oder ihrer Vertrauensperson, ergriffen werden.

Ist eine Person urteilsunfähig und hat weder Vertrauensperson noch gesetzlichen Vertreter, oder ist in einer Notfallsituation eine Rückfrage nicht möglich, haben der Arzt, die Pflegenden und allenfalls zuständige Therapeuten eine solche Massnahme in einem interdisziplinären Entscheidungsprozess im besten Interesse der betroffenen Person und unter Einbezug der Angehörigen gemäss den obigen Kriterien zu beschliessen[9]. Während der Nacht gefällte, kurzfristige Entscheide sollen am nächsten Tag gemäss diesem Prozedere neu entschieden werden.

5.3 Schriftliche Protokollierung

Ein Protokoll, das zumindest den Zweck, die Dauer und die Art jeder angewendeten Massnahme sowie den Namen der verantwortlichen Person und das Ergebnis der regelmässigen Neubeurteilungen enthält, wird in die Krankengeschichte und in die Pflegedokumentation aufgenommen.

5.4 Begleitmassnahmen

Stets sollte bewusst sein, dass bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen die Gefahr von Schädigungen besteht. Deshalb muss während der Dauer der Massnahme die Überwachung der betroffenen Person sichergestellt sein. Die Massnahme wird in regelmässigen Abständen evaluiert; die Häufigkeit richtet sich nach der Art der Massnahme. Die Massnahme wird beendet, sobald die Bedingungen nach Artikel 5.2 nicht mehr erfüllt sind.

6. Misshandlung und Vernachlässigung

Alle Spuren von Gewaltanwendung und Vernachlässigung, die der Arzt bei einer älteren Person beobachtet, muss er sorgfältig in der Krankengeschichte dokumentieren und dabei die objektivierbaren klinischen Befunde (Grösse, Lokalisation, Aussehen usw.) festhalten. Pflegende

8 z. B. medikamentöse Ruhigstellung, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit durch Gurten oder andere Freiheitseinschränkungen wie z. B. individuelles Rauchverbot.

9 Vorbehalten sind anderslautende gesetzliche Vorschriften, die z. B. generell die Bezeichnung und die Zustimmung einer Vertrauensperson oder eines gesetzlichen Vertreters verlangen.

und Therapeuten haben Spuren von Gewalt, die sie beobachten, dem behandelnden Arzt zu melden.

Der Arzt hat die notwendigen Schritte einzuleiten, um weitere Misshandlungen zu vermeiden. Falls notwendig und mit dem Einverständnis der älteren Person (bzw. bei Urteilsunfähigkeit mit dem Einverständnis der Vertrauensperson bzw. des gesetzlichen Vertreters) übermittelt der Arzt diese Informationen an die zuständige Behörde. Wenn ein solches Einverständnis fehlt, er aber glaubt, dass es im Interesse der älteren Person liegt, muss der Arzt die zuständige Behörde bitten, ihn vom Arztgeheimnis zu befreien.

III. Empfehlungen (an Institutionen der Langzeitpflege)

Die nachstehenden Empfehlungen richten sich in erster Linie an die Leitungen von Institutionen der Langzeitpflege; sinngemäss gelten sie jedoch auch für andere Institutionen (Spitäler, Spitex), welche ältere pflegebedürftige Personen behandeln und betreuen.

Die Institutionen sorgen dafür, dass die beteiligten Ärzte, das Pflegepersonal und die Therapeuten die vorstehend wiedergegebenen Richtlinien kennen und sie beachten. Dazu gehört auch, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Richtlinien eingehalten werden können.

A. Eintritt

Information

Bevor eine ältere Person einwilligt, längerdauernd in eine Institution der Langzeitpflege einzutreten, soll sie (und allenfalls ihre Vertrauensperson) die Gelegenheit erhalten, die Institution persönlich kennenzulernen, mit einer verantwortlichen Person in der Institution ein Gespräch zu führen und über alle relevanten Informationen zu verfügen.

Die Institution soll ihr (bzw. bei Urteilsunfähigkeit ihrer Vertrauensperson oder ihrem gesetzlichen Vertreter) schriftliche Unterlagen abgeben mit gut verständlichen Informationen zu den allgemeinen Aufnahme- und Aufenthaltsbedingungen, zu den Rechten und Pflichten, den Betreuungsmodalitäten und -kosten sowie dem internen und externen Beschwerdewesen. Auch die finanzielle Situation der älteren Person soll angesprochen werden.

Sicherstellung einer adäquaten Betreuung

Bevor die Institution jemanden aufnimmt, überprüft sie, ob die dem Gesundheitszustand und dem Abhängigkeitsgrad der betroffenen Person entsprechenden Betreuungsmöglichkeiten vorhanden sind und ob sie sowohl über das Personal als auch die Ausrüstung verfügt, welche für eine adäquate Pflege und Behandlung notwendig sind.

Einwilligung

Nachdem sie die notwendigen Informationen erhalten hat, entscheidet die urteilsfähige ältere Person selbst über einen Eintritt. Bei Urteilsunfähigkeit ist lediglich ihre Vertrauensperson oder ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, einen solchen Entscheid zu fällen.

Falls es notwendig erscheint, eine ältere Person gegen ihren ausdrücklich geäusserten Willen in eine Institution der Langzeitpflege einzuweisen, soll dies nur nach Rücksprache mit der zuständigen Vormundschaftsbehörde (in der Regel mittels fürsorgerischer Freiheitsentziehung [FFE]) geschehen.

Regelung der Vertretung bei Urteilsunfähigkeit

Im Rahmen des Eintrittsprozederes vergewissert sich die Institution, ob die ältere Person für den Fall der Urteilsunfähigkeit einen «Bevollmächtigten» bezeichnet hat, der ihre Interessen in administrativen (inkl. finanziellen) Angelegenheiten wahrnehmen kann, sowie eine «Vertrauensperson», welche an ihrer Stelle über die zu erteilende Behandlung und Pflege zu entscheiden hat.

Ist dies nicht der Fall, rät die Institution der älteren Person, Personen ihrer Wahl eine solche Vollmacht zu erteilen; allenfalls unterstützt die Institution die ältere Person bei der Suche nach geeigneten Personen. Die Funktionen des «Bevollmächtigten in administrativen Angelegenheiten» und der «Vertrauensperson in therapeutischen Angelegenheiten» können von der gleichen Person oder von zwei verschiedenen Personen wahrgenommen werden.

Die Institution hält die Namen des «Bevollmächtigten» und der «Vertrauensperson» im administrativen Dossier fest; sie stellt sicher, dass der Arzt und das Pflegepersonal über das Vorhandensein einer «Vertrauensperson» informiert sind.

B. Administrative Aspekte

Vertragsauflösung

Ausser beim Vorliegen gewichtiger Gründe soll die Institution den Vertrag mit einer älteren pflegebedürftigen Person, die sie aufgenommen hat,

später nicht mehr auflösen. Gegebenenfalls hilft die Institution der älteren Person, eine Institution zu finden, welche sie entsprechend ihrem Gesundheitszustand und ihrer Pflegebedürftigkeit betreuen kann.

Regelung finanzieller Angelegenheiten
Um Interessenskonflikten vorzubeugen, sollen das Vermögen und die Einkünfte der älteren Person durch sie selbst (oder ihren Bevollmächtigten) und nicht durch die Institution verwaltet werden. Die Institution sorgt dafür, dass das Personal keine Zuwendungen entgegennimmt; ausgenommen bleiben kleine Gelegenheitsgeschenke.

C. Beschwerden
Die Institution etabliert ein internes Verfahren, wie mit Beschwerden (zu medizinischen, pflegerischen und/oder administrativen Belangen) umgegangen wird. Als Beschwerdeführer können sowohl die ältere Person als auch ihr(e) Vertreter bzw. die Angehörigen auftreten.

Die Institution stellt sicher, dass die Beschwerden innert Kürze, sorgfältig, unter Beachtung der Vertraulichkeit und ohne Nachteil für den Beschwerdeführer behandelt werden. Falls die Beschwerde gerechtfertigt ist, ergreift die Institution die notwendigen Massnahmen. Falls die Institution die Beschwerde ablehnt, weist sie den Beschwerdeführer auf Rekursmöglichkeiten oder gegebenenfalls auf Ombuds- bzw. unabhängige Beschwerdestellen hin.

D. Schutz der Persönlichkeitsrechte

Grundsatz
Die Institution schützt und respektiert die Rechte der älteren Person.

Schutz der persönlichen Freiheit und der Würde
Die ältere Person hat Anspruch darauf, dass ihre persönliche Freiheit respektiert wird. Sie hat Anspruch darauf, dass ihr mit Höflichkeit und Respekt begegnet und ihrer Würde, ihrem Wohlergehen und ihrer Individualität Rechnung getragen wird.

Die Institution sorgt dafür, dass die Präferenzen der älteren Person und ihr Recht, Risiken einzugehen, respektiert werden.

Achtung der Privat- und der Intimsphäre
Die Institution respektiert die Privat- und die Intimsphäre der älteren Person inklusive deren sexuelle Freiheit.

Das Zimmer (oder der Teil des Zimmers), das die ältere Person bewohnt, ist Teil ihrer Privatsphäre und muss als solche vom Personal der Institution respektiert werden. Die ältere Person kann das Zimmer (oder einen Teil davon) in Absprache mit der Institution nach ihren persönlichen Vorstellungen gestalten, insbesondere durch eigene Möbel oder Wandschmuck. Die ältere Person verfügt über einen abschliessbaren Schrank, in dem sie ihre persönlichen Sachen ablegen kann. Falls ein Zimmer durch mehrere Personen belegt ist, ergreift die Institution Massnahmen, damit die Privatsphäre und die Intimsphäre jeder Person gewährleistet sind.

Ausser wo dies dringlich erforderlich ist, verzichtet das Personal darauf, Beobachtungen aus dem persönlichen bzw. Intimbereich der älteren Person oder Ereignisse, welche diese nur mit einem beschränkten Kreis von Personen (Freunde, Verwandte) teilen will, weiterzuleiten.

Schutz der persönlichen Daten
Die ältere Person (oder bei deren Urteilsunfähigkeit ihre Vertrauensperson oder ihr gesetzlicher Vertreter) kann das sie betreffende administrative Dossier konsultieren und sich erläutern lassen; auf Wunsch erhält sie (oder ihre Vertreter) Kopien davon.

Die Institution respektiert die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Sie schenkt diesen besondere Aufmerksamkeit im Falle der elektronischen Datenverarbeitung (namentlich zum Zweck der Tarifbestimmung, der Qualitätssicherung oder Forschung).

Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte
Die ältere Person hat das Recht darauf, externe Kontakte zu pflegen (Briefe, Besuche, Zeitungen, Telefon, Fernsehen, Internet usw.)

Die Institution unterstützt die Aufrechterhaltung und Pflege der Beziehungen, welche die ältere Person mit ihren Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld hat. Sie informiert die Angehörigen über das Leben innerhalb der Institution (Veranstaltungen, Ausstellungen usw.) und versucht, sie zu integrieren. Die Institution sorgt dafür, dass vertrauliche Gespräche und Begegnungen in einem ungestörten Rahmen möglich sind.

Meinungs- und Glaubensfreiheit
Die ältere Person ist frei in ihren Meinungsäusserungen, sofern diese nicht gegen die Rechte Dritter oder gegen gesetzliche Bestimmungen (z. B. Rassismusnorm) verstossen. Die Institution sorgt dafür, dass die geäusserten Meinungen respektiert werden.

Die Institution respektiert die Glaubensfreiheit der älteren Person und lässt die Ausübung von religiösen Riten oder Ausdrucksformen zu.

Versammlungsfreiheit
Die Institution respektiert die Versammlungsfreiheit der älteren Person. Die Institution ermutigt Zusammenkünfte ihrer Bewohner, soweit diese dazu in der Lage sind; sie stellt ihnen Räumlichkeiten zur Verfügung, damit sie sich versammeln können.

Politische Rechte
Die Institution sorgt dafür, dass die ältere Person ihre politischen Rechte frei ausüben kann. Sie stellt sicher, dass nicht eine andere Person diese an ihrer Stelle ausübt oder von ihrer Abhängigkeit profitiert, um sie zu beeinflussen.

Mitbestimmung bei der Alltagsgestaltung
Die Bewohner der Institution, welche sich dazu äussern können, werden zu Entscheiden betreffend Fragen des Tagesablaufes, des Zusammenlebens und betreffend gemeinsamer Veranstaltungen beigezogen. Die Institution regelt die Form der Mitbestimmung.

E. Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Die Institution stellt sicher, dass bei jeder freiheitsbeschränkenden Massnahme Artikel 5 dieser Richtlinien erfüllt ist.

F. Sterben und Tod
Die Begleitung der älteren Person am Lebensende soll unter Beachtung ihrer Bedürfnisse und ihrer Überzeugungen erfolgen. Die Institution achtet darauf, dass die ältere Person von ihrem sozialen Umfeld so viel wie möglich (und soviel wie von ihr gewünscht) unterstützt wird. Die sterbende Person soll ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Nächsten Abschied nehmen können, und sie hat Anspruch auf spirituellen Beistand ihrer Wahl. Die Betroffenen werden in der Begleitung unterstützt.

Die Institution schafft einen Rahmen, der Abschiedsrituale und -riten für alle Beteiligten sicherstellt. Dazu gehört auch das Sorgen für einen geeigneten Aufbahrungsort. Die Institution respektiert besondere religiöse und kulturelle Abschiedsrituale der Hinterbliebenen.

G. Suizid
Äussert eine ältere pflegebedürftige Person den Wunsch nach Selbsttötung, suchen Arzt und Pflegepersonal in jedem Fall das Gespräch mit der betreffenden Person (vgl. Abschnitt 3.6 dieser Richtlinie).

Äussert eine ältere pflegebedürftige Person den Wunsch, ihrem Leben selbst oder mit Hilfe Dritter ein Ende zu setzen, so kann dies ein Hilferuf sein, aber auch Folge einer psychischen Erkrankung oder das Resultat von äusserem Druck. Gerade bei älteren Personen in Abhängigkeitssituationen verdienen diese Aspekte besondere Beachtung.

Aufgaben der Institution
Entschliesst sich in einer Institution eine urteilsfähige ältere pflegebedürftige Person zum Suizid, so hat die Institution besondere Schutzpflichten. Insbesondere stellt sie sicher, dass – wie in Artikel 3.6 der Richtlinien beschrieben – der behandelnde Arzt und das Pflegepersonal in jedem Fall das Gespräch mit der betreffenden Person suchen. Dabei sollen die Lebenssituation sowie mögliche Verbesserungen der Therapie-, Pflege- und Betreuungssituation angesprochen werden. Der Arzt und das Pflegepersonal sind dafür verantwortlich, dass die erforderlichen therapeutischen, psychiatrischen und/oder palliativen Massnahmen vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden.

Suizid unter Beihilfe eines Dritten
Äussert eine urteilsfähige ältere pflegebedürftige Person den Wunsch nach Suizid unter Beihilfe eines Dritten[10], so hat die Institution zusätzliche Abklärungen durchzuführen. Die Institution zieht in einem solchen Fall einen externen, unabhängigen, in diesen Fragen speziell kompetenten Arzt bei, welcher beauftragt ist, sicherzustellen, dass der Entscheid zum Suizid nicht auf Druck Dritter, auf eine mangelhafte diagnostische Abklärung, auf eine psychische Erkrankung oder auf eine nicht adäquate Behandlung oder Betreuung zurückzuführen ist. Insbesondere überprüft dieser Arzt die Institution auf ihre Praxis der palliativen Betreuung. Zudem schlägt die Institution der betroffenen Person eine Warte- bzw. Bedenkfrist vor, nach der eine Neubeurteilung erfolgen wird.

Pflegebedürftige ältere Personen stehen in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Personal der Institution; dieses Verhältnis kann beim Personal zu Interessenskonflikten führen. Aus diesem Grund und aus Rücksichtnahme auf die übrigen Bewohner der Institution soll das Personal einer Institution der Langzeitpflege nicht an der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizids mitwirken. Die Begleitung der Sterbewilligen bzw. die Anwesenheit beim Suizid ist dem Personal freigestellt. Es kann dazu jedoch nicht verpflichtet werden.[11]

Begleitung der Betroffenen
Die Institution sorgt dafür, dass nach Durchführung eines Suizids eine angemessene Begleitung und Betreuung der zurückbleibenden Mit-

10 Gemäss schweizerischem Recht wird die Beihilfe zum Suizid vom Strafgesetz nicht verfolgt, ausser beim Vorliegen selbstsüchtiger Motive (Art. 115 StGB). Falls eine Institution den Suizid unter Beihilfe eines Dritten in ihren Satzungen nicht zulässt, hat sie dies der pflegebedürftigen älteren Person vor einem allfälligen Eintritt mitzuteilen.

11 Zu beachten sind auch die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW zur Begleitung Sterbender.

bewohnerinnen und Mitbewohner, der Angehörigen sowie des Personals gewährleistet ist.

Amtliche Meldung und interne Dokumentation
Wurde in einer Institution ein Suizid durchgeführt, so stellt die Leitung der Institution sicher, dass eine Meldung als aussergewöhnlicher Todesfall an die zuständige kantonale Ermittlungsbehörde erfolgt.

Die Institution erfasst und dokumentiert im Dossier des Patienten systematisch alle von Heimbewohnern ernsthaft und wiederholt geäusserten Wünsche nach Suizid, allfällige Suizidversuche, die Begleitumstände sowie den weiteren Verlauf.

H. Qualitätssicherung
Alle Institutionen, welche ältere pflegebedürftige Personen behandeln und betreuen, müssen sich über ein umfassendes Qualitätsmanagement ausweisen können.

I. Qualifiziertes Personal
Die Institution stellt sicher, dass die Fachpersonen entsprechend ihrer Funktion über eine Ausbildung verfügen, welche sie für ihre Aufgabe qualifiziert. Die Institution unterstützt und fördert auch die regelmässige Weiter- und Fortbildung des Personals, unter besonderer Berücksichtigung des problemzentrierten Lernens in interdisziplinären Teams.

Die Institution bezeichnet einen verantwortlichen Heimarzt, der für die Organisation der medizinischen Betreuung in der Institution zuständig ist und die hierfür notwendigen Kenntnisse besitzt. Sind in einer Institution mehrere Ärzte tätig, soll die Institution in Absprache mit diesen einen davon als verantwortlichen Heimarzt bezeichnen.

Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien verantwortlichen Subkommission

Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Bern, Vorsitz;
Dr. med. Hermann Amstad, Basel (ex officio);
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Zürich;
Angeline Fankhauser, Alt-Nationalrätin, Präsidentin VASOS, Oberwil;
Prof. Dr. Annemarie Kesselring, Basel;
Prof. Dr. iur. Audrey Leuba, Neuenburg;
Prof. Dr. med. Charles-Henri Rapin, Genf;
Dr. med. Regula Schmitt, Ittigen;
Hansruedi Schönenberg, Heimleiter, Zürich;
Dr. med. et phil. Urban Wirz, Subingen;
Prof. Dr. med. Michel Vallotton, Präsident ZEK, Genf (ex officio).

Die Subkommission dankt folgenden Fachleuten für wertvolle Hinweise
Prof. Lazare Benaroyo, Lausanne;
Dr. Georg Bosshard, Zürich;
Claudine Braissant, Belmont;
Anja Bremi, Zollikon;
Dr. Charles Chappuis, Bern;
Oskar Diener, Champagne;
Werner Egloff, Laupen;
Marianne Gerber, Zürich;
Prof. Daniel Hell, Zürich;
Prof. François Höpflinger, Zürich;
Nicolas Kühne, Lausanne;
Domenica Schnider Neuwiler, Wil SG;
Prof. Hannes Staehelin, Basel;
Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Luzern;
Vérène Zimmermann, Zürich.

IV. Anhang

Der Anhang gibt jene Dokumente wieder, die
a) Gesetzescharakter besitzen und je nach Geltungsbereich (Europa, Schweiz, Kantone) zwingend zu beachten sind;
b) als Richtlinien der SAMW gewisse Teilbereiche bei der Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen abdecken;
c) weiterführende Literatur zum Thema «Behandlung und Betreuung von pflegebedürftigen älteren Menschen» enthalten und welche der Subkommission bei der Erarbeitung dieser Richtlinien und Empfehlungen dienlich waren.

a) Rechtliche Grundlagen

– Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin vom 4. April 1997 http://www.ofj.admin.ch/themen/bioeth/ konvention-biomedizin-d.pdf (von der Schweiz noch nicht ratifiziert).

– Schweizerische Bundesverfassung. Art. 7–36 (Grundrechte) http://www.admin.ch/ch/d/sr/c101.html.

– Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz. http://www.admin.ch/ch/d/sr/235_1/index.html.

– Zivilgesetzbuch. Art. 27 ff. (Schutz der Persönlichkeit), Art. 360 ff. (Vormundschaftsrecht; in Revision). http://www.admin.ch/ch/d/sr/c210.html.

– Strafgesetzbuch. Art. 115 (Verleitung und Beihilfe zum Suizid), Art. 181 (Nötigung), Art. 320 (Verletzung des Amtsgeheimnisses), Art. 321 (Verletzung des Berufsgeheimnisses). http://www.admin.ch/ch/d/sr/311_0/index2.html.

– Kantonale Gesundheitsgesetze. http://www.federalism.ch/documentation/claws/gesundheit/.

– Kantonale Gesetze über Pflegeinstitutionen. http://www.federalism.ch/documentation/claws/gesundheit/.

– Kantonale Datenschutzgesetze. http://www.federalism.ch/documentation/claws/.

b) Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (www.samw.ch)

– Ärztliche Betreuung sterbender Patienten (1995; in Revision).

– Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten (2002, in Vernehmlassung).

– Forschungsuntersuchungen am Menschen (1997).

– Zwangsmassnahmen in der Medizin (in Vorbereitung).

c) Weiterführende Literatur

– Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans des établissements de santé; Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000. www.anaes.fr/publication/geriatrie.

– Arbeitsgruppe «Ethische Richtlinien» des Heimverbandes Schweiz, Fachverband Betagte. Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen. 1997.

– Association Alzheimer Europe. Directives relatives aux différentes mesures destinées à restreindre la liberté de mouvements. Position paper 2001. www.alzheimer-europe.org.

– Association Alzheimer Europe. Les droits des personnes atteintes de démence. 2001. www.alzheimer-europe.org.

– Association vaudoise d'établissements médico-sociaux. Charte éthique. 2001.

– Baumann-Hözle R. Moderne Medizin – Chance und Bedrohung. Kap. 20: Ethische Probleme in der Geriatrie.Kap. 21: Gelungenes Altwerden und Sterben im Spannungsfeld von Macht und Menschenwürde. Peter-Lang-Verlag, Bern/Berlin. 2001.

– Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS)/Conseil de l'Europe. Améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situations de dépendance. 2002. (http://book.coe.int).

– European Association for Directors of Residential Care Homes for the Elderly. Charte européenne des droits et libertés des personnes âgées en institution. 1993. www.ede-association.org.

– Forum stationäre Altersarbeit/Santésuisse: Konzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in Schweizer Pflegeheimen gemäss KVG. 1998.

– Gebert A, Kneubühler H-U. Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Huber-Verlag; 2001.

– International Association of Gerontology. The Older Person's Charter of Standards. 1997. www.sfu.ca/iag.

– Mettner M, Schmitt-Mannhart R. Wie ich sterben will. Patientenautonomie, Selbstverantwortung und Abhängigkeit am Lebensende. Zürich: NZN Buchverlag; 2003.

– Schönenberg HR. Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Langzeitpflegebereich. Managed Care 2000;2:21-3.

– Schweizerischer Berufsverband für Krankenpflege. Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen. Bern. 1994.

– Schweizerischer Berufsverband für Krankenpflege et al. Rund um den Heimeintritt: Broschüre für ältere Menschen und ihre Angehörigen. Thun: Ott-Verlag.

– Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie. Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen. 1999. (www.sgg-ssg.ch).

– Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz. Empfehlungen zum Vollzug des KVG im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste. 1998.

– Schweizerischer Senioren und Rentner-Verband. Vorschlag zu einem Kantonalen Gesetz betreffend Heime für alte Menschen und Menschen mit Behinderung. 2001.

– Stuck AE. State of the Art: Multidimensionales geriatrisches Assessment im Akutspital und in der ambulanten Praxis. Schweiz Med Wochenschr 1997;127:1781-8.

– United Nations. United Nations Priciples for Older Persons. 1999. http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppop.htm.

– Weltärztebund. Deklaration von Hong Kong über die Misshandlung älterer Personen. 1989. www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/99.Handbuch2000.pdf.

– WHO Division of Mental Health. Psychiatry of the elderly – a consensus statement. 1996. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000017.