

MEDIZIN- ETHISCHE RICHT- LINIEN

Behandlung und Betreuung
von älteren pflegebedürftigen
Menschen

Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen

Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen

Vom Senat der SAMW genehmigt am 18. Mai 2004.
Die deutsche Fassung ist die Stammversion.

Per 1. Januar 2013 erfolgte eine Anpassung an das Erwachsenenschutzrecht.



Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK empfiehlt seinen Mitgliedern und allen Pflegenden, diese Richtlinien zu achten und anzuwenden.

I.	PRÄAMBEL	5
II.	RICHTLINIEN (FÜR ÄRZTE, PFLEGENDE UND THERAPEUTEN)	7
1.	Geltungsbereich	7
2.	Grundsätze	7
2.1.	Angemessene Betreuung	7
2.2.	Persönliche und kontinuierliche Betreuung	7
2.3.	Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld	8
2.4.	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	8
2.5.	Angemessene Aus-, Weiter- und Fortbildung	9
3.	Entscheidungsprozesse	9
3.1.	Grundsatz	9
3.2.	Patientenverföigung	9
3.3.	Bevollmächtigter Vertreter in medizinischen Angelegenheiten	10
3.4.	Erarbeiten von Entscheidungsgrundlagen im Team	10
3.5.	Information	11
3.6.	Einwilligung der urteilsfähigen, älteren Person	11
3.7.	Einwilligungsverfahren bei Urteilsunfähigkeit der älteren Person	12
4.	Behandlung und Betreuung	13
4.1.	Gesundheitsförderung und Prävention	13
4.2.	Akuttherapie	13
4.3.	Rehabilitation	13
4.4.	Palliative Care	13
5.	Sterben und Tod	14
5.1.	Begleitung von Sterbenden	14
5.2.	Umgang mit dem Wunsch nach Suizid	14
6.	Dokumentation und Datenschutz	14
6.1.	Krankengeschichte und Pflegedokumentation	14
6.2.	Verschwiegenheitspflicht	15
7.	Misshandlung und Vernachlässigung	15
8.	Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege	16



III.	EMPFEHLUNGEN (AN INSTITUTIONEN DER LANGZEITPFLEGE)	18
1.	Geltungsbereich	18
2.	Grundsätze	18
	Schutz der persönlichen Freiheit und der Würde	18
	Achtung der Privat- und der Intimsphäre	18
	Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte	19
	Meinungs- und Glaubensfreiheit	19
	Versammlungsfreiheit	19
	Politische Rechte	19
	Mitbestimmung bei der Alltagsgestaltung	20
	Beschwerderecht	20
3.	Entscheidungsprozesse	20
4.	Behandlung und Betreuung	21
	Sicherstellung einer adäquaten Behandlung und Betreuung	21
	Qualitätssicherung	21
	Qualifiziertes Personal	21
5.	Sterben und Tod	22
	Begleitung von Sterbenden	22
	Umgang mit dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid	22
6.	Dokumentation und Datenschutz	23
7.	Misshandlung und Vernachlässigung	23
8.	Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege	23
	Information	23
	Einwilligung	23
	Regelung finanzieller Angelegenheiten	24
	Betreuungsvertrag und Auflösung dieses Vertrages	24
IV.	ANHANG	25
	Literatur	25
	Rechtliche Grundlagen	25
	Weiterführende Literatur	25
	Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien	28

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 Autonomie des Individuums 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 kurative Interventionen 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.

Aus diesen Überlegungen verfolgt der nachfolgende Text drei Zielsetzungen: Erstens stellt er klar, dass Alter und Pflegebedürftigkeit nicht zur Vorenthaltung indizierter Massnahmen führen dürfen; zweitens bietet er Ärzten¹, Pflegenden und Therapeuten² in den *Richtlinien*³ eine Hilfe für Entscheidungen in schwierigen Situationen; drittens zeigt er in den *Empfehlungen*⁴ die wichtigen Anforderungen und Rahmenbedingungen für eine gute Behandlung und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Personen auf.

1 Die entsprechenden Texte betreffen immer beide Geschlechter der genannten Personengruppen.

2 Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Aktivierungstherapeuten, Logopäden, Psychologen.

3 Die Richtlinien der SAMW richten sich an medizinische Fachpersonen (Ärzte, Pflegenden und Therapeuten). Mit Aufnahme in die Standesordnung der FMH werden die Richtlinien für FMH-Mitglieder verbindliches Standesrecht.

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

Angesprochen sind aber auch Institutionen der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie politische Instanzen: Sie sind aufgefordert, in ihren Entscheiden im Bereich der Behandlung und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Menschen den vorliegenden Richtlinien und Empfehlungen Rechnung zu tragen.

Ausdrücklich ist die Behandlung und Betreuung jüngerer, pflegebedürftiger Personen nicht Gegenstand dieser Richtlinien. Bei ihnen sind zusätzliche spezifische Aspekte zu beachten.

II. RICHTLINIEN (FÜR ÄRZTE, PFLEGENDE UND THERAPEUTEN)

1. Geltungsbereich

Die vorliegenden Richtlinien richten sich an Ärzte, Pflegende und Therapeuten, welche ältere, pflegebedürftige Personen betreuen, sei dies zu Hause, in Spitälern oder in Institutionen der Langzeitpflege. Von einer «älteren Person» spricht man bei einem Menschen jenseits des 65. Lebensjahres; «Pflegebedürftigkeit» bedeutet das dauernde Angewiesensein auf Hilfe oder Unterstützung in grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (d.h. sich ankleiden, Körperpflege, Nahrungszufuhr, Benutzung der Toilette, Mobilität, Gestaltung des Tagesablaufs, soziale Kontakte). Die Pflegebedürftigkeit steigt in der Regel erst jenseits des 75. Lebensjahres markant an.

2. Grundsätze

2.1. Angemessene Betreuung

Ältere, pflegebedürftige Menschen haben bis an ihr Lebensende Anspruch auf eine angemessene Behandlung und 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 funktionaler Aspekte und des Umfelds. 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.

2.2. 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 (eigene Wohnung, Spital, Institution der Langzeitpflege) zu einem Wechsel der ärztlichen Zuständigkeit kommen. Ärzte, welche eine ältere, pflegebedürftige Person in einem Spital oder in einer Institution der Langzeitpflege 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 [siehe 3.3.] bzw. gesetzlichen Vertreter) entsprechend zu informieren. Bei einem Wechsel der ärztlichen Zuständigkeit sind die beteiligten Ärzte dafür besorgt, 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. Im Spitexbereich, in Spitälern und in Institutionen der Langzeitpflege bezeichnet das Pflege- und Therapeutenteam für jeden älteren Patienten eine qualifizierte Ansprechperson und informiert die betreute Person und ihre Bezugspersonen entsprechend.

2.3. Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld

Für Aspekte der Behandlung oder Betreuung pflegen der behandelnde Arzt und die Ansprechperson der Pflege wenn möglich mit dem sozialen Umfeld der betreuten Person (Lebenspartner, Verwandte und enge Bezugspersonen) guten Kontakt. Solche Kontakte unterliegen selbstverständlich dem Einverständnis der urteilsfähigen, älteren Person sowie den Regeln des Berufsgeheimnisses bzw. der Vertraulichkeit. Das neue Erwachsenenschutzrecht (Art. 360 ff. ZGB) räumt Angehörigen oder nahestehenden Personen eines Urteilsunfähigen gewisse gesetzliche Vertretungsrechte ein (vgl. Kap. 3.7.).

Bei der Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen zuhause 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.

2.4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Bei der Betreuung und Behandlung von älteren, pflegebedürftigen 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 miteinander 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.

2.5. Angemessene Aus-, Weiter- und Fortbildung

Ältere, pflegebedürftige Personen leiden oft gleichzeitig an mehreren, vielfach chronischen Krankheiten (Multimorbidität). Zusätzlich spielen bei der Betreuung psychische, soziale, spirituelle und umgebungsbezogene Faktoren eine wichtige Rolle. Dies erfordert von den betreuenden Ärzten, Pflegenden und Therapeuten spezifische Kompetenzen in Geriatrie, Gerontologie und Alterspsychiatrie. Zu diesen Kompetenzen gehören insbesondere auch das Erheben des Gesundheitszustandes durch ein multidimensionales Assessment und die Einleitung, Durchführung und Evaluation geeigneter Massnahmen.

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

3. Entscheidungsprozesse

3.1. Grundsatz

Der Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und Selbstbestimmung gilt uneingeschränkt für alle Menschen. Das Recht materialisiert diesen Grundsatz 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.

3.2. Patientenverfügung⁵

Jede Person kann im Voraus verbindliche 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.

5 Vgl. «Patientenverfügung». Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW.

Ärzte und Pflegende machen ältere Personen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung aufmerksam; sie sprechen untereinander ab, wer diese Aufgabe übernimmt.

3.3. Bevollmächtigter Vertreter in medizinischen Angelegenheiten

Jede urteilsfähige Person kann im Voraus mittels Patientenverfügung oder Vorsorgeauftrag einen Vertreter in medizinischen Angelegenheiten festlegen, der an ihrer Stelle die Zustimmung zu medizinischen, pflegerischen und/oder therapeutischen Massnahmen erteilen soll, falls sie selbst nicht mehr urteilsfähig wäre. Ärzte und Pflegende machen ältere Personen frühzeitig auf die Möglichkeit der Bezeichnung eines Vertreters aufmerksam; sie sprechen untereinander ab, wer diese Aufgabe übernimmt.

3.4. Erarbeiten von Entscheidungsgrundlagen im Team

Verschiedene Massnahmen wie die Behandlung einer Verhaltensstörung, 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 bei deren Einverständnis verordnet, bespricht er sie 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, der sich am Willen der älteren Person orientiert und dabei deren Vorstellungen, Ziele, Wünsche und Bedürfnisse mit einbezieht. Solche Situationen sind von den Beteiligten gemeinsam zu besprechen; Lösungsmöglichkeiten und korrigierende Massnahmen sind gemeinsam zu vereinbaren, bevor sie der älteren Person durch die zuständige Fachperson vorgeschlagen werden.

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

3.5. 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 – 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 eine ihr nahe stehende Person informiert werden, damit sie die ältere Person in ihrem Entscheidprozess unterstützen kann.

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

3.6. Einwilligung der urteilsfähigen, älteren Person⁶

Ärzte, Pflegende und Therapeuten dürfen eine Massnahme nur mit der freien Einwilligung der urteilsfähigen, informierten älteren Person durchführen.

Lehnt eine urteilsfähige, ältere Person die ihr vorgeschlagenen Massnahmen ab, nachdem sie über diese und die möglichen Folgen der Ablehnung informiert worden ist, so haben der Arzt und das Pflegepersonal diesen Entscheid zu respektieren. Falls dieser ablehnende Entscheid aus Sicht der verantwortlichen Fachpersonen nicht im besten Interesse der älteren Person liegt, so suchen sie nach einer anderen, für die betreffende Person voraussichtlich akzeptablen Behandlungsmöglichkeit.

6 Folgende Kriterien helfen, die Urteilsfähigkeit festzustellen (Quelle: Staehelin HB. Ther Umschau. 1997; 54: 356–358):

- 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 abzuschätzen. Bei schwerwiegenden Entscheiden ist ein Facharzt (z. B. Psychiater, Geriater) beizuziehen. Die Urteilsfähigkeit wird im Hinblick auf eine bestimmte Handlung abgeschätzt (und zwar im Zusammenhang mit dem Komplexitätsgrad dieser Handlung); sie muss im Moment des Entscheides vorhanden sein. Entweder besitzt die Person die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf eine bestimmte Handlung – oder sie besitzt sie nicht.

Urteilsfähig im Sinne des Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln (Art. 16 ZGB).

3.7. Einwilligungungsverfahren bei Urteilsunfähigkeit der älteren Person

Bei Urteilsunfähigkeit der älteren Person im Hinblick auf eine Entscheidung klärt der Arzt oder das Pflegepersonal ab, ob sie eine Patientenverfügung verfasst hat oder ob ein Vorsorgeauftrag vorliegt. Mit der Patientenverfügung legt eine urteilsfähige Person verbindlich fest, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

Patientenverfügungen sind zu beachten, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstossen oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruhen oder noch dem mutmasslichen Willen des Patienten entsprechen. Für den Fall, dass eine urteilsunfähige Person zur Behandlung keine Anordnungen gemacht hat, legt das neue Erwachsenenschutzrecht fest, wer zur Vertretung berechtigt ist und für die urteilsunfähige Person eine Einwilligung in eine medizinische Massnahme erteilen darf.⁷

Die vertretungsberechtigte Person hat nach dem mutmasslichen Willen des Urteilsunfähigen und den objektiven Interessen über die zu treffenden medizinischen Massnahmen zu entscheiden. Während der Arzt eine in einer Patientenverfügung niedergelegte Anordnung in Bezug auf eine medizinische Massnahme unter gewissen Voraussetzungen nicht zu befolgen hat, ist er an die Entscheidung des Vertretungsberechtigten grundsätzlich gebunden. Sind allerdings die Interessen der urteilsunfähigen Person gefährdet oder nicht mehr gewahrt, so bestimmt die Erwachsenenschutzbehörde auf Antrag des Arztes oder einer anderen nahestehenden Person oder von sich aus einen anderen Vertretungsberechtigten.

Der Arzt ist verpflichtet, bei der Behandlung Urteilsunfähiger einen Behandlungsplan zu erstellen und ihn den laufenden Entwicklungen regelmässig anzupassen (Art. 377 ZGB). Der Behandlungsplan ist mit der vertretungsberechtigten Person zu besprechen und zu erläutern, so dass diese in der Lage ist, ihre informierte Zustimmung zur Behandlung zu erteilen. Die betroffene Person ist soweit wie möglich in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

In dringenden Fällen ergreift der Arzt die erforderlichen medizinischen Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person.

⁷ Das Gesetz erklärt folgende Personen bei medizinischen Massnahmen als vertretungsberechtigt: In erster Linie Personen, die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnet wurden, in zweiter Linie der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen, danach Angehörige und weitere Bezugspersonen, die dem Patienten regelmässig persönlich Beistand leisten (Ehegatte bzw. eingetragener Partner, Personen im gleichen Haushalt, Nachkommen, Eltern, Geschwister).

4. Behandlung und Betreuung

4.1. Gesundheitsförderung und Prävention

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 oder zu fördern. 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.

4.2. Akuttherapie

Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe sicherzustellen, dass ältere, pflegebedürftige Menschen bei akuter Erkrankung Zugang zu einer adäquaten Abklärung und Behandlung haben. Dabei ist auch im Akutspital die durch die Pflegebedürftigkeit bedingte spezifische Betreuung (z.B. bei Demenz, Dekubitus oder Inkontinenz) zu gewährleisten.

4.3. Rehabilitation

Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe, der älteren, pflegebedürftigen Person jene Behandlung (u.a. Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Hörgeräten) und Betreuung (u.a. soziale Kontakte, Ernährung, Mobilisation, Aktivitäten, Tagesstruktur) vorzuschlagen und zu ermöglichen, die ihr erlauben, ihre physischen und psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen soweit als möglich zu erhalten oder wiederzuerlangen.

4.4. Palliative Care⁸

Der Zugang zu palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ist allen älteren, pflegebedürftigen Menschen rechtzeitig zu garantieren, unabhängig vom Ort, wo sie leben. Sowohl in Institutionen der Langzeitpflege als auch in der ambulanten Krankenpflege oder im Spital kennen die Ärzte, Pflegenden und Therapeuten die Konzepte von Palliative Care und wenden sie an. Der Arzt, die Pflegenden und die Therapeuten nehmen insbesondere belastende Symptome wie Schmerzen, Angst, Depression und Hoffnungslosigkeit wahr und behandeln sie umfassend, 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.

⁸ Vgl. «Palliative Care». Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW.

5. Sterben und Tod⁹

5.1. Begleitung von Sterbenden

Die Begleitung und Betreuung von Sterbenden ist in den medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften «Betreuung von Patienten am Lebensende», geregelt.

5.2. Umgang mit dem Wunsch nach Suizid

Äussert eine ältere, pflegebedürftige Person den Wunsch nach Selbsttötung, sucht das betreuende Team das Gespräch mit der betreffenden Person. In jedem Fall leiten der Arzt und das Pflegepersonal Massnahmen zum bestmöglichen Schutz und zur Unterstützung der betreffenden Person ein. Insbesondere klären sie mögliche Verbesserungen der Therapie-, Pflege- und Betreuungssituation. Dabei sind auch die vielfältigen Abhängigkeiten der älteren, pflegebedürftigen Person, die das Risiko einer Suizidalität erhöhen können, zu beachten. Das betreuende Team stellt sicher, dass die erforderlichen palliativen, therapeutischen und/oder psychiatrischen Massnahmen vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden, ebenso, dass ein seelsorgerlicher Beistand vorgeschlagen und, falls gewünscht, vermittelt wird.

6. Dokumentation und Datenschutz

6.1. Krankengeschichte und Pflegedokumentation

Der Arzt führt über jede ältere, pflegebedürftige 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 Pflegedokumentation¹⁰. Die relevanten Aspekte der ärztlichen Dokumentation sind dem zuständigen Pflegepersonal und den Therapeuten zugänglich.

Die Therapeuten dokumentieren den therapeutischen Prozess (Beobachtungen bei der Erfassung, Zielsetzung und Planung, Evaluation der Massnahmen). Eine Zusammenstellung der wichtigsten Beobachtungen, Ziele und Resultate ist dem zuständigen Arzt und dem zuständigen Pflegepersonal zugänglich.

⁹ Vgl. «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW.

¹⁰ Die Pflegedokumentation erfüllt folgende Zwecke:

- sie stellt die Patientensituation aus pflegerischer Sicht (Assessments) dar;
- sie hält die für die Situation wesentlichen pflegerischen Interventionen und deren Evaluation fest;
- sie ermöglicht es, die Pflege nachzuvollziehen.

Die ältere Person (bzw. bei deren Urteilsunfähigkeit ihr Vertreter bei medizinischen Massnahmen) haben das Recht, die Krankengeschichte und die Pflegedokumentation einzusehen und sich diese erläutern zu lassen; sie können Kopien davon verlangen.

Die Krankengeschichte und die Pflegedokumentation enthalten die aktuelle Version einer allfälligen Patientenverfügung, Angaben zum Vertreter sowie allfällige Protokolle von freiheitsbeschränkenden Massnahmen.

6.2. Verschwiegenheitspflicht

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.

Die zu verwendenden geriatrischen Assessment-Instrumente müssen auf ihre Verhältnismässigkeit und Aussagekraft überprüft worden sein, und die betroffenen älteren Personen müssen über die Tatsache der Informationssammlung und deren Zweck informiert sein.

Als besonders schützenswerte Daten sind die Pflegedokumentation und die Krankengeschichte so zu handhaben und aufzubewahren, dass nur berechtigte Personen Einblick nehmen können. Für die elektronische Datenverarbeitung sind die hohen Anforderungen betreffend Zugriffsschutz und Sicherheit der Datenübertragung und -ablage zu beachten.

Die Daten dürfen nur nach vollständiger Anonymisierung für statistische und wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Die Weitergabe von nicht-anonymisierten Daten setzt die ausdrückliche Zustimmung der Betroffenen (bzw. bei deren Urteilsunfähigkeit ihres Vertreters) voraus.

7. Misshandlung und Vernachlässigung

Ältere, pflegebedürftige Personen sind in besonderem Masse verletzlich und müssen vor jeder Form von Gewaltausübung geschützt werden, sei dies körperliche oder psychische Gewalt, Machtmissbrauch oder Vernachlässigung. Alle Spuren von Gewaltausübung, Missbrauch oder Vernachlässigung, die das betreuende Team bei einer älteren Person beobachtet, muss es sorgfältig in der Krankengeschichte und in der Pflegedokumentation dokumentieren und dabei die objektivierbaren klinischen Befunde (Grösse, Lokalisation, Aussehen usw.) festhalten. Pflegende und Therapeuten haben Spuren von Gewalt, die sie beobachten, dem behandelnden Arzt zu melden.

Der Arzt, die Pflegenden und die Therapeuten haben die notwendigen Schritte einzuleiten, um weitere Misshandlungen zu vermeiden. Falls notwendig und mit dem Einverständnis der älteren Person (bzw. bei Urteilsunfähigkeit mit dem Einverständnis des Vertreters) werden diese Informationen an die zuständige Behörde übermittelt. Wenn ein solches Einverständnis fehlt, aber es im Interesse der älteren Person liegt, müssen die zuständigen Behörden informiert werden.

8. Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege

Der 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 besten Interesse einer älteren Person ist. 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.

Vor einem geplanten Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege führt der zuständige Arzt ein geriatrisches multidimensionales Assessment durch. Im Spital erfolgen diese Abklärungen unter Einbezug des Pflegepersonals und der Therapeuten sowie nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, der Spitex, der ambulanten Therapie und dem sozialen Umfeld (Lebenspartner, Verwandte und enge Bezugspersonen) der älteren, pflegebedürftigen Person. Der Arzt informiert die ältere Person und gegebenenfalls Personen aus ihrem sozialen Umfeld über das Ergebnis dieses Assessments und bespricht mit ihr die Notwendigkeit eines Eintritts in eine Institution der Langzeitpflege bzw. allfällige Alternativen.

Wird eine urteilsunfähige Person für längere Dauer in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung betreut, so muss mit der berechtigten Vertretungsperson ein schriftlicher Betreuungsvertrag abgeschlossen werden, welche Leistungen die Einrichtung erbringt und welches Entgelt dafür geschuldet ist (Art. 382 ZGB). Die zwingende Schriftlichkeit des Betreuungsvertrags soll für mehr Transparenz sorgen sowie der Vorbeugung vor Missbrauchsgefahr dienen. Dabei sollen die Wünsche der betroffenen Person möglichst weitgehend berücksichtigt werden. Diese Wünsche können auch zu einem Zeitpunkt geäußert worden sein, als die Urteilsfähigkeit noch gegeben war. Die Regelung der Zuständigkeit für die Vertretung bei Abschluss, Änderung oder Aufhebung des Betreuungsvertrags ergibt sich sinngemäss nach den Bestimmungen über die Vertretung bei medizinischen Massnahmen (Art. 378-381 ZGB).

Das Wohn- und Pflegeheim hat die Persönlichkeit der urteilsunfähigen Person zu schützen und fördert zu diesem Zweck auch die Aussenkontakte (Art. 386 Abs. 1 ZGB). Wenn sich niemand ausserhalb der Einrichtung um die betroffene Person kümmert, muss das Wohn- und Pflegeheim die Erwachsenenschutzbehörde benachrichtigen, damit diese allenfalls eine Begleitbeistandschaft errichten kann (Art. 386 Abs. 2 ZGB). Weiter sind die Wohn- und Pflegeeinrichtungen von Bundesrechts wegen verpflichtet, die freie Arztwahl zu gewährleisten (Art. 386 Abs. 3 ZGB), soweit nicht wichtige Gründe dagegen sprechen.

III. EMPFEHLUNGEN (AN INSTITUTIONEN DER LANGZEITPFLEGE)

1. Geltungsbereich

Die nachstehenden Empfehlungen richten sich in erster Linie an die Leitungen von Institutionen der Langzeitpflege und an die Trägerschaft; sinngemäss gelten sie jedoch auch für andere Institutionen (Spitäler, Spitex), welche ältere, pflegebedürftige Personen behandeln und betreuen. Damit richten sich diese Empfehlungen auch an Ärzte, Pflegende und Therapeuten, sofern sie in diesen Institutionen Leitungsfunktionen innehaben.

Die nachfolgenden Empfehlungen formulieren die Rahmenbedingungen, die in diesen Institutionen für eine gute Behandlung und Betreuung älterer Personen erforderlich sind. Für jeden in den voranstehenden Richtlinien definierten Bereich sind solche Empfehlungen formuliert.

2. Grundsätze

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.

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 die notwendigen Massnahmen, damit die Privatsphäre und die Intimsphäre jeder Person gewährleistet sind.

Das Personal behandelt Beobachtungen aus der Privat- bzw. Intimsphäre der älteren Person oder Ereignisse, welche diese nur mit einem beschränkten Kreis von Personen (Freunde, Verwandte) teilen will, diskret und leitet diese nur weiter, falls dies zur Sicherstellung einer angemessenen Pflege und Betreuung notwendig ist.

Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte

Die Institution unterstützt die Aufrechterhaltung und Pflege der Beziehungen, welche die ältere Person mit ihren Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld hat. Sie informiert die vertretungsberechtigten Personen und andere Nahestehende über kulturelle Aktivitäten innerhalb der Institution und versucht, sie zu integrieren. Die Institution sorgt dafür, dass vertrauliche Gespräche und Begegnungen in einem ungestörten Rahmen möglich sind.

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

Meinungs- und Glaubensfreiheit

Die ältere Person ist frei in ihren Meinungsäußerungen, sofern diese nicht gegen die Rechte Dritter oder gegen gesetzliche Bestimmungen (z.B. Rassismustatbestand) verstossen. Die Institution sorgt dafür, dass die geäußerten Meinungen respektiert werden.

Die Institution respektiert die Glaubens- und Gewissensfreiheit der älteren Person und lässt die Ausübung von religiösen Riten oder Ausdrucksformen zu; diese dürfen jedoch andere Personen bzw. das Umfeld nicht einschränken.

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.

Beschwerderecht

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 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 die kantonalen Aufsichtsbehörden über Wohn- und Pflegeeinrichtungen, die Erwachsenenschutzbehörden, Ombuds- bzw. unabhängige Beschwerdestellen hin.

3. Entscheidungsprozesse

Im Rahmen des Eintrittsprozederes vergewissert sich die Institution, ob die ältere Person für den Fall der Urteilsunfähigkeit einen Vertreter hat (Ehegatte oder eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner nach Art. 374 ZGB) oder ob sie mittels Vorsorgeauftrag einen Vertreter bestellt hat, die ihre Interessen in administrativen (inkl. finanziellen) Angelegenheiten wahrnehmen kann sowie eine «bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten», 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 zu bezeichnen; allenfalls unterstützt die Institution die ältere Person bei der Suche nach geeigneten Personen. Die Institution hält die Namen der Vertreter im administrativen Dossier fest; sie stellt sicher, dass der Arzt, das Pflegepersonal und die Therapeuten über das Vorhandensein eines Vertreters informiert sind.

4. Behandlung und Betreuung

Sicherstellung einer adäquaten Behandlung und 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 Behandlung und Betreuung notwendig sind.

Qualitätssicherung

Alle Institutionen, welche ältere, pflegebedürftige Personen behandeln und betreuen, weisen sich über ein umfassendes Qualitätsmanagement für die adäquate Behandlung und Betreuung aus.

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 Hausarzt, 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 Hausarzt bezeichnen.

5. Sterben und Tod ¹¹

Begleitung von Sterbenden

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 als möglich (und soviel als 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 Institution schafft einen Rahmen, der Abschiedsrituale und -riten für alle Beteiligten sicherstellt. Die Institution respektiert besondere religiöse und kulturelle Abschiedsrituale der Hinterbliebenen.

Umgang mit dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

Eine besondere Situation liegt dann vor, wenn eine ältere, pflegebedürftige Person in einer Institution der Langzeitpflege einen Suizid unter Beihilfe von Dritten (z.B. einer Sterbehilfeorganisation) plant. Diese Situation kann eintreten, weil gemäss schweizerischem Recht die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar ist, ausser beim Vorliegen selbstsüchtiger Motive (Art. 115 StGB). Es gibt Institutionen, die auf dieser Grundlage die Beihilfe zum Suizid zulassen. In solchen Situationen ist zu beachten, dass eine Institution der Langzeitpflege besondere Schutzpflichten hat und daher folgendes beachten muss:

- a. Es muss sichergestellt sein, dass die betreffende Person urteilsfähig ist.
- b. Es muss sichergestellt sein, dass der Entscheid zum Suizid nicht auf äusseren Druck oder auf eine nicht adäquate Abklärung, Behandlung oder Betreuung zurückzuführen ist.
- c. Es muss sichergestellt sein, dass die Gefühle der Mitbewohner und der Mitarbeiter respektiert werden.

Ältere, pflegebedürftige Personen stehen in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Personal der Institution; dieses Verhältnis kann beim Personal zu Interessenkonflikten führen. Aus diesem Grund und aus Rücksichtnahme auf die übrigen Bewohner der Institution soll das Personal einer Institution der Langzeitpflege zu keinem Zeitpunkt an der Durchführung eines Suizids mitwirken.

¹¹ Vgl. «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW.

6. Dokumentation und Datenschutz

Die ältere Person (oder bei deren Urteilsunfähigkeit ihre Vertreter) können das sie betreffende administrative Dossier konsultieren und sich erläutern lassen.

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).

7. Misshandlung und Vernachlässigung

Die Institution stellt sicher, dass es nicht zur Misshandlung oder Vernachlässigung von älteren Personen kommt; sie sorgt dafür, dass die Ziffer 7 der vorliegenden Richtlinie bekannt ist und angewendet wird.

8. Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege

Information

Bevor eine ältere Person einwilligt, länger dauernd in eine Institution der Langzeitpflege einzutreten, soll sie (und allenfalls die für den Fall der Urteilsunfähigkeit als Vertreter bezeichnete Person) die Gelegenheit erhalten, die Institution persönlich kennen zu lernen, mit einer verantwortlichen Person in der Institution ein Gespräch zu führen und über alle relevanten Informationen (inkl. Reglemente) zu verfügen.

Die Institution soll ihr (bzw. bei Urteilsunfähigkeit ihrem 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.

Einwilligung

Nachdem sie die notwendigen Informationen erhalten hat, entscheidet die urteilsfähige, ältere Person selbst über einen Eintritt. Bei Urteilsunfähigkeit ist lediglich der Vertreter berechtigt, einen solchen Entscheid zu fällen. Im Falle der Urteilsunfähigkeit ist ein Betreuungsvertrag abzuschliessen (Art. 382 ZGB).

Regelung finanzieller Angelegenheiten

Um Interessenkonflikten vorzubeugen, werden das Vermögen und die Einkünfte der älteren Person durch sie selbst (oder ihren Vertreter) und nicht durch die Institution verwaltet. Die Institution sorgt dafür, dass das Personal keine Zuwendungen (auch keine Schenkungen oder Erbschaften) entgegennimmt; ausgenommen bleiben kleine Gelegenheitsgeschenke.

Betreuungsvertrag und Auflösung dieses Vertrages

In einem schriftlichen Betreuungsvertrag muss im Falle einer urteilsunfähigen Person festgehalten werden, welche Leistungen die Einrichtung erbringt und welches Entgelt dafür geschuldet wird. 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.

IV. ANHANG

Literatur

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.
www.admin.ch/ch/d/ff/2002/340.pdf

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

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

Zivilgesetzbuch Art. 27 ff. (Schutz der Persönlichkeit), Art. 360 ff. (Erwachsenenschutzrecht).
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).
www.admin.ch/ch/d/sr/311_0/index2.html

Kantonale Gesundheitsgesetze.
www.lexfind.ch

Kantonale Gesetze über Pflegeinstitutionen.
www.lexfind.ch

Kantonale Datenschutzgesetze.
www.lexfind.ch

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.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf

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

Arbeitsgruppe Gesundheit (AGX) der Schweizerischen Datenschutzbeauftragten.
Bericht betreffend Pflegebedarfsabklärungssysteme (Bewohnerbeurteilungssysteme) in Alters- und Pflegeheimen. 2003.

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-Hölzle R.
Kap. 20: Ethische Probleme in der Geriatrie. Kap. 21: Gelungenes Altwerden und Sterben im Spannungsfeld von Macht und Menschenwürde. In: Dies. Moderne Medizin – Chance und Bedrohung. Bern/Berlin: Peter-Lang; 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.
<http://ede-eu.org>

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

Gebert A, Kneubühler HU.
Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Huber; 2001.

International Association of Gerontology.
The Older Person's Charter of Standards. 1997.
www.aoa.gov/AOARoot/AoA_Programs/Special_Projects/Global_Aging/pdf/Chater_regional.pdf

Kesselring A.
Beurteilung der Verhältnismässigkeit von RAI-Items aus pflegewissenschaftlicher Sicht. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel; 2003.

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

Schönenberg HR.
Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Langzeitpflegebereich. Managed Care. 2000; 2: 21–23.

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; 1997.

Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie.
Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen. 1999. www.sgg-sgg.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 Wschr. 1997; 127: 1781–1788.

United Nations.

United Nations Principles for Older Persons. 1999.
www.unescap.org/ageing/res/principl.htm

Weltärztebund.

Deklaration von Hong Kong über die Misshandlung älterer Personen. 1989.
www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf

WHO Division of Mental Health.

Psychiatry of the elderly – a consensus statement. 1996.
www.who.int/mental_health/media/en/17.pdf

Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien

Auftrag

Am 26. Oktober 2001 hat die Zentrale Ethikkommission der SAMW eine Subkommission mit der Ausarbeitung von Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen beauftragt.

Verantwortliche Subkommission

Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Bern, Präsident
Dr. med. Hermann Amstad, Basel, ex officio
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Institut Dialog-Ethik, 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

Beigezogene Experten

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 Stähelin, Basel
Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Luzern
Vérène Zimmermann, Zürich

Vernehmlassung

Am 20. Mai 2003 hat der Senat der SAMW eine erste Fassung dieser Richtlinien zur Vernehmlassung verabschiedet.

Genehmigung

Die definitive Fassung dieser Richtlinien wurde am 18. Mai 2004 vom Senat der SAMW genehmigt.

Anpassung

Die vorliegenden Richtlinien wurden im Jahr 2012 der in der Schweiz ab 1.1.2013 gültigen Rechtslage angepasst (Schweizerisches Zivilgesetzbuch; Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht; Änderung vom 19. Dezember 2008). Aus diesem Grund wurde das bisherige Kapitel 7 (Freiheitsbeschränkende Massnahmen) ersatzlos gestrichen. Die Zentrale Ethikkommission hat Ende 2012 eine Subkommission mit der Totalrevision der Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» beauftragt.

Herausgeberin

Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13
CH-4051 Basel
T +41 61 269 90 30
mail@samw.ch
www.samw.ch

Gestaltung

Howald Fosco, Basel

Druck

Gremper AG, Basel

Auflage

1.– 6. Auflage 16 000 (D)
7. Auflage 1500 D, 600 F (Januar 2013)

Alle medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW sind
auf der Website www.samw.ch → Ethik verfügbar.

© SAMW 2013



SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences