

Konzept Reanimations-Status der Spitex im Kanton Schwyz

Ausgangslage

Die zehn Basisorganisationen arbeiten mit unterschiedlich ausgestalteten Dokumenten zum Klientenwillen betreffs Reanimation. Die Frage nach dem Reanimationsstatus oder einer Patientenverfügung wird im Rahmen der Bedarfsabklärung angesprochen. In der Regel wird ein von Arzt oder Ärztin und Klient/-in unterschriebenes betriebseigenes Formular zum REA-Entscheid eingesetzt. Die Bereichsleiterkonferenz thematisierte Stolpersteine in der Praxis.

Ziel

Abläufe und verwendete Instrumente werden von den Basisorganisationen einheitlich umgesetzt. Hausarzt/-innen sind informiert, die Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten und ärztlichen Diensten wird erleichtert.

Klient/-innen erhalten mit grösstmöglicher Sicherheit die (Notfall-) Behandlung, welche sie wünschen. Die Basisorganisationen fühlen sich sicher im formalen Ablauf. Rechtliche Fragen sind geklärt. Für Folgefragen gibt es ein Gefäss.

Abgrenzung

Das Dokument geht fachlich nicht auf Advance Care Planning (ACP) ein und behandelt kein Fachwissen zu Reanimation (Typ, Kriterien für Start, Vorgehen, Erfolgsquoten etc.), sondern empfiehlt Vorgehen & Instrumente in Bezug auf «REA-Status unklar».

Verantwortung & Verbindlichkeit

So weit wie möglich werden einheitliche Instrumente genutzt. Das Konzept wird als Empfehlung Hausarzt/-innen kommuniziert.

Die Umsetzung liegt bei den Spitexbetrieben und Hausarzt/-innen. Ein Q & A (Anhang) und ein jährlicher, von der SKSZ-GL moderierter (Online-)Austausch¹ greift offene Fragen auf.

¹ Als fixes Traktandum im Rahmen der Bereichsleiterkonferenz Pflege der zehn Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden. Bei Bedarf, nach Antrag in Geschäftsleiterkonferenz, punktuell zusätzliches Gefäss

Konzept Reanimations-Status Spitex im Kanton Schwyz, Bereichsleiterkonferenz unter Moderation SKSZ, 20211025

Ablauf Klientenwille Reanimation in der ambulanten Pflege

Handlungsanweisung «Ablauf Klientenwille Reanimation in der ambulanten Pflege»	
<p>Verwendete Dokumente/Vorlagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept Reanimations-Status inkl. den Handlungsanleitungen <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ablauf Klientenwille Reanimation in der ambulanten Pflege ➢ Ablauf Vorgehen bei REA-Status-Nein – Klient/-in ist in kritischem Zustand (Anhang 6) ➢ Ablauf Vorgehen bei REA-Status ja, treffen die Klient/-in «leblos» an (Anhang 7) • Anhang 1 Klienten-Information «Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind» • Anhang 2 Klienten-Brief «Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind» (Kurzversion der Klienteninformation) • Anhang 3 Vorlage ÄNO Ärztliche Notfallanordnung • Anhang 4 Vorlage Palliativer Notfallplan Spitexorganisationen Kt. SZ • Anhang 5 Merkblatt für Hausärzte im Kanton Schwyz zum Reanimationsentscheid in der ambulanten Pflege • Anhang 8 Q & A • Anhang 9 Quellen
<p>Ablauf Reanimationsentscheid und Einbinden Klient/-in, Angehörige und Hausarzt/-innen</p> <p>Bei Klient/-innen</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei denen aus medizinischer Sicht eine Reanimation fraglich ist - bei denen während einem Spitalaufenthalt eine REA-Nein-Verordnung besprochen/erlassen wurde - welche das Thema beschäftigt - welche sehr betagt sind 	<ul style="list-style-type: none"> - Während Bedarfsabklärung Patientenverfügung und ÄNO ansprechen und fragen, was Klient/-in darüber weiss, Vorlagen zeigen - Herausfinden, was Klient/-in über die eigenen Wünsche sagt: Der Einstieg ist nicht «Wollen Sie noch reanimiert werden?» sondern herauszufinden <ul style="list-style-type: none"> «Was ist Ihnen wichtig im Leben?» «Welche Überzeugungen haben Sie?» «Mit wem haben Sie darüber gesprochen?» «Haben Sie Vorsorgedokumente verfasst?» - Ankünden, dass man wieder auf das Thema zurückkommt - Absprechen, ob/wer Hausarzt/-in informiert, dass REA-Entscheid mit Klient/-in besprochen werden soll - Laufend dokumentierte Gespräche <ul style="list-style-type: none"> • über Werte, Unterstützung, innere Stärken, Ressourcen, Lebensziele, Enttäuschungen, Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft • über Fragen zu Zielen und Grenzen der laufenden medizinischen Behandlung, Szenarien der Verschlechterung, Szenarien der Stabilität, Szenarien der Verbesserung • über Patientenverfügung: Über Absicht und Vorteile einer Patientenverfügung wird Klient/-in in angepasster Sprache informiert, Angehörige miteinbezogen - bei Bedarf Angebot oder Vermittlung von Fachperson (Pro Senectute, SRK) zum Erarbeiten von Vorsorgedokumenten (Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung, Patientenvollmacht, ÄNO) oder dem Moderieren von Gesprächen mit dem Umfeld.

	<ul style="list-style-type: none"> - Spätestens nach 4 Wochen Pflege ist eine Willensäusserung zur Vorausverfügung in die Dokumentation aufgenommen. Dies stellt eine Momentaufnahme dar, und ist möglichst qualitativ angereichert mit Zitaten der Klient/-innen. - Der Wille bezüglich der Reanimation wird auf einer ÄNO in Zusammenarbeit zwischen Klient/in und ihrer/ihrem Hausarzt/-in festgehalten. - Nachfragen nach 8 Wochen, Form der Vorsorge und Entscheide dokumentieren: z.B. <ul style="list-style-type: none"> o «Klient wünscht (keine) Unterstützung beim Verfassen einer Patientenverfügung», oder o «Klientin möchte, wenn ihre Tochter wieder gesund ist, erneut darauf angesprochen werden» oder o «eine ÄNO, abgestimmt auf Patientenverfügung liegt aus XX Grund nicht vor», oder o «ÄNO mit Hausarzt/in besprochen und von beiden unterzeichnet per XX.XX.2022 abgelegt, Klient wünscht Therapieziel Palliativ, C» o Vorsorgeauftrag erstellt, bezeichnete Vertretung ist X.Y. - Bei Zustandsveränderung angepasst nachfragen <p>Grundlegende Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegepersonen der Spitex führen selbst keine Vorsorgeberatungen durch. - Spitexmitarbeitende respektieren, wenn Klient/-innen sich nicht mit ihrer Vorsorge auseinandersetzen und beispielsweise keinen REA-Entscheid treffen möchten. - Sie informieren fachlich und geben keinen persönlichen Vorlieben oder einer eigener Haltung zu den medizinischen Massnahmen im Falle einer plötzlichen Nicht-Ansprechbarkeit Ausdruck. - Beim Auftreten von anderen akuten Zwischenfällen (beispielsweise Atemnot, Blutung, Fieber) und REA-Status Nein wird die Spitex unabhängig vom Entscheid zum Kreislaufstillstand fachgerecht aktiv, die aktuelle Behandlung und Betreuung des Patienten ausserhalb des Kreislaufstillstands ist nicht eingeschränkt. Dies gilt insbesondere auch für präventive Massnahmen, die einen Kreislaufstillstand verhindern sollen. In jedem Fall werden potenziell behandelbare, akute Zwischenfälle tatsächlich behandelt (vergl. SAMW, 2021, S.9).
Aufbewahrung	Standardisiert: <ul style="list-style-type: none"> - Aufbewahrung von Original zu Hause - eine Kopie auf Stützpunkt, eine Kopie bei Hausarzt/-in
Aktualisierung	Überprüfung der Inhalte im Rahmen jeder Bedarfsabklärung. <ul style="list-style-type: none"> - was weiss Klient/-in darüber, was schriftlich festgehalten ist? - Was sagt Klient/-in dazu? Neu-Ausstellen im Rhythmus von zwei Jahren, bei gravierenden Veränderungen der Ausgangssituation früher ansprechen. Entsprechende Absprache mit Hausarzt/-in treffen.

Bezugsquellen/Online-Zugang für Dokumente unter
<https://www.spitexsz.ch/Downloads/Fachinformationen/PnNsh//>

- **Kurz**konzept Reanimations-Status (ohne Handlungsanleitungen Anhang 6/7 und ohne Q & A)
- Anhang 1 Klienten-Information «Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind»
- Anhang 2 Klienten-Brief «Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind»
- Anhang 3 Vorlage ÄNO Ärztliche Notfallanordnung, ebenfalls erhältlich unter https://www.pallnetz.ch/cm_data/Aerztliche_Notfallanordnung_AeNO_Muster.pdf (Muster)
Ärzt/-innen beziehen die **Vorlage ohne «Muster»-Wasserzeichen** unter acp@usz.ch
- Anhang 4 Vorlage Palliativer Notfallplan Spitexorganisationen Kt SZ
- Anhang 5 Merkblatt für Hausärzte zum Reanimationsentscheid in der ambulanten Pflege

Zeitplan/Status der Umsetzung

Was	Vorgehen / Verantwortlichkeit	Status/Dat.
Einheitlicher Sprachgebrauch	Begriff «ÄNO» statt «REA-Entscheid» in Klientenvertrag, Informationsmaterial	Frühling 21 √
Einheitliche Vorlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Klienten-Information gemäss Anhang 1 und der Kurzversion (Klienten-Brief) Anhang 2 «Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind» • ÄNO Ärztliche Notfallanordnung (Vorlage Pallnetz / USZ) • Palliativer Notfallplan Spitexorganisationen SZ 	Herbst 21 √
Klärung rechtlicher Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Ist eine Patientenverfügung auch ohne ärztliche Unterschrift für Spitex zwingend zu beachten? Geklärt, «Ja», (vergleiche SAMW, 2021, S.8) • Wie ist rechtliche Lage bei einem nach pflegerischer Einschätzung leblos angetroffenen Körper mit REA-Status «Ja»? In Abklärung (AGS) 	Herbst 21
Beschluss zur Einführung	Empfehlung der Bereichsleiterkonferenz, Beschluss der Geschäftsleiterkonferenz, Abnahme	Herbst 21 √
Information an Dritte	Absprache mit Hausärzt/-innen, Information an Kantonsärztlichen Dienst, Rettungsdienste & Spitäler, Koordination mit SRK, Pro Senectute	Herbst 21 √
Umsetzung in Betrieben	Verantwortung liegt bei den Betrieben und ärztlichen Diensten Unterstützung durch SKSZ <ul style="list-style-type: none"> • Begriffsanpassung in Rahmenvertrag / AGB usw. • Fragen zur Einführung in Basisorganisationen Nach Bedarf 1-2x offene Online-Fragerunden • Bei Bedarf Aufgleisen von Instruktion/Fachaustausch der Pflege zu spez. Themen 	Ab Nov 21
Nachhaltigkeit / Evaluation Jährliches Traktandum an Frühlings-Bereichsleiterkonferenz Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Grad der Umsetzung, offene Fragen • Auswertung, ob ein Thema mit einem Input/Fachaustausch vertieft werden soll 	Ab März 22

Anhang 1:

Klienteninformation «Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind»

Wenn Sie nicht mehr selbst ansprechbar sind, möchten wir nach Ihren Wünschen handeln. Deshalb sollten Sie sich Gedanken machen, ob Sie im Ernstfall in ein Krankenhaus eingeliefert werden und bei Zustandsverschlechterung künstlich beatmet und intensivmedizinisch behandelt werden möchten, oder nicht.

Es ist wichtig, dass die Angehörigen über Ihre Wünsche Bescheid wissen. Am besten ist, wenn alle genügend Zeit haben, um Entschlüsse zu überdenken und miteinander zu besprechen. Ihre Spitex kann Sie unterstützen und beispielsweise geeignete Personen vermitteln, welche Gespräche mit Ihnen vorbereiten oder ein Gespräch moderieren.

Es sind drei Dokumente zur Vorausverfügung, mit denen wir bei der Spitex arbeiten:

- Patientenverfügung
- Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)
- Notfallplan für die Palliative Pflege zu Hause

Unsere Spitex-Pflegefachpersonen sind nicht für Fachberatungen zum Reanimationsentscheid ausgebildet, dies ist in erster Linie die Domäne Ihres Hausarztes. Sie dürfen sich jedoch jederzeit mit Fragen an Ihre Spitex wenden. Alle Pflegefachperson handeln objektiv, d.h. ohne sich von persönlichen Meinungen leiten zu lassen, im Mittelpunkt steht Ihr Wohl und Ihr Wille.

1.1 Patientenverfügung

Solange Sie ansprechbar sind und selbst entscheiden können, bleibt für Ihre behandelnden Ärzt/-innen Ihr mündlich geäussertes Wille, beispielsweise Ihre Zustimmung zu einer Behandlung, massgebend. In einer Patientenverfügung halten Sie folgendes fest:

- Wichtigste Bezugsperson(en)
- Erlaubnis an behandelnde Ärzt/-innen + Pflegepersonal, Ihren Bezugspersonen Auskunft zu geben
- Evtl. Ermächtigung Ihrer Bezugspersonen, über Ihre Behandlung zu entscheiden, wenn Sie es selbst nicht mehr können (z.B. bei Nicht – Ansprechbarkeit), d.h. Ernennung einer Vertretungsperson für den medizinischen Bereich
- Ihr Wunsch bezüglich Schmerzen, lebensverlängernden Massnahmen («Wiederbeleben»), Seelsorge, usw.

Das Dokument kann handschriftlich oder am PC verfasst sein, es muss mit Datum versehen und vom Verfügenden unterzeichnet sein. Auch müssen Urteilsfähigkeit (im Zweifelsfall Hausarzt/-in beiziehen) und Freiwilligkeit gegeben sein.

Für eine Patientenverfügung sind Sie selbst verantwortlich. Beim Eintrittsgespräch fragen wir, ob Sie eine Patientenverfügung erstellt haben. Für uns Pflegende ist es wichtig, etwas über Ihre Gedanken zu diesem Thema zu hören. Es gibt jedoch keinen Druck oder eine Verpflichtung, eine Patientenverfügung zu erstellen.

Ihre Patientenverfügung sollten Sie mit Ihren Angehörigen gemeinsam erstellen oder zumindest besprechen. Ihre Bezugspersonen werden vielleicht einmal an Ihrer Stelle gefragt und in Entscheide eingebunden, wenn Sie sich nicht selbst äussern können. Je besser die Personen in Ihrem Umfeld Ihre Haltung und Einstellung kennen, desto besser akzeptieren

sie diese. Falls nötig könnten Ihre Bezugspersonen behandelnde Ärzte dabei unterstützen, eine für Sie passende Behandlung festzulegen.

Verfassen Sie Ihre Patientenverfügung mit Hilfe einer Vorlage, beispielsweise unter

<https://www.pallnetz.ch/acp-nopa.htm> «Formular Patientenverfügung»
<https://www.fmh.ch/files/pdf25/fmh-patientenverfuegung-ausfuehrliche-version.pdf>

Pro Senectute verschickt einen DOCUPASS mit Anleitung und allen Vorlagen (CHF 19.-), dazu gehört eine kostenlose Beratung. Das SRK berät auch Menschen vor dem Pensionsalter kostenlos.

Bewahren Sie das datierte und von Ihnen unterzeichnete Original bei Ihren Medikamenten und Ihrer Krankenkassenkarte auf. Übergeben Sie je eine Kopie an Ihre Bezugspersonen, Ihre Spitex und Ihren Hausarzt/in. Ihre Patientenverfügung können Sie jederzeit mündlich widerrufen.

Wenn Verdacht auf eine dementielle Veränderung vorliegt, oder wenn Sie Angehörige/-r einer demenzerkrankten Person sind, wenden Sie sich an die Fallverantwortlichen Ihrer Spitex oder den/die Hausarzt/-in. Personen, die erst am Anfang einer Demenzerkrankung stehen - frühe Abklärung ist auch deshalb wichtig - können eine Patientenverfügung erstellen. Unter Punkt «Vorsorge für urteilsunfähige Personen» finden Sie weitere Informationen.

1.2 Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)

Die Ärztliche Notfallanordnung ist ein Dokument, welches auf einen Blick eine rasche Orientierung zu einem wichtigen Punkt Ihrer Vorsorgewünsche erlaubt: Wünschen Sie lebensrettende oder lebensverlängernde Massnahmen («Wiederbeleben»), wenn Sie plötzlich nicht ansprechbar sind? Weil die ÄNO einen Punkt Ihrer Patientenverfügung aufgreift, dürfen sich die beiden Dokumente nicht widersprechen. Allen Klient/-innen, mit oder ohne Patientenverfügung, erlaubt eine ÄNO ihren Willen zu dem wichtigen Punkt der Reanimation festzuhalten. Der Vorteil ist, auf einer ÄNO sind Ihre Wünsche in Bezug auf das Wiederbeleben auf einem optisch auffälligen Formular, das Helfer sofort erkennen.

Für eine ÄNO (Ärztliche Notfallanordnung) ist Ihr Behandlungsteam verantwortlich.

Beim Eintrittsgespräch klären wir mit Ihnen, ob eine ÄNO sinnvoll wäre – unabhängig davon, ob Sie eine Patientenverfügung erstellt haben. Die beiden Dokumente dürfen zueinander nicht im Widerspruch stehen. Die ÄNO muss zwingend mit Ihrem Hausarzt/in besprochen und von Ihnen beiden unterschrieben sein. Ihre Spitex Fallverantwortliche unterstützt Sie dabei, die ÄNO aktuell zu halten: Nach ungefähr zwei Jahren sollte jede ÄNO erneut besprochen und aktualisiert werden.

Bewahren Sie das Original zusammen mit Ihrer Patientenverfügung auf – sofern Sie eine verfasst haben. Passen Sie Ihre Patientenverfügung so an, dass diese im Einklang mit Ihrer Ärztlichen Notfallanordnung steht. Auch von der ÄNO sollten Ihre Angehörige Kenntnis haben. Das optisch auffällige Formular sollten Sie ebenfalls bei Ihren Medikamenten aufbewahren und im Idealfall eine Farbkopie in der Brieftasche auf sich führen.

Gesundheitsfachkräfte sind dazu verpflichtet, zu helfen, sobald sie zu einem Notfall gerufen werden. Wenn Sie Ihre Wünsche nicht schriftlich festlegen, werden - falls Sie bewusstlos und ohne Herzschlag angetroffen werden - sämtliche Massnahmen der Wiederbelebung eingeleitet. Eine Kette mit Plakette «REA – Nein» oder DNAR-Gravur (DNAR=Do Not Attemt

Konzept Reanimations-Status Spitex im Kanton Schwyz, Bereichsleiterkonferenz unter Moderation SKSZ, 20211025

Resuscitation»), oder eine Tätowierung werden als Hinweise verstanden, sind jedoch rechtlich nur ein «starkes Indiz» für Ihre Ablehnung einer Reanimation (SAMW, 2021, S. 8). Wichtig zu wissen: Sollten Sie mit Ihrem Spitalarzt ein «REA-Nein» für Ihren stationären Aufenthalt besprochen haben, gilt dies nicht automatisch für den ambulanten Pflegedienst. Mit Ihrem Hausarzt können Sie Ihre Wünsche, die Ausgangslage zu Hause, den aktuellen Gesundheitszustand usw. besprechen, der Entscheid wird in der ÄNO festgehalten und von der Spitex oder hinzugerufenem Rettungsdienst respektiert. Im Idealfall legen Sie die ÄNO als Ergänzung zu Ihrer Patientenverfügung an, d.h. mit Querverweis in der Patientenverfügung auf Ihre ÄNO.

Wenn Sie keine Wiederbelebung wünschen, bedeutet dies keine Qualitätseinbusse in der Pflege oder medizinischen Behandlung. Sie werden mit derselben Sorgfalt und vorausschauenden Umsicht behandelt und gepflegt. Wenn Sie ansprechbar sind, werden auf jeden Fall Ihre Wünsche berücksichtigt. Wenn Sie nicht ansprechbar sind, wird nach Ihrer Patientenverfügung gehandelt. Der grosse Unterschied: Wenn Sie ohne Herzschlag angetroffen werden, werden Sie nicht wiederbelebt, weil Sie dies so bestimmt haben.

1.3 Palliativer Notfallplan für die Pflege zu Hause: Einen Plan haben für den Moment, wenn sich der Zustand verschlechtert

Haben Sie in Ihrer Patientenverfügung und in Ihrem ärztlichen Notfallplan festgelegt, dass Sie ausschliesslich lindernde Massnahmen wünschen? Wollen Sie auch bei Zustandsverschlechterung zu Hause bleiben, unter Umständen zu Hause Sterben? Dann ist es für pflegende Angehörige und Ihre Spitex hilfreich, wenn vorsorglich ein Notfallplan für die palliative ambulante Versorgung erstellt wird.

Ihr Gesundheitszustand kann sich überraschend verschlechtern. Ihr Umfeld und Sie stehen plötzlich vor der Frage, wie gehen wir jetzt mit diesem Blutverlust, dieser Kreislaufschwäche, Fieber oder Schmerzen um? Was tun bei Atemnot, bei Angst oder Durchfall? Ein Notfallplan nimmt verschiedene mögliche Notfallsituationen vorweg. Er beschreibt konkrete Massnahmen und legt die Verantwortlichkeiten frühzeitig fest.

Ein Notfallplan zur palliativen Behandlung von Ihrem Grundleiden ist ein Verordnungsmuster, um die Zusammenarbeit zwischen Spitex und Ärzt/-in zu erleichtern. Der behandelnde Ärzt/-in stimmt die Medikamente und die Dosierungen für typische medizinische Szenarien auf Sie ab. Im Ernstfall werden die Verordnungen gültig, und sie können von Ihrer Spitex und Ihren Bezugspersonen umgesetzt werden. Muss trotzdem ein (Not-) Arzt zugezogen wird, ist dieser mit einem Blick informiert und kann nahtlos an die Verordnungen Ihres Hausarztes anknüpfen.

Ergänzend zum Palliativen Notfallplan empfehlen wir pflegenden und betreuenden Angehörigen wärmstens die Broschüre «Palliative Care – Umgang mit Symptomen» von der Palliative Care Station Spital Schwyz (Mazenauer, Sobanski, & Suter, 2021), erhältlich unter palliativecare@spital-schwyz.ch.

Für Ihren Notfallplan ist Ihr Behandlungsteam verantwortlich.

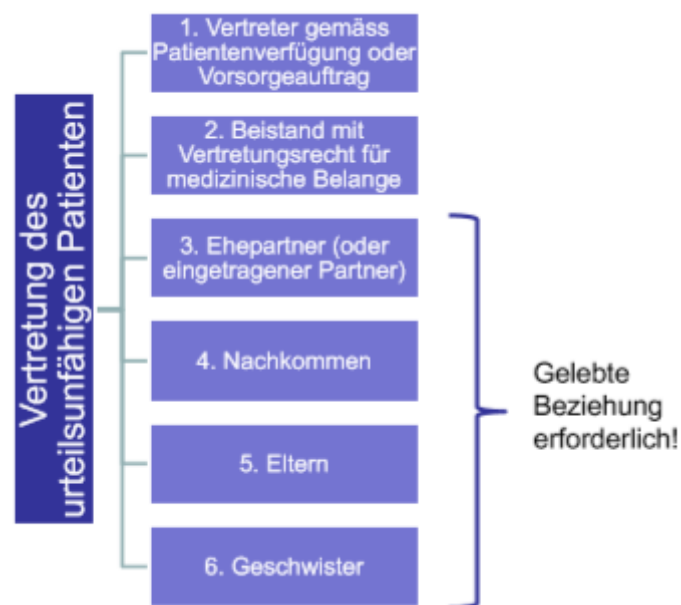
Besprechen Sie mit der verantwortlichen Pflegeperson Ihrer Spitex den Wunsch für einen Notfallplan. Wenn Sie vorbestehende Krankheiten haben, richtet sich Ihr Notfallplan individuell danach aus. Ihr Hausarzt/in legt fest, welche medikamentöse Unterstützung für Sie richtig ist. Ihre Bezugspersonen werden ganz konkret eingebunden. So wird klar, wer Sie zu Hause bei einer Zustandsverschlechterung betreuen würde, und wer damit seine Unterstützung zum Notfallplan gibt.

Ab dem Zeitpunkt, wo Sie sich gegen eine Reanimation und für das Therapieziel B3 oder C «Linderung (Palliation), nicht Lebenserhalt» mit ausschliesslich lindernden Massnahmen entschieden haben, sollten Sie mit Ihren Angehörigen darüber sprechen. Sie sollten für Ihren Wunsch, zu Hause zu sterben, Unterstützung suchen. Ihr Behandlungsteam bespricht mit Ihnen allen das Vorgehen zum Palliativen Notfallplan. Am einfachsten wenden Sie sich an uns von der Spitex. Um Ihre Behandlungswünsche umzusetzen, müssen unterstützende Personen einverstanden sein. Deshalb gibt in manchen Fällen eine weit vorausschauende Planung Sicherheit. Spätestens ab dann, wenn Sie das Haus nicht mehr verlassen, sollte ein Palliativer Notfallplan abgeklärt werden.

Ihren Notfallplan sollten Sie zusammen mit den Notfallmedikamenten in einer Box gut sichtbar in der Nähe Ihrer Medikamente aufbewahren.

1.4 Vorsorge für urteilsunfähige Personen

Müssen Entscheidungen für eine kranke, nicht urteilsfähige Person getroffen werden, so wird das familiäre Umfeld miteinbezogen. Angehörige und andere nahestehende Personen können in einer vom Gesetz vorgesehenen Reihenfolge für eine urteilsunfähige Person entscheiden:



„Kaskade: Vertretung des urteilsunfähigen Klienten gemäss (ZGB Art. 378)“²

Massgebend ist also nicht nur der Verwandtschaftsgrad, sondern auch die tatsächlich gelebte Beziehung. Wer Ihre Vertreter sind, sollten Sie rechtzeitig festlegen. In der Praxis

² Die Abbildung wurde entnommen: Aebi-Müller und Oberholzer (2019, S. 25)

werden Ärzt/-in und Pflorgeteam gemeinsam mit Ihren Angehörigen bzw. Nahestehenden Lösungen suchen, die Ihrem mutmasslichen Willen entsprechen.

Als Angehörige können Sie in die Lage kommen, z.B. für eine demenzerkrankte Person handeln zu müssen, wenn sie bezüglich bestimmter Handlungen nicht mehr urteilsfähig ist.

Die Urteilsfähigkeit von Demenzerkrankten einzuschätzen ist schwierig. Um die Urteilsfähigkeit zu beurteilen, prüft ein Arzt/in die Willensbildungsfähigkeit (eine bestimmte Situation verstehen, Nutzen und Wirkungen eines bestimmten Handelns abwägen, um sich dann für etwas zu entscheiden können) und die Willensumsetzungsfähigkeit (den so gebildeten Willen auch frei und unbeeinflusst umsetzen können). Es stehen sich immer Selbstbestimmungsrecht und Schutz der betroffenen Person gegenüber. Ob jemand für eine Entscheidung urteilsfähig ist hängt also auch von der Komplexität und Tragweite eines Entscheides ab.

Auch mit einer leichten Demenz können Sie und Ihre Angehörigen eine Patientenverfügung erstellen. Alzheimer Schweiz bietet dazu geeignete Unterlagen. Prüfen Sie unbedingt auch das Erstellen eines Vorsorgeauftrages. Darin bezeichnen Sie eine Person, welche für Gesundheitsfragen vertretungsberechtigt ist (und/oder Vermögensvorsorge/Rechtsverkehr).

Ab einem gewissen Zeitpunkt einer dementiellen Erkrankung sind Betroffene immer weniger der Lage, alleine angemessene Entscheidungen zu treffen. Dies betrifft auch Fragen rund um medizinische Massnahmen sowie Pflege und Betreuung.

Ist festgelegt, dass nahestehenden Personen entscheiden, so muss ein Entscheid ebenfalls schriftlich festgehalten werden, und vom behandelnden Ärzt/-in mitunterschieden werden. Das heisst: Eine schriftliche gesundheitliche Vorausplanung ist auch bei Menschen wünschenswert, die ihre Urteilsfähigkeit bereits verloren haben. Der vorausverfügte oder mutmassliche Wille wird durch eine vertretungsberechtigte Person in Zusammenarbeit mit Fachpersonen erarbeitet und konkretisiert. Im Idealfall kann auf eine bestehende Patientenverfügung abgestützt werden, diese ergänzt resp. durch eine Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) erweitert werden.

Bei Demenzerkrankung empfiehlt Alzheimer Schweiz anstelle einer Patientenverfügung den «Betreuungsplan Palliative Care für ambulante und stationäre Betreuung», siehe https://www.palliative-so.ch/files/29GPYME/betreuungsplan_version20190312_v2_copy.pdf. Dieses Dokument «überstimmt» explizit jede früher datierte Patientenverfügung.

Auch bei Dokumenten, welche für urteilsunfähige Personen angelegt wurden, empfiehlt sich eine regelmässige Überprüfung.

1.6 Ansprechpartner zur Unterstützung für Vorausverfügungen

Wie oben geschildert sind Hausärzt/-innen (in Zusammenarbeit mit ihrer Spitex) die ersten Ansprechpersonen für **krankheitsspezifische Vorausplanung** (Palliative Notfallplanung).

Zum Erarbeiten einer umfassenderen **gesundheitsspezifischen Vorausplanung** können Sie sich für Unterstützung an Pro Senectute und das Schweizerische Rote Kreuz Kanton Schwyz wenden:

- Erstellen einer Patientenverfügung (ergänzend zum Punkt Reanimation eine ÄNO mit Hausarzt/-in absprechen und festlegen)

- Erstellen einer **Patientenvollmacht** (eine Vertretungsperson für den medizinischen Bereich festlegen, welche im Falle einer Urteilsunfähigkeit der verfügenden Person über die Durchführung/Nichtdurchführung medizinischer Massnahmen entscheidet).
- Erstellen eines **Vorsorgeauftrages** (eine oder mehrere Personen für drei Vertretungsbereiche ernennen: Personensorge, Vermögenssorge und die Vertretung im Rechtsverkehr). Ein Vorsorgeauftrag muss anspruchsvolleren formalen Kriterien genügen, z.B. muss das Dokument handschriftlich verfasst oder notariell beglaubigt sein. Der Vorsorgeauftrag tritt auch erst in Kraft, wenn ihn die KESB für wirksam erklärt. Dazu müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, z.B. muss die verfügende Person tatsächlich urteilsunfähig sein und die vertretende Person wird auf ihre Eignung geprüft.

Patientenverfügungen im Internet:

<https://sz.prosenectute.ch/de/beratung/vorsorgedokumente-und-docupass.html>

<https://www.srk-schwyz.ch/>

<https://www.pallnetz.ch/acp-nopa.htm>

<https://www.fmh.ch/dienstleistungen/recht/patientenverfuegung.cfm#i112596>

Patientenverfügung in einfacher Sprache:

https://evkb.de/fileadmin/evkb-content/klinische-ethik/dokumente/evkb-klinische-ethik-patientenverfuegung_einfache_sprache_201811.pdf

Anhang 2

Klienten-Brief «Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind»

Sehr geehrte XY

Wir heissen Sie herzlich willkommen bei der Spitex ABCDE.

Während unserer ersten Besuche werden Sie auf ein Thema angesprochen, welche Sie vielleicht beschäftigt, vielleicht aber noch schlummert: Was ist Ihr Wille, wenn Sie nicht mehr ansprechbar sind?

Wenn wir Sie bewusstlos antreffen sollten, möchten wir nach Ihren Wünschen handeln. Deshalb sollten Sie sich Gedanken machen, ob Sie im Ernstfall in ein Krankenhaus eingeliefert, und bei Zustandsverschlechterung wiederbelebt und intensivmedizinisch behandelt werden möchten, oder nicht.

Haben Sie vielleicht mit Ihren Angehörigen über diese Themen gesprochen? Weiss Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Bescheid?

Es sind drei Dokumente, mit denen wir bei der Spitex arbeiten:

- **Patientenverfügung**
enthält Bezugsperson(en), evtl. Ernennung einer Vertretungsperson für den medizinischen Bereich und beschreibt Ihre Wünsche bezüglich Schmerzen, lebensverlängernden Massnahmen («Wiederbeleben»), Seelsorge, usw.
- **Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)**
von Ärzt/-in und Ihnen unterzeichnete Weisung an Spitex: Reanimation ja oder nein?
- **Notfallplan für die Palliative Pflege zu Hause**
macht erst Sinn ab dem Zeitpunkt, wo Sie sich gegen eine Reanimation und für das Therapieziel C «Linderung (Palliation), nicht Lebenserhalt» mit ausschliesslich lindernden Massnahmen in Notfallsituationen entscheiden. Der Plan enthält ärztliche Verordnungen, welche Angehörigen/Pflegenden bei einer Zustandsverschlechterung lindernde Massnahmen und Medikamente anwenden lassen.

Unsere Spitex-Pflegefachpersonen zeigen Ihnen gerne diese Vorlagen. Die Pflege ist nicht für Fachberatungen zum Reanimationsentscheid ausgebildet, dies ist in erster Linie die Domäne Ihres Hausarztes. Sie dürfen sich jedoch jederzeit mit Fragen an Ihre Spitex wenden. Alle Pflegefachperson handeln objektiv, d.h. ohne sich von persönlichen Meinungen leiten zu lassen, im Mittelpunkt stehen Ihr Wohl und Ihr Wille.

Sollten Sie sich gegen eine Wiederbelebung entscheiden, bedeutet dies, dass wir Ihre Pflege genauso engagiert wie vorher ausführen. Und solange Ihr Bewusstsein nicht eingetrübt ist, wird so oder so immer Ihrem mündlich geäusserten Wunsch entsprochen.

Wir hoffen, Sie in diesen Fragen entlasten zu können und Ihnen eine gute Wegbegleitung zu bieten. Sie dürfen Ihre Meinung jederzeit ändern und sich stets mit Fragen an uns wenden. Wir sind in Kontakt mit Ihrer Hausärzt/-in und werden uns ganz auf Ihre Wünsche einstellen.

Für die Spitex ABCDE

XY

Anhang 3

Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO), Ansicht erste Seite

Vorlage ÄNO, zu bestellen ohne «Muster»-Wasserzeichen unter acp@usz.ch



advance
care planning
medizinisch begleitet. ®

Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)

Aktueller Reanimations- und Notfallstatus

Vor-/Nachname _____ Strasse _____

Geburtsdatum _____ PLZ Ort _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei oben genannter Person, sofern sie nicht selbst urteilsfähig ist:
Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3, C) – sonst ungültig!

Therapieziel: Lebensverlängerung - soweit medizinisch möglich und vertretbar

A ●●●●●● **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●●● **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie**

B1 ●●●●●● **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung keine invasive (Tubus) Beatmung ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie**

B2 ●●●●●● **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung keine invasive (Tubus) Beatmung keine Behandlung auf einer Intensivstation ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie**

B3 ●●●●●● **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung keine invasive (Tubus) Beatmung**

Früher in Umlauf gebrachte Dokumente «Reanimations-Entscheid» werden **schrittweise** ersetzt:

REANIMATION (Wiederbelebende Sofortmassnahmen)

Name, Vorname und Wohnort des Kunden (Blockschrift) _____ Geburtsdatum _____

Reanimation heisst **notfallmässige** Sofortmassnahmen nach Eintritt eines plötzlichen Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes mit Bewusstlosigkeit. Ziel der Reanimation ist die möglichst rasche Wiederherstellung lebenswichtiger Kreislauf- und Atemfunktionen, um wichtige Organe (insbesondere Gehirn, Herz, Niere) wieder ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen.

Die (kardiopulmonale) Reanimation umfasst Massnahmen wie Herzmassage, Defibrillation, Intubation, Beatmung sowie Verabreichung von kreislaufstützenden Medikamenten. Ist die Reanimation erfolglos oder wird sie nicht ausgeführt, hat sie unausweichlich den Tod des Patienten zur Folge.

Im Fall eines Herz-Kreislauf- und/oder Atem-Stillstandes will ich:

NICHT REANIMIERT werden / dies wurde mit dem Hausarzt besprochen am: _____


Bestätigung Hausarzt / Facharzt

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift _____

Anhang 4

Palliativer Notfallplan Spitexorganisationen Kt SZ, Ansicht erste Seite

Palliativer Notfallplan Spitexorganisationen Kt SZ



Überall für alle
SPITEX
Kantonalverband
Schwyz SKSZ

Personalien Klient/-in	
Name	Geb.Datum
Vorname	AHV-NR
Adresse	Telefon
Krankenkasse	E-Mail

Wichtigste Kontakte	
Bezugsperson	Telefon
Vertretungsberechtigte/r	Telefon
Hausarzt/-in	Telefon
Weitere:	Telefon

Wesentliche Diagnosen / Angaben	
Hauptdiagnosen	Allergien

das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäusserten Willen des Klient/-en ja | nein
 das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur ÄNO ja | nein
 das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung ja | nein
 das vorliegende Dokument entspricht dem mutmasslichen Willen des Klient/-en aufgrund von

Vereinbarungen	
<input type="checkbox"/> Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie inkl. Herz-Lungen-Wiederbelebung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Therapieziel Lebensverlängerung, aber eingeschränkte Mittel: Herz-Lungen-Wiederbelebung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Invasive (Tubus) Beatmung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Intensivstation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Spital/Notfallaufnahme	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (zu Hause)	
<input type="checkbox"/> Therapieziel Linderung (Palliation), Symptomkontrolle wenn möglich zu Hause, nur bei anhaltendem Leiden Spitaleintritt zur Palliativbehandlung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> bei Bedarf kann der ärztliche Notfalldienst zugezogen werden, dieser behandelt palliativ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Blutentnahme <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ernährung enteral <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Antibiotikagabe <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ernährung parenteral <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Weitere Abklärungsuntersuche <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Transfusionsbehandlung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Ausnahme:	
<input type="checkbox"/> der Klient/die Klientin darf bei der nächsten lebensbedrohlichen Verschlechterung versterben	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> die aktuelle Medikation ist überprüft, nicht notwendige Medikamente wurden abgesetzt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Palliative Notfall-Medikamente sind zu Hause vorhanden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Bemerkungen	

Ziele/Wünsche/Hoffnungen

Anhang 5

Merkblatt für Hausärzte im Kanton Schwyz zum Reanimationsentscheid in der ambulanten Pflege

Merkblatt für Hausärzte im Kanton Schwyz

Reanimationsentscheid in der ambulanten Pflege

Um Klienten, ihren Angehörigen und den Vertretern der Gesundheitsberufe grösstmögliche Sicherheit betreffs Notfallbehandlung bei Bewusstseinsverlust zu gewähren, schlägt die Bereichsleiterkonferenz der zehn Nonprofit-Spitexorganisationen ein einheitliches Vorgehen vor.

Ziel

Spitex- und Rettungsdienste orientieren sich an einem einheitlichen Formular (ÄNO) mit dem regelmässig aktualisierten, schriftlich hinterlegten Entscheid der Klienten zum Wunsch betreffs Reanimation.

Vorgehen

- Ergänzend oder als Ersatz zu einer Patientenverfügung¹ wird zum Reanimationsentscheid eine **ÄNO (Ärztliche Notfallanordnung)** von Hausarzt/-innen mit dem/der Patient/-in ausgefüllt und unterzeichnet.
 - o Die ÄNO differenziert verschiedene Stufen von Therapiezielen, A, B0, B1, B2, B3 + C: https://www.pallnetz.ch/cm_document/Aerztliche_Notfallanordnung_AeNO_Muster.pdf
 - o Den Wunsch betreffs Reanimation besprechen Hausarzt/-innen mit Patient/-innen.
 - o Schritte unter https://www.pallnetz.ch/cm_document/Checkliste_ANO_2020.03.27.pdf
 - o Im Rahmen der Bedarfsabklärung der ambulanten Pflege wird, in Ergänzung zum Arztbesuch, die Aktualität der ÄNO periodisch überprüft. Falls Gesprächsbedarf besteht wird eine Aktualisierung angestossen, d.h. der/die behandelnde Ärzt/-in informiert.
 - o Klienten bewahren das Original zu Hause auf, die Spitex dokumentiert eine Kopie
 - o Eine ÄNO ist eine freiwillige Vorsorge, ihr Inhalt kann jederzeit mündlich widerrufen werden. Klienten wird empfohlen, ihre aktuelle ÄNO mit Angehörigen zu besprechen.
 - o SRK und Pro Senectute (Docupass) sind orientiert, sie informieren in ihren Beratungen zur Vorsorgeplanung entsprechend. Auch Privaten Spitexbetrieben und selbstständigen Pflegefachfrauen werden die Unterlagen der Nonprofit-Spitex zur Verfügung gestellt.
 - o Ambulante Pflegedienste zeigen Klienten eine Muster-ÄNO, ohne diese den Klienten abzugeben. So kommen keine unvollständig ausgefüllten Kopien in den Umlauf. Das Original kann von ärztlichen Praxen unter acp@usz.ch bezogen werden.
- Bei palliativem Therapieziel (B3 und C) kann ein **Palliativer Notfallplan** zum Einsatz kommen, zur Entlastung pflegender Angehöriger, Notfallteams und der Spitex. Der Reanimationsentscheid wird darauf analog der ÄNO in Stufen dokumentiert und kann eine ÄNO ersetzen. Bezug der Vorlage unter <https://www.spitexsz.ch/Downloads/Fachinformationen/PnNsh/>

Für **Koordinationsfragen** vertritt der SKSZ die Bereichsleiterkonferenz der zehn Schwyzer Nonprofit-Spitexorganisationen. Kontakt sowie alle Dokumente unter <https://www.spitexsz.ch/>

Die **Palliative Care Station Schwyz** unter ärztlicher Leitung von Dr. med. Piotr Sobanski, MSc und CO-Stationsleitung Leandra Suter und Albi Mazenauer empfiehlt das einheitliche Vorgehen im Sinne eines Bausteines zu einem professionellen Advanced Care Planning.
[Telefonischer Support - 24h - rund um die Uhr unter 041/ 818 43 36.](tel:0418184336)

¹ Patientenverfügungen können unübersichtlich, widersprüchlich, unrealistisch (nicht mit Ärzt/-in besprochen), oder veraltet sein. Die ÄNO dagegen ist ein optisch auffälliges Formular, das ergänzend den Rea-Entscheid differenziert.

Anhang 6

Ablauf Vorgehen bei REA-Nein – Klient/-in ist in kritischem Zustand

Handlungsanweisung «Vorgehen bei Reanimationsstatus «Nein», Spitexmitarbeitende treffen Klient/-in in kritischem Zustand an	
<p>Atemnot, Angst, Blutverlust, Schmerzen, Fieber usw., Klient/-in ist ansprechbar</p> <p>Klient/-in verliert Bewusstsein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenverfügung & ÄNO, sich der Aktualität vergewissern • Stützpunkt informieren • Symptomlinderung: Med. Massnahmen in Absprache mit Arzt/in oder Palliativem Notfallplan • Bei Klient/-in bleiben • Auf Wünsche der/des Klienten eingehen <ul style="list-style-type: none"> • Auch bei Bewusstseinsverlust mit ruhiger Stimme informieren <p>Falls Angehörige anwesend, je nach deren Bedürfnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - erklären was vor sich geht, - Getränk, evtl. zu einer Pause ermutigen - fragen ob Anwesende jemanden dazu rufen möchten <p>Für den weiteren Verlauf sorgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ den Bedarf für Betreuung/Unterstützung einschätzen, ○ Lösung zur Unterstützung der Anwesenden suchen, ○ fixen Zeitpunkt ankünden wann nochmals jemand von Spitex kommt, (oder sich telefonisch meldet). <p>Nachbearbeitung falls Krise überstanden wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Klient und Angehörige einzeln und gemeinsam darauf ansprechen, ihr Erlebnis schildern lassen ○ Ablauf auswerten ○ Vorschlag von Notfallplan für die Palliative Pflege zu Hause machen ○ Notfallplan für die Palliative Pflege zu Hause in Absprache mit dem behandelnden Arzt umsetzen, um für eine weitere Episode das Wissen geordnet bereit zu halten.
<p>Starke Bewusstseinsverlust, nicht ansprechbar, Schnappatmung</p>	<p>Klient/-in versuchen anzusprechen, wenn keine Antwort mit ruhiger Stimme informieren,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dass man sich für weitere Schritte nach dem Willen der/des Klient/-en richtet, ○ dass jemand da bleibt bis es besser geht, oder Klient/-in in eine andere Welt übertritt. <p>Sich selbst und andere im Behandlungsteam informieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patientenverfügung & ÄNO prüfen, sich der Aktualität vergewissern, ○ Arzt/-in avisieren, Stützpunkt informieren über den Zustand, Zeitrahmen regeln <p>Klient/in nicht alleine lassen Abklären, ob jemand aus dem Umfeld kommen kann/kommen möchte</p>

	<p>Bereits anwesende Angehörige unterstützen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da sein, Fragen beantworten - Getränk, evtl. zu einer Pause ermutigen - Fragen, ob sie jemanden dazu rufen möchten, z.B. ob man spirituelle Begleitung informieren sollte - fragen, ob jemand von Spitem dableiben sollte - eine ruhige Atmosphäre fördern, «Klient/in darf gehen» <p>Nach letztem Atemzug:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt notieren, - sich um allenfalls anwesende Angehörige kümmern - Ärzt/-in und Stützpunkt informieren - Dokumentieren wie man Klient/in angetroffen hatte: Atmung, Puls, Bewusstsein. Protokollieren, was man getan hat. (Es kann z.B. für Angehörige im Nachhinein wichtig sein zu erfahren, dass das Familienmitglied nicht alleine gelassen wurde, dass man in seinem Sinne beispielsweise eine spirituelle Handlung vorgenommen hat, wen man telefonisch zu erreichen versuchte, usw. Die Erinnerung kann auch bei Angehörigen, welche selbst anwesend waren, verschwommen sein, evtl. haben sie im Nachhinein Fragen.) <p>Abklären ob für den Rest des Tages / Abends von Angehörigen Betreuung/Unterstützung gewünscht wird. Ankünden ob/wann nochmals jemand von Spitem kommt, oder 1x anrufen.</p> <p>Sterbesituationen sind fordernd, mit starken Emotionen verbunden. Zu sich selbst Sorge tragen, bei Bedarf Hilfe anfordern, nach dem Einsatz die Einsatzleitung/Vorgesetzte kontaktieren.</p> <p>Nachbearbeitung: Wenn Klient/-in verstorben ist, bewusster Akt zum Abschluss der Klientenbeziehung, so dass es für Team stimmt und für Familienmitglieder ein Zeichen setzt.</p>
Abschluss	Auf Leitungsebene: Debriefing mit betroffenen Mitarbeitenden, siehe Q & A

Anhang 7

Ablauf Vorgehen bei REA-Status ja, treffen die Klient/-in «lemblos» an

Muss juristisch geklärt werden, wurde vom SKSZ beim AGS eingereicht

Handlungsanweisung «Vorgehen bei Reanimationsstatus «Ja», Spitexmitarbeitende treffen die Klient/in «lemblos» an»	
<p>Akutes Ereignis: Fehlendes Bewusstsein, kein Herzschlag, keine Atmung</p> <p>und</p> <p>gemäss ÄNO wünscht Klient/-in eine Reanimation oder der Status ist unklar</p>	<p>Reanimation einleiten</p>
<p>Unklar wie lange Ereignis zurückliegt: Körper ist nach erster Einschätzung der Pflege «lemblos», mit grösserer Sicherheit seit länger als 1 Stunde «lemblos»,</p> <p>und</p> <p>gemäss ÄNO wünscht Klient/-in eine Reanimation oder der Status ist unklar</p>	<p>Alle unsicheren Todeszeichen prüfen:³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atemstillstand • Keine Reaktion auf Ansprechen und Areflexie beidseits • Pulslosigkeit • Herztöne nicht wahrnehmbar • weite und lichtstarre Pupillen • schlaffer Muskeltonus • Blässe der Haut • Abkühlung des Körpers <p>Reanimation einleiten, wenn ein einziges der unsicheren Todeszeichen fehlt, d.h. wenn Körper warm ist, oder Muskeltonus vorhanden, Reflexe beobachtbar werden, Haut rosig, usw.</p> <p>Sind alle unsicheren Todeszeichen vollständig vorhanden, keine REA einleiten⁴.</p> <p>Zeitpunkt des Eintreffens im Haushalt und Ergebnisse der Kontrollen (Vitalzeichen, Bewusstsein und Schmerzreaktion (am Innenarm), Hautfarbe, Muskeltonus und Körpertemperatur) dokumentieren.</p> <p>Körper nicht mehr bewegen, möglichst wenig berühren im Haushalt (Arzt muss einschätzen, ob natürliche Todesursache vorliegt)</p>

IN ABKLAERUNG

³ https://www.ambulance.qld.gov.au/docs/clinical/cpg/CPG_Resuscitation_General%20guidelines.pdf
(als Alternative)

⁴ Der Entscheid der Fachperson stellt ein gewisses Risiko dar: Je näher der vom Arzt später festgelegte Todeszeitpunkt bei der dokumentierten Zeit des Eintreffens der Spitexmitarbeiterin liegt, desto anspruchsvoller ist es, den Entscheid sich selbst und den Angehörigen gegenüber zu vertreten – selbst wenn das Handeln im Sinne des Klienten gewesen wäre. Deshalb wird als Richtlinie «1 Stunde lemblos» und nicht nur 20 Minuten oder gar 5 Minuten Zeitspanne festgelegt.

Konzept Reanimations-Status Spitex im Kanton Schwyz, Bereichsleiterkonferenz unter Moderation SKSZ, 20211025

<p>Wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - es eine offensichtliche tödliche Verletzung oder einen irreversiblen Tod gibt (ROLE=recognition of life extinct)⁵ <p style="text-align: center;">oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Sicherheit des Versorgers nicht mehr ausreichend gewährleistet werden kann 	<p>Keine REA einleiten, wenn eine mit dem Leben nicht vereinbare Verletzung vorliegt Beobachtungen dokumentieren, den Zeitpunkt notieren, Körper nicht bewegen, möglichst wenig berühren im Haushalt (Arzt muss einschätzen, ob natürliche Todesursache vorliegt)</p> <p>Arzt/in informieren, Stützpunkt informieren Evtl. vor Ort bleiben bis Arzt/in eintrifft</p> <p>Arzt/in wird Angehörige informieren</p> <p>Als Mitarbeitende vor Ort dem/der Ärzt/in Angaben überlassen, wie man die nächsten Arbeitsstunden für die Familienangehörigen erreichbar wäre (oder dies jemandem im Stützpunkt delegieren)</p> <p>Fachliche Aufarbeitung mit Hilfe vom ärztlichen Dienst</p> <p>Mitarbeitende melden sich für Debriefing bei Vorgesetzten</p> <p>Nachbearbeitung: Wenn Tod offiziell bescheinigt ist, bewusster Akt zum Abschluss der Klientenbeziehung, so dass es für Team stimmt und für Familienmitglieder ein Zeichen setzt.</p>
---	--

IN ABKLAERUNG

⁵ ROLE= fehlendes Leben erkennen, nämlich massive kraniale und zerebrale Zerstörung, Enthauptung, Zersetzung oder Verwesung, Verbrennung, abhängige Leichenfleckenbildung (Hypostase) mit Totenstarre und Fötus Mazeration. In solchen Fällen kann der Nicht-Arzt den Tod feststellen, nicht aber den Tod bescheinigen, letzteres kann nur vom Arzt durchgeführt werden.» (cprguidelines.eu)

Anhang 8

«Q & A»

<p>Warum braucht es zwei Dokumente, warum auch noch eine ÄNO? Genügt es nicht, eine Patientenverfügung zu haben?</p>	<p>Eine ÄNO ersetzt die Patientenverfügung nicht. Die Patientenverfügung erfasst Einstellung, Haltung, Werte, Vorstellungen in Bezug auf das fragiler werden, in Bezug auf End-of-Life-Szenarien.</p> <p>Eine ÄNO gibt allen Helfern (Rettungspersonal, Notarzt usw.) Sicherheit, wenn sich Klient/-innen in einem akuten Notfall nicht selbst äussern können.</p> <p>Hintergrund: Liegt eine Patientenverfügung vor stellen sich Retter folgende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie alt ist die Verfügung? - Hatte der Verfasser die Tragweite eines solchen Wunsches tatsächlich verstanden? - Billigen Angehörige, dass keine Spitaleinweisung erfolgt, oder käme dieser Wunsch überraschend? <p>Manche Patientenverfügungen sind, obwohl formal rechtlich gültig,</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht mehr aktuell, - nicht mit den Angehörigen besprochen, - offensichtlich nicht mit dem Hausarzt besprochen (z.B. in ihren Aussagen widersprüchlich, oder nicht basierend auf besten Informationen, z.B. bezüglich der Prognose bei Reanimation); - nicht brauchbar in Notfallsituationen (ein umfassendes Dokument, die Information zur Reanimation in den Text verwoben), - nur handschriftlich, - nicht zugänglich, usw. <p>Aus all diesen Gründen erleichtert eine klare ÄNO jede Erstversorgung im Notfall.</p> <p>Auch das Nationale Rahmenkonzept Advance Care Planning (BAG und palliative.ch, 2018) empfiehlt die ÄNO und ergänzt:</p> <p><i>«6. Für die Umsetzung ist eine jederzeit zugängliche und möglichst einheitliche Form der Dokumentation unerlässlich, die zumindest in der jeweiligen Region/im regionalen Netzwerk standardisiert werden sollte. Für die Dokumentation der Planung für Notfallsituationen erscheint eine national einheitliche Form des Dokuments als ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) sinnvoll. Die gesetzlich verankerten Schritte zu einer elektronischen Patientendokumentation in der Schweiz sind hier frühzeitig synergistisch zu nutzen.» S.21</i></p>
<p>Wann unterlässt Spitexpersonal eine Rea?</p>	<p>Spitexpersonal leitet Reanimationsmassnahmen ein und führt diese durch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klient/-innen mit REA-Status ja • Klient/-innen mit REA-Status unbekannt (noch nicht aufgenommen oder in Abklärung) • Klient/-innen, die keine Festlegung zu Reanimationsmassnahmen treffen <p>Um eine Reanimation zu unterlassen, muss eine rechtsgültige Form von Vorausverfügung vorliegen (z.B. Patientenverfügung, ÄNO) mit einem dokumentierten Rea-Entscheid. Die Verfügung wird wirksam, wenn die Person, die sie erstellt hat, urteilsunfähig (nicht mehr ansprechbar) geworden ist:</p> <p><i>«Patientenverfügungen und ärztliche Notfallanordnungen, die Reanimationen verbieten, sind verbindlich. Glaubhafte Informationen von Drittpersonen gelten als valide Auskunft über den (mutmasslichen)</i></p>

Patientenwillen. Umstrittener ist hingegen die rechtliche Gewichtung von DNAR-Emblemen

*irgendwelcher Art, zum Beispiel «No CPR»-Stempel oder Halsketten-Anhänger. Diese haben nicht dieselbe Rechtskraft wie eine Patientenverfügung (fehlendes Datum, keine Unterschrift), sind aber ein **starkes Indiz** für den mutmasslichen Willen. Das Rettungsteam darf sich in einer solchen Situation auf den mutmasslichen Willen der Patientin abstützen und den Reanimationsversuch unterlassen. Gibt es jedoch Hinweise, dass ein DNAR-Stempel missbräuchlich durch einen Dritten aufgedrückt wurde oder dass ein DNAR-Tattoo nicht mehr aktuell ist (z. B. durchgestrichen), soll das DNAR-Emblem nicht beachtet werden» (SAMW 2021, S.8).*

Weiter gilt:

*«Im Falle einer Urteilsunfähigkeit **muss** dem vorausverfügten Willen der Person bzw. seines Vertreters entsprochen werden, wenn dieser rechtskonform ist und wenn eine Behandlung medizinisch indiziert ist» (BAG, 2020).*

Dies bedeutet: Das **Spitexpersonal benötigt keinen schriftlichen Nachweis, dass ein Reanimations-Nein von Klient/-innen mit dem Hausarzt besprochen ist** (beide Unterschriften). Für Spitexpersonal, Angehörige und Rettungsdienste ist es jedoch entlastend zu wissen, dass informierte Klient/-innen nach einem ärztlichen Beratungsgespräch für sich entschieden haben und dies entsprechend in einer ÄNO mit ärztlicher Unterschrift dokumentiert ist.

Die Respektierung der Klientenwünsche ist eingebettet in ein sorgfältiges, ganzheitliches Vorgehen:

Um Sicherzustellen, dass Klient/-innen in Notfallsituationen wunschgemäss behandelt werden

- erhebt die Spitex für die Pflegedokumentation ob Klient/-innen für den Fall, dass sie nicht mehr ansprechbar sind, ihre Wünsche schriftlich verfügt haben
- empfiehlt die Pflege den Klient/-innen Vorausverfügungen (Patientenverfügung, ÄNO, evtl. Vollmacht, Vorsorgeauftrag) zu erstellen bzw. Bestehendes zu ergänzen/zu aktualisieren
- empfiehlt die Pflege den Klient/-innen zur Entscheidungsfindung betreffs Wiederbelebungsmaßnahmen ein Beratungsgespräch mit behandelnden Ärzt/-innen und die Dokumentation des Entscheides in einer ÄNO (evtl. in palliativen Situationen in einem Palliativen Notfallplan).
- informiert die Pflege bei Bedarf über die Unterstützungsmöglichkeiten beim Erstellen von Vorausverfügungen durch professionelle Dienste (z.B. Informations- /Beratungsgespräch oder Unterlagen von Pro Senectute, SRK und weiteren Anbietern.)
- informiert die Pflege die Klient/-innen dass - wenn keine Festlegung zur Herz-Lungen-Wiederbelebung (REA) getroffen wird – die Spitexmitarbeitenden dazu verpflichtet sind REA-Massnahmen einzuleiten.
- kontaktiert die Spitex bei Bedarf den behandelnden Arzt für Abklärungen zum Reanimations-Entscheid der Klient/-innen.

	<ul style="list-style-type: none"> • respektiert die Pflege die Äusserungen von Klient/-innen, welche sich nicht mit dem Thema der Vorsorge auseinandersetzen möchten, beziehungsweise keine Vorausverfügungen erstellen möchten. • erhebt die Pflege in definierten Abständen (oder bei Veränderungen der Ausgangssituation) die Aktualität der schriftlichen festgehaltenen Entscheide und überträgt diese in die Pflegedokumentation. • Pflegepersonen der Spitex führen selbst keine Vorsorgeberatungen durch und sie geben keinen persönlichen Vorlieben/Haltungen zu den medizinischen Massnahmen im Falle einer Zustandsverschlechterung Ausdruck. <p>Obige neun Punkte stützen fachlich ab, dass die Spitex (bei entsprechendem Klientenwunsch) eine REA unterlassen kann.</p> <p>Beim Auftreten von anderen akuten Zwischenfällen (beispielsweise Atemnot, starken Blutungen) und REA-Status Nein wird die Spitex, unabhängig vom Entscheid zum Kreislaufstillstand, fachgerecht aktiv, gemäss medizinisch-ethischen Richtlinien beispielsweise in «Reanimationsentscheide» (SAMW, 2021):</p> <p><i>«Der Entscheid, einen zukünftigen Reanimationsversuch zu unterlassen, darf auf keinen Fall die aktuelle Behandlung und Betreuung des Patienten ausserhalb des Kreislaufstillstands beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere auch für präventive Massnahmen, die einen Kreislaufstillstand verhindern sollen. In jedem Fall muss sichergestellt sein, dass potenziell behandelbare, akute Zwischenfälle tatsächlich behandelt werden» (S.9)</i></p>
<p>Vorgehen, wenn der/die Klientin beteuert, dass sie/er keine Reanimationen wolle, oder dass sie/er eine Patientenverfügung mit dem Arzt zu besprechen wünsche, aber dieses Gespräch samt Dokumentation findet unerklärlicherweise nie statt?</p>	<p>Die Pflege kommt in ein Dilemma: Einerseits die wiederholte Aussage des Klient/en, es werde keine Wiederbelebung gewünscht – und trotzdem keine ÄNO, welche besprochen und unterzeichnet vorliegt. Im Notfall wird erwartet, dass die Fachperson reanimiert. Dieses Dilemma darf den Beteiligten aufgezeigt werden. Die isolierte dokumentierte Aussage «Ich will keine Reanimation» würde, z.B. bei einem notfallmässigen Spitaleintritt, nicht hoch gewertet. Deshalb ist bei Äusserungen stets nachzufragen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warum möchten Sie keine Reanimation? - Was möchten Sie für sich, was wegen Anderen? - Was ist für Sie schlimm beim «Abhängig sein»? Wie können wir Ihnen dies erleichtern? - Wie ist es für Sie jetzt gerade? Was beschäftigt Sie? Wie glauben Sie geht es weiter? Wie geht es Ihren Angehörigen mit Ihrer Situation? Reden Sie miteinander darüber? - Was ist Ihnen wichtig, wenn Sie an Ihre Gesundheit denken, oder daran wie Sie betreut werden möchten? - Glauben Sie es ist etwas für Sie vorgesehen, wie möchten Sie am liebsten sterben, was wäre eine zweitliebste, was eine tolerierbare Variante, usw. <p>Aussagen der Klient/in sind möglichst im Wortlaut in der Dokumentation festzuhalten, evtl. unter stets demselben Stichwort, z.B. «ACP». Es kann wichtig sein, dass Zitate vorliegen.</p> <p>Im Prinzip könnten Klientinnen auf ihre Rechte aufmerksam gemacht werden: «Ihr Arzt, ihre Ärztin ist dazu verpflichtet, Ihnen die Zusammenhänge zu Ihren vorbestehenden Krankheiten und die verschiedenen Abstufungen der lebensverlängernden Massnahmen zu erklären. Die ärztliche Unterschrift garantiert,</p>

<p>z.B. Klient/in beteuert, sich ihrer Entscheidung sicher zu sein (keine REA), aber der Arzt/-in unterschreibe nicht?</p>	<p>dass Sie die Reichweite Ihres Entscheides verstanden haben. Sie bedeutet nicht, dass Ihr Hausarzt, Ihre Hausärztin Ihren Entscheid als den idealen Entscheid bewertet.»</p> <p>Ein sorgfältiges Vorgehen schliesst jedoch die Perspektive des Hausarztes mit ein. Es gilt Klient/-innen darin zu unterstützen, die Gründe für eine Verzögerung herauszufinden: Hausarzt/-innen kennen manchmal das gesamte Familiensystem, und oft kennen sie ihre Klienten sehr gut. Vielleicht sagt eine Klient/in manchmal das, wovon sie/er denkt, dass jemand es so hören will? Vielleicht äussert sich die Klient/-in in der ärztlichen Sprechstunde doch noch ambivalent? Hausarzt/-innen können Auswirkungen eines Entscheides abschätzen. Vielleicht sollte eine wichtige Person aus der Familie stärker einbezogen werden? Vielleicht liegen zuwenig beachtete medizinische Gründe vor, welche zur Sprache gebracht werden müssen? Die Spitex soll ihre Sichtweise einbringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es erhöht die Versorgungssicherheit, wenn offene Fragen geklärt sind und keine Widersprüche vorliegen (was nicht heisst, dass Klient/in seine Meinung nicht mehr ändern kann.) - Es stärkt das Vertrauensverhältnis, wenn heikle Punkte angesprochen und Lösungen gesucht werden. - Die Entscheidungsprozesse benötigen Zeit, eine sorgfältige, offene Kommunikation wird unterstützt
<p>Instrumente für Gesprächsverlauf, Fragestellungen</p>	<p>https://www.pallnetz.ch/cm_document/Checkliste ANO 2020.03.27.pdf (Checkliste für Ärzte, ein Leitfaden zur Gesprächsführung über die ÄNO)</p> <p>https://www.fmh.ch/files/pdf16/richtlinien_patientenverfuegung.pdf (Beispielfragen zur Werthaltung im ärztlichen Gespräch S.22 / 23)</p> <p>PZZ Symposium 20150219 AdvanceCarePlanning.pdf (Zum Ablauf der Gespräche über Advanced Care Planning, Werte, Haltung usw.)</p> <p>https://www.pallnetz.ch/arbeitsinstrumente.htm?cmsaction=get_document&page_id=129000290 (Formular Aufnahmeassessment im Betreuungsplan von «palliative zh+sh»)</p> <p>https://www.pallnetz.ch/arbeitsinstrumente.htm (Instrumente für ACP z.B. Assessment, Massnahmenkataloge, Anleitung)</p>
<p>Ist eine ÄNO ohne Unterschrift des behandelnden Arztes gültig und muss von den Helfern beachtet werden?</p>	<p>Zur Geltung und Geltungsbereich schreiben die Herausgebenden der Unterlagen für die Zertifikatskurse in Advance Care Planning in «Fachinformationen zur Patientenverfügung plus» (Krones, Loupatatzis, Karzig-Roduner & Otto (2017) folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die ÄNO ist der notfallmedizinisch relevante Teil der zugehörigen Patientenverfügung. Die hier getroffene Festlegung ist nicht an (z.B. prognostische) Bedingungen geknüpft und gilt ohne zeitliche Begrenzung. • Die hier getroffene Festlegung reflektiert den Willen der genannten Person für den Fall einer akuten Krise. Die ÄNO ist – wenn eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern die genannte Person nicht selbst urteilsfähig ist und keine konkreten Hinweise auf eine Willensänderung vorliegen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Damit diese ÄNO als Patientenverfügung wirksam wird, genügt die alleinige Unterschrift der vorausplanenden Person. • Als ärztliche Notfallanordnung gilt dieses Formular aber erst mit der zusätzlichen Unterschrift eines Arztes, was daher dringend empfohlen wird. • Zudem wird auch die zusätzliche Unterschrift durch die ACP-Beratungsperson und die vertretungsberechtigte Person empfohlen. Diese zusätzlichen Unterschriften dokumentieren deren Einbindung in den Gesprächsprozess. • Zur Klärung weiterer Behandlungsfragen ist die ausführliche Patientenverfügung heranzuziehen und die vertretungsberechtigte Person zu konsultieren. • Der Ausschluss einer stationären Behandlung (B3) bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung. Eine stationäre Einweisung mit dem Ziel der Linderung (Palliation) ist zulässig, wenn dieses Ziel ambulant nicht erreicht werden kann. • Bei Vorliegen eines Notfallplans sind die dort hinterlegten Hinweise zu befolgen.
<p>Wie sieht ein Debriefing der MA nach einem schwierigen Einsatz aus?</p>	<p>Ein Debriefing ist Leitungsaufgabe oder kann einer sehr erfahrenen Mitarbeiter/in delegiert werden. Je besser schwierige Einsätze nachbesprochen werden, desto besser können sie in Zukunft ausgeführt werden.</p> <p>Bei Begleitung eines Klienten in der letzten Lebensminuten / Stunden, beim Einleiten einer Reanimation und beim Antreffen eines/r leblosen Klient/in sind Mitarbeitende sehr gefordert. Es kann sehr wichtig sein, dass Mitarbeitende das Erlebte im Betrieb zeitnah schildern können, dass sie sich vergewissern können, dass sie richtig gehandelt haben, dass sie Gelegenheit bekommen Fragen zu stellen. Es sollten Mitarbeitende mit Erfahrung zuhören und Unterstützung darin anbieten, Abläufe zu bewerten.</p> <p>Der Einsatz sollte mit ein paar Tagen Abstand nochmals angesprochen werden, die Ebenen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abbruch der Tour/Verschieben von weiteren Einsätzen, • Kommunikation mit Stützpunkt, ärztlichem Dienst und Angehörigen, • Pflege ist Beziehungsarbeit – Mitgefühl mit Klient/-in & Angehörige und • Versorgung vom medizinisch-pflegerischen Standpunkt aus • Jetziges Befinden <p>sollten zur Sprache kommen.</p> <p>Mitarbeiter sollten klar nach ihrem Befinden gefragt werden: Gibt es Schwierigkeiten mit Schlafen, Appetit, plötzliche Erinnerungsblitze, generelle Lustlosigkeit, Furcht vor einem ähnlichen Erlebnis? Mitarbeiter in Ausbildung: Hat sich etwas an ihrer Berufsmotivation verändert?</p> <p>Auch wenn die Ereignisse gut eingeordnet werden konnten, Mitarbeitende stets darauf hinweisen, dass man sich auch zu späterem Zeitpunkt melden muss, wenn etwas quält. Es besteht eine Auswahlmöglichkeit, mögliche Ansprechpersonen sind Vorgesetzte, definierte Vertrauensperson, Betriebsarzt, Ausbildungsverantwortliche o.ä.</p> <p>Auch Mitarbeitende welche z.B. vom Stützpunkt aus telefonisch Support leisteten oder einen Einsatz umorganisierten, d.h. am Rande am Geschehen teilnahmen, sollten auf ihr Befinden angesprochen werden.</p> <p>Die SAMW empfiehlt im Unterkapitel «7.2. Nachbetreuung der medizinischen Fachpersonen» in der Schrift «Reanimationsentscheide sogenannte Peers auszubilden, welche nach einem belastenden Einsatz die Möglichkeit zum Austausch unter Gleichgestellten bieten (SAMW, 2021, S.35).</p>

<p>Wie ist das Vorgehen bei kognitiv eingeschränkten Klient/-innen</p>	<p>Bei leichter Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frühzeitig das Thema ansprechen - Angehörige ermuntern, das Gespräch mit dem Hausarzt/in zu suchen - In Absprache mit Arzt/in eine Patientenverfügung empfehlen - ÄNO muss darauf abgestimmt sein und unterzeichnet - es sollte auch eine Vorsorgeauftrag erstellt werden, inkl. der Benennung einer vertretungsberechtigten Person (ein vorher erteilter Vorsorgeauftrag tritt erst in Kraft, wenn die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) die erkrankte Person als urteilsunfähig beurteilt) <p>-</p> <p>Alzheimer Schweiz schreibt zur Patientenverfügung: <i>«Die Patientenverfügung sollte daher regelmässig (z.B. alle zwei Jahre) überprüft und neu datiert werden, auch wenn sie erst nach der Demenzdiagnose erstellt worden ist – selbst verständlich solange dies noch möglich ist. Sinnvoll ist es auf jeden Fall, den (Haus)Arzt/in oder andere medizinische Fachpersonen einzubeziehen. Sie können Informationen vermitteln über den voraussichtlichen Verlauf der Krankheit und die damit verbundenen Einschränkungen sowie über Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten. Ein Arzt/in kann ausserdem bestätigen, dass die verfassende Person im Zeitpunkt der Erstellung des Vorsorgedokuments urteilsfähig war. Eine solche Bestätigung ist dann wichtig, wenn später Zweifel über die Urteilsfähigkeit aufkommen, sie ist aber keine Bedingung für die Gültigkeit einer Patientenverfügung. Beim Verfassen der Patientenverfügung empfiehlt Alzheimer Schweiz, dass Personen mit einer Diagnose – für die also die Themen in der Patientenverfügung vielleicht bald Wirklichkeit werden – sich bei ihren Überlegungen von Vertrauenspersonen sowie medizinischen Fachpersonen begleiten lassen».</i></p> <p>Bei deutlichen kognitiven Einschränkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Richtlinien des Bundes berücksichtigen, das Nationale Rahmenkonzept Advance Care Planning (BAG und palliative.ch, 2018, S.11) empfiehlt: <i>«Hierbei gilt es zu bedenken, dass eine gesundheitliche Vorausplanung durchaus auch bei Menschen möglich ist, die ihre Urteilsfähigkeit bereits verloren haben, indem der vorausverfügte oder mutmassliche Wille durch die vertretungsberechtigte Person erarbeitet und konkretisiert wird oder eine evtl. bestehende Patientenverfügung ausgelegt, ergänzt resp. durch eine Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) erweitert wird. (S.11ff) https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101EE980D45D638BC7EC11.pdf</i> <p><i>Für die Praxis unter Punkt 8.3: «Beispiele zur Feststellung der Urteilsfähigkeit siehe Halmich, M. (2013). Kriterien zur Einsichts- und Urteilsfähigkeit.» (S.31)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorschläge von Alzheimer Schweiz für urteilsunfähige Personen berücksichtigen <i>«Ob eine Person urteilsfähig ist, ist immer in Bezug auf eine bestimmte Situation zu beurteilen. Gerade bei Menschen mit Demenz muss dies sorgfältig geprüft werden, denn eine Demenzdiagnose bedeutet keinesfalls den sofortigen Verlust der Urteilsfähigkeit. Dieselbe Person kann etwa für alltägliche Einkäufe noch urteilsfähig sein, nicht aber für den Verkauf eines Hauses. Ähnlich ist es bei</i>
---	--

	<p><i>medizinischen Fragen: Für den Entscheid zur Grippeimpfung mag die</i></p> <p><i>Person mit Demenz noch urteilsfähig sein, jedoch nicht für eine schwierige risikoreiche Operation.</i> <i>Um die Urteilsfähigkeit zu beurteilen, müssen zwei Fragen beantwortet werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Willensbildungsfähigkeit: Kann die Person eine bestimmte Situation verstehen, Nutzen und Wirkungen eines bestimmten Handelns abwägen, um sich dann für etwas zu entscheiden?</i> • <i>Willensumsetzungsfähigkeit: Kann die Person den so gebildeten Willen auch frei und unbeeinflusst umsetzen?</i> <p><i>Die Aufgabe, über die Urteilsfähigkeit von Demenzerkrankten zu entscheiden, ist immer schwierig. Denn letztlich stehen sich immer Selbstbestimmungsrecht und Schutz der betroffenen Person gegenüber.</i> <i>Angehörige können in die Lage kommen, für die demenzerkrankte Person handeln zu müssen, wenn sie bezüglich bestimmter Handlungen nicht mehr urteilsfähig ist. Wenn kein Vorsorgeauftrag vorliegt, sieht das Gesetz gewisse Handlungsmöglichkeiten vor. Die Ehepartnerin kann etwa ihren urteilsunfähigen Partner bei alltäglichen Geschäften vertreten oder bestimmte medizinische Entscheide treffen.</i> <i>Die Urteilsfähigkeit spielt im Erwachsenenschutzrecht eine grosse Rolle. Zum Beispiel tritt ein vorher erteilter Vorsorgeauftrag erst in Kraft, wenn die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) die Person als urteilsunfähig beurteilt.» (Alzheimer Schweiz, 2020)</i></p> <p>Merke: Es <i>muss</i> kein Vorsorgeauftrag erstellt werden (auch wenn es natürlich wünschenswert ist). Es muss nicht einmal ein Vertreter in einer Patientenverfügung benannt werden, man kann auch einfach seinen Willen äussern. Ein Arzt <i>muss</i> auch nicht bestätigen, dass man zum Zeitpunkt des Verfassens noch urteilsfähig war – es empfiehlt sich einfach, weil die Verfügung so später weniger angefochten werden kann. Hingegen <i>muss</i> die KESB beim Beurteilen der Urteilsfähigkeit beigezogen werden. So tritt ein erteilter Vorsorgeauftrag beispielsweise erst in Kraft, wenn die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) die erkrankte Person als urteilsunfähig beurteilt hat. Die KESB muss auch von Amtes wegen die Eignung der als Vertretung bezeichneten Person zu prüfen.</p>
<p>Wie lauten die rechtlichen Grundlagen zum Vorsorgeauftrag und der Patientenverfügung?</p>	<p>Artikel 360 ff ZGB Vorsorgeauftrag Handlungsfähige Personen können mittels Vorsorgeauftrag vorbestimmen, wer sie im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit und in welchen Belangen vertreten kann. Das Bestehen eines Vorsorgeauftrages kann beim Zivilstandesamt eingetragen werden. Die KESB prüft, wenn ihr bekannt wird, dass jemand urteilsunfähig geworden ist, ob ein gültiger Vorsorgeauftrag vorliegt. Liegt ein solcher vor, prüft die KESB die Eignung der beauftragten Person und weist sie bei Eignung in die Aufgabe ein. (Die Eintragungen sind kostenpflichtig.)</p> <p>Artikel 370 ff ZGB Patientenverfügung Nach den Bestimmungen über die Patientenverfügung können urteilsfähige Personen festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall der Urteilsunfähigkeit zustimmen oder nicht zustimmen, und wer in ihrem Namen</p>

	<p>gegenüber der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt entscheiden soll. Das Bestehen einer Patientenverfügung kann auf der Versicherungskarte der Krankenkasse eingetragen</p> <p>werden. Wird der Patientenverfügung nicht entsprochen, so kann der Patient / die Patientin oder eine ihm / ihr nahestehende Person der KESB Meldung erstatten. Diese trifft dann die erforderlichen Massnahmen, um die Interessen des Patienten / der Patientin zu wahren.</p>
--	---

<p>Wie gehen wir um, wenn ein Kunde reanimiert werden möchte, eine REA medizinisch aber nicht mehr indiziert ist.</p>	<p>«Ethisch ist es nicht gerechtfertigt, aussichtslose Reanimationsbemühungen durchzuführen» (SAMW, 2021, S.9)</p> <p>«Der Arzt ist nicht verpflichtet, eine medizinisch nicht indizierte Behandlung anzubieten oder durchzuführen» (Aebi-Müller & Oberholzer, (2019, S.7).</p> <p>Für die Pflege gilt es im Gespräch (zeitaufwändig und anspruchsvoll), oft auch über einen längeren Zeitraum in einer Prozessbegleitung, Fragen aufzugreifen und fachlich zu orientieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In Absprache mit Hausarzt/-in die Argumente aufgreifen, weshalb das REA-Outcome auch bei bester Behandlung schlecht wäre - was das Rea-Nein» bedeutet, z.B. die Pflege wird nicht nachlässiger oder fachlich schlechter, man macht nicht einfach «nichts mehr», sondern Pflegende und Umfeld können sich ganz auf eine sorgfältige palliative Pflege konzentrieren, in einer Patientenverfügung oder in einem Palliativen Notfallplan können auch eigene Wünsche dazu festgehalten werden - man lässt nicht einfach Kranke sterben, sondern therapiert weiterhin was Sinn macht (und solange das Bewusstsein nicht eingetrübt ist wird so oder so immer dem mündlich geäusserten Wunsch entsprochen) - REA-nein heisst nur: Wenn plötzlich Herzschlag und Atmung aussetzen wird nicht mechanisch oder elektrisch der Herzschlag reaktiviert und mit Medikamenten gestärkt. Alle anderen Therapien werden (wie bei Status REA-Ja) weiterhin immer zwischen Arzt und Patienten besprochen und ausgeführt. <p>Ein urteilsfähiger Patient / Kunde kann umgekehrt den REA-Status «ja» ablehnen, auch wenn der Arzt «REA ja» empfehlen würde. Auch hier gilt es hinzuhören, welche Bilder verbindet der/die Klient/-in mit dem Altern und dem Lebensabend/Sterben, liegt eventuell eine seelische Not vor.</p> <p>Gute Hinweise zur Begleitung in der Entscheidungsfindung finden sich in den Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen «Reanimationsentscheidungen» (SAMW 2021) beispielsweise unter 5.1, 5.2, 5.3, 5.3.5, 5.3.6, und 6.2.3).</p>
<p>Das Vorgehen, wenn Klient/-in ohne Patientenverfügung</p>	<p><i>Bei Bedarf zum Erarbeiten, Fragestellung aus dem Umfeld LU/BE/Kriens</i></p>

sich weigert, dass Spitex 144 ruft?	
--	--

Anhang 9

Quellen:

Aebi-Müller, R.E., Oberholzer, L. (2019). Rechtsfragen der Palliative Care. 1. Auflage. Luzern: Universität Luzern. Zugriff 14.10.2021 unter [Microsoft Word - korr Skript Rechtsfragen Palliative Care.docx \(unilu.ch\)](#)

Alzheimer Schweiz, 2020. Urteilsfähigkeit bei Demenz. Zugriff 14.10.2021 unter https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publicationen-Produkte/163-35D_2020_Urteilsfaehigkeit.pdf

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2020). 2. Freie Einwilligung auf Behandlung oder Pflege nach umfassender Aufklärung. Zugriff 13.10.2021 unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-arzt-spital/2-freie-einwilligung-nach-aufklaerung.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative.ch (2018). Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern Zugriff 14.10.2021 unter https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101EE980D45D638BC7EC11.pdf

Krones, T., Loupatatzis, B., Karzig-Roduner, I., Otto, Th. (2017). Entscheidungshilfe Herz-Lungen-Wiederbelebung. Zugriff 14.10.2021 unter https://www.pallnetz.ch/cm_document/01_CPR_Entscheidungshilfe_Verson_15.2_28.08.2017.pdf

Hrsg. Krones, T., Loupatatzis, B., Karzig-Roduner I., Otto, Th. (2017). Gesundheitliche Vorausplanung - Advance Care Planning - Fachinformationen zur Patientenverfügung «plus». Zugriff 14.10.2021 unter file:///C:/Users/BERNAD~1/AppData/Local/Temp/fachinformationen_acp_schweiz_version2_2018_10_21.pdf

Krones, T. (2015) *Mein Wille entscheidet – oder etwa nicht?* ARS MEDICI 2/2015, S.100-104, Zugriff 14.10.2021 unter https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2015/02/Mein_Wille_entscheidet_oder_etwa_nicht.pdf

Mazenauer, A., Sobanski, P. & Suter, L. (2021). Palliative Care - Umgang mit Symptomen. Broschüre der Palliative Care Station Spital Schwyz erhältlich unter palliativecare@spital-schwyz.ch

Notfallplan Palliative Care Spitex Nidwalden, mit freundlicher Genehmigung der Spitex Nidwalden

palliative zh+sh, Zugriff 14.10.2021 unter <https://www.pallnetz.ch/arbeitsinstrumente.htm>

Peschak, A. (2021) Kundenwille: Vorausplanung- und Verfügung im Falle der Urteilsunfähigkeit. Spitex Bern

Gruppe Qualitätsmanagement Städtetreffen. (2000) Leitfaden zur Erfassung des Kundenwillens bzgl. Reanimation bei SPITEX-Organisationen

Roggenmoser, M. Advance Care Planning (ACP) und der Notfallplan (NOPA). Kantonsspital Winterthur. Zugriff unter [PZZ Symposium 20150219 AdvanceCarePlanning.pdf](#)

Schmied, M., Ziegler, S., Bachmann-Mettler, I., Rosemann, Th. & Puhan, M. (2016) Untersuchung zum Nutzen des Betreuungsplans Palliative Care im Kanton Solothurn und im Berner Seeland. Der Betreuungsplan aus Sicht von Angehörigen, Fachpersonen und Experten. Zugriff 14.10.2021 unter https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/forschungsberichte/betreuungsplan/studie_betreuungsplan.pdf.download.pdf/d_studie_betreuungsplan.pdf

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2021). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Reanimationsentscheidungen. Bern: SAMW. Zugriff 14.10.2021 unter <https://www.samw.ch/de/Publicationen/Richtlinien.html>

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2018). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Patientenverfügungen. Bern: SAMW. 7.Auflage. Zugriff 14.2021 unter https://www.fmh.ch/files/pdf16/richtlinien_patientenverfuegung.pdf

Vorlagen:

ÄNO Ärztliche Notfallanordnung, Muster. Zugriff 14.10.2021 unter https://www.pallnetz.ch/cm_data/Aerztliche_Notfallanordnung_AeNO_Muster.pdf

Ärztinnen und Ärzte können das Original der ÄNO unter acp@usz.ch bestellen.

Checkliste für ärztlichen Dienst unter https://www.pallnetz.ch/cm_document/Checkliste_ANO_2020.03.27.pdf

Vorlage «Palliativer Notfallplan Spitexorganisationen Kt SZ» unter <https://www.spitexsz.ch/Downloads/Fachinformationen/PnNsh/>

Konzept Reanimations-Status Spitex im Kanton Schwyz, Bereichsleiterkonferenz unter Moderation SKSZ, 20211025