

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 4 (1999)

Heft: 3

Artikel: Abschiedlich leben - abschiedlich sterben an dem Beispiel einer individuellen Patientenverfügung

Autor: Knipping, Cornelia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091590>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 27.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

«Mors certa, hora incerta:

Das Sicherste im Leben ist,
dass wir sterben müssen;
das am wenigsten Sichere ist
die Stunde des Todes.»

Cornelia Knipping*

Abschiedlich leben – abschiedlich sterben an dem Beispiel einer individuellen Patientenverfügung

Der vorliegende Artikel soll aufzeigen, wie mit der Not und Angst der Patienten im Zusammenhang mit Lebensverlängerung und der Patientenverfügung umgegangen werden kann. Auf der Palliativstation des Kantonsspitals St.Gallen wurde die Patientenverfügung im Rahmen eines Projektes erarbeitet und geprüft. Die ersten Erfahrungen sind sehr positiv.

1. Ausgangslage: Beispiel Frau H. 8/99

Biographie

Frau H., Jahrgang 1930, war bis vor acht Monaten noch «kerngesund», wie die Angehörigen sagten. Sie ist verheiratet, hat zwei Kinder, und betrieb seit vielen Jahren, bis zu ihrem Krankheitseinbruch mit ihrem Mann zusammen eine Käserei. Sie liebt Tiere, hat drei Pferde daheim; ritt leidenschaftlich gern und fuhr ebenso gerne mit dem Auto über Land. 20 Jahre lang arbeitete sie ehrenamtlich als Sonntagschullehrerin. Ohne viel Aufhebens machte sie regelmässige Besuche bei den Alten in der Nachbarschaft, tat ihnen kleine Dienste, führte regelmässig die Fusspflege bei ihnen aus. Viele Menschen hatte sie sterben sehen und nachhaltig ist ihr in Erinnerung, dass viele davon im Sterbeprozess gelitten haben. Laut Ehemann, trug Frau H. die ganze Familie. Sie habe viel geleistet, und das in aller Stille und Bescheidenheit. Nie habe sie etwas für sich selbst beansprucht, nie habe sie geklagt. Sie sei eine starke und tapfere Frau, geradlinig und echt. Mit allen Menschen kam sie aus; sie begegnete

ihnen aufrichtig und konnte eines nicht leiden, wenn man mit ihr unaufrichtig umging. Schon als 9-jähriges Mädchen hatte Frau H. ihre Mutter verloren. Laut Ehemann habe sie auch diesen Schmerz still für sich ein Lebenlang getragen. Sie war schweigsam, äusserte kaum ihre Gefühle, sprach nie über den Tod. Der Ehemann habe nur wenig von dem erfahren, was seine Frau im Herzen bewegte. Aber immer war sie für die anderen da. Von allen Menschen war sie geachtet und geschätzt. Nun liegt sie bereits selbst auf dem Sterbebett und und kommt innerlich überhaupt nicht nach.

Medizinische Anamnese

Zustand nach Ovarialcarzinom mit Hysterektomie, Adnektomie bds. und Hemicolectomie 1/99. Vor 6 Wochen Einweisung auf die Chirurgie mit Peritonealcarcinose und Ascites, bei Verdacht auf Subileus mit kolikartigen Schmerzen im Abdomen. Eine chirurgische Intervention ist nicht mehr möglich. Vor drei Wochen Verlegung der Patientin auf die Palliativstation mit bestätigtem Subileus, Übelkeit, Erbrechen und stark reduziertem Allgemeinzustand. Schon in dieser Zeit äusserte Frau H. den Ärzten gegenüber, dass sie gehäuft Ängste, z.B. Todesängste habe. Dies wurde dem Pflegepersonal nicht weiter rapportiert. Der Übergang vom Magen zum Darm ist tumorös verklebt. Deshalb liegt eine Magenablaufsonde zur Ableitung des Magensekretes. Die Patientin ist kachektisch, sehr schwach. Zur Zeit wird sie via Subclaviakatheter parenteral ernährt und zugleich darf die Patientin versuchen, sich vorsichtig aufbauend mit Flüssigkost per os zu ernähren. Die Patientin äusserte den Wunsch, noch einmal nach Hause zu können!

Pflegeanamnese

Noch am selben Tag der Verlegung der Patientin zu uns auf die Palliativstation führt die Bezugspflegeperson ein Pflegeanamnesegespräch mit der Patientin. Die Patientin wurde über dieses Vorhaben informiert und willigte ein. Dieses Gespräch musste bereits nach fünf Minuten abgebrochen werden. Der Grund: Patientin wirkte ungeduldig. Sie wendete ihr Gesicht während des Gespräches sofort ab von der Pflegenden. Sie signalisierte ganz klar, dass sie im Moment nicht sprechen wolle, dass sie ihre Ruhe haben möchte, dass sie nicht viel reden mag. Die Pflegenden respektierte diesen Wunsch und ermutigte die Patientin, weiter ihre Wünsche und Bedürfnisse so klar zu äussern! Für die Pflegenden sichtbare Erleichterung bei der Patientin! Drei Tage später wurde das Anamnesegespräch im Einvernehmen mit der Patientin fortgesetzt. Die Pflegenden stellte keine konkreten Fragen und ermutigte die Patientin, einfach einwenig zu erzählen. Sie gab ihr Impulse wie Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen, etc.

*Cornelia Knipping, dipl. Krankenschwester, Lehrerin für Krankenpflege, Stationsleiterin Pflege, Palliativstation, Klinik C für Innere Medizin, Kantonsspital St.Gallen

Kurz und knapp äusserte Frau H.: Sie habe Schmerzen im Bauch, sie sei müde, sie wünsche sich, dass es ihr körperlich und seelisch besser ginge. Sie könne nicht sagen, was ihr gut tun würde, ausser, dass sie ihre Ruhe haben wolle. Die Pflegende schlägt Frau H. Musiktherapie vor und erklärt ihr, was Musiktherapie sei; daraufhin antwortete die Patientin, dass sie sich momentan nicht entspannen könne, wenn sie so müde sei. So wurde dieser Vorschlag zurückgestellt.

Der Runde Tisch

Einen Tag später findet der obligatorische «Runde Tisch» auf unserer Abteilung statt. Der «Runde Tisch» hat das Ziel, möglichst bald nach Eintritt oder Übertritt eines Patienten, einer Patientin mit den Angehörigen/Bezugspersonen, dem Patienten/der Patientin, dem ärztlichen und pflegerischen Personal ein Orientierungs-, Aufklärungs- oder Zielgespräch zu führen. Das Anliegen dieses Gespräches mit der Familie von Frau H. war, eine Ist-Zustandserhebung: «Wer weiss was, wie soll es konkret weitergehen?»

Es wird deutlich, dass Angehörige und Patientin vollumfänglich über den infausten Zustand der Erkrankung informiert sind. Sie werden darüber aufgeklärt, dass sich die Patientin momentan in einer kritischen Situation befindet. Die Patientin äussert ganz klar, dass sie nicht über ihren Tod sprechen wolle. Sie äussert weiterhin, dass sie auf keinen Fall leiden will! Der Ehemann unterdrückt hin und wieder Tränen. Die Tochter wirkt sehr nervös.

Gemeinsamer Beschluss

- Eine Woche abwarten; schauen, wie sich der Zustand von Frau H. entwickelt.
- Entscheidung der Patientin respektieren, mit ihr vorerst nicht über Tod und Sterben zu sprechen, Freiheit gewähren, die Angehörigen in allem nicht übersehen.

Pflegerischer Verlauf aus psychischer Sicht

Anhand der fortlaufenden Pflegedokumentation stelle ich nun das psychische Erscheinungsbild der Patientin in bezug auf Verhalten, Reaktionen, Verarbeitung, Kommunikation dar. Was kennzeichnete die Patientin während der nächsten Woche:

- Wenn die Patientin auf ihr Befinden angesprochen wird, so antwortet sie durchwegs, dass es schon gehen würde.
- Patientin liegt häufig mit geschlossenen Augen im Bett, wenngleich sie nicht zu schlafen scheint. Sie wirkt abgeschirmt, in sich gekehrt. Nimmt von sich aus weder verbalen noch nonverbalen Kontakt zur Umwelt auf, ausser sie benötigt Hilfe beim Wasserlassen oder wenn sie erbrechen muss.

- Patientin antwortet meist nur mit Ja oder Nein. Für die Pflegenden ist es schwierig, die Bedürfnisse der Patientin zu erfassen; ausser dass sie ihrem Bedürfnis «in Ruhe gelassen zu werden» entsprechen und dieses respektieren.
- Pflegende beobachten, dass die Patientin in Phasen der Übelkeit sich sehr gut entspannen kann, ruhig und konzentriert atmet, sich durch nichts ablenken lässt.
- Patientin ruft massiv aus, beschwert sich, dass sie nichts zu essen bekäme. «So käme sie ja nie zu Kräften.» Tatsache jedoch ist, dass die Patientin alles, was ihr gebracht wird, fast unberührt zurückgehen lässt. Die Pflegenden bestellen bewusst für die Patientin (in Absprache mit dem Stationsarzt) das von ihr gewünschte Essen, wenngleich sie so gut wie nichts isst. Patientin wirkt zufriedener. Ein anderes Mal beschwert sie sich heftig über den Spitalkoch. Sie findet das Essen fade, lieblos angerichtet, einfallslos. «Nicht einmal die Suppe hat eine Dekoration», wie soll man da Appetit bekommen! Die Pflegende kann das fade angerichtete Essen bestätigen. Gemeinsam beschliessen sie, dem Koch eine Rückmeldung zu geben. Das beruhigt die Patientin.
- Patient liegt immer sehr konzentriert, fast diszipliniert im Bett. Es mutet an, als wolle sie nicht zeigen, was sie wirklich fühlt, beschwert, bewegt.
- Vier Tage nach dem Übertritt der Patientin auf unsere Abteilung äussert sie erstmalig bei einer Pflegenden die Frage, ob Gott mit Krankheit strafen würde. Sie habe 20 Jahre lang als Sonntagsschullehrerin gearbeitet. Die Pflegende kann Patientin beruhigen und bestätigen, dass Gott niemals mit Krankheit strafen würde. Daraufhin die Patientin, sich immer wiederholend: «Gellet Sie, das macht er doch nicht, gellet Sie, das macht er doch nicht!» Patientin wirkte danach wesentlich entspannter.

Offene Aussprache mit der Patientin im Rahmen einer Visite

Eine Woche nach dem «Runden Tisch» entwickelt sich während einer Visite ein sehr offenes Gespräch zwischen dem Oberarzt, der Patientin und der Pflegenden. Da es der Patientin somatisch zunehmend schlechter geht, man ihr Leiden nicht verlängern wolle, schlägt man ihr vor, die parenterale Ernährung nun zu beenden. Es kann offen über das Thema Sterben gesprochen werden. Die Patientin wirkt gefasst und antwortet, dass sie weiss, dass sie nun sterben müsse. Am Nachmittag wird auch der Ehemann im Beisein der Patientin über diesen Entscheid informiert. Der Ehemann weint. Die Patientin äussert, dass sie froh wäre, einfach einschlafen zu können.

2. Der Circulus vitiosus in bezug auf Sterben und Tod

Es gibt viele Gründe, warum Menschen Angst vor dem Sterben haben und infolgedessen häufig nicht über Tod und Sterben sprechen wollen oder können. Im folgenden möchte ich einige Gründe dafür auführen:

- Angst vor einem unerträglichen Leiden, vor Schmerzen, vor Einsamkeit, vor Isolation
- Angst vor Verlust der Würde und des Selbstbestimmungsrechtes
- Angst vor dem «letztgültigen Sich-selbst-loslassen»
- Angst vor der Ohnmacht des Sterbens
- Angst vor der Ungewissheit
- Verdrängung, statt gelebte Beziehung, in bezug auf die eigene Endlichkeit, ja, das eigene Sterben

Meines Erachtens liegt die Angst vor dem Sterben u.a. darin begründet, weil der Mensch mitten im gelebten Leben seine Endlichkeit, seinen Tod, sein eigenes Sterben vielfach ausgeblendet hat. Der Mensch ist auf Hoffnung angelegt. Existentiell wird Hoffnung zunichte gemacht, wenn ein Erkrankter plötzlich vor die Tatsache seiner palliativen Situation gestellt wird. Unausweichlich geht es nun auf das Ende zu in dem Ausgesprochensein des Unabänderlichen der zum Tode führenden, progredienten Erkrankung. Häufig sind diese Patienten, die dann unsere Palliativstation erreichen, von zerstörten Hoffnungsbildern und irrationalen Angstphänomenen behaftet. Sie befinden sich wie in einem Ausnahmezustand. Eine mangelnde im Leben gelebte Besinnung auf die eigene Endlichkeit im gleichzeitigen, unausweichlichen Zuleben auf den eigenen Tod, löst dann sehr oft Angst, Verzweiflung und Trauer in den verschiedenen Phasen des Trauerprozesses aus. Diesem Ereignis begegne ich immer wieder auf der Palliativstation. Die scheinbare Niederlage des Kampfes gegen die Krankheit, die Angst vor dem Sterben und vor dem Eintritt in die terminale Phase, lassen die Patienten und Patientinnen in unterschiedlichen Facetten in einen «Circulus vitiosus» kommen.

Wie äussert sich diese Angstspirale?

- Angst → Spannung → Schmerz;
- Angst → Spannung → Negation;
- Angst → Spannung → Aggression;
- Angst → Spannung → Regression;
- Angst → Spannung → Verzweiflung;
- Angst → Spannung → Ohnmacht
- Angst → Spannung → Orientierungslosigkeit;
- Angst → Spannung → Unbeholfenheit etc.

Die Prägung einer Lebensgeschichte kommt hinzu und kann in dieser Phase nicht mehr aufgearbeitet, sondern

eher nur noch «aufgefangen» werden. Mir scheint ganz wesentlich, dass es hier nicht mehr darum geht, «rückwärts» zu schauen. Wichtiger ist jetzt, den IST-Zustand zu erkennen, anzuerkennen und gemeinsam «das Beste» daraus zu machen im eigentlichen «Vorwärtsgehen / Zuleben» auf das eigene Sterben.

3. Allgemeines zu Patientenverfügungen

In jüngster Zeit wurden von verschiedenen Organisationen und Institutionen eigene Patientenverfügungen (PV) erstellt. In diesen PV sollen die Betroffenen festhalten, was in der Zeit des eigenen Sterbens, also vor - während - und nach dem Sterben berücksichtigt werden soll. Der eigentliche Zweck einer PV ist die Wahrung des persönlichen Willens für den Fall, dass jemand sich aus Krankheitsgründen nicht mehr äussern kann. In einem Kommentar der Caritas Schweiz wird Folgendes ausgeführt: «Das Sterben ist eine entscheidende Phase im Leben eines Menschen. Auch diese letzte Phase des Menschen ist uns zu einer menschenwürdigen Gestaltung aufgegeben. Durch die moderne Medizin und Technik kann das Sterben aber unpersönlich und unnötig hinausgezögert werden...Solange der Patient noch bei Bewusstsein ist, kann er sich entsprechend äussern. Ist er jedoch bewusstlos, sprachlos oder verwirrt, dann ist dies nicht mehr möglich. Viele Menschen haben Angst, dass in einer solchen Situation Massnahmen getroffen werden, die nicht in ihrem Sinne sind. Für diesen Fall kann jede(r) zum voraus seine Anordnungen in einer PV festlegen. Sie gibt dem behandelnden Arzt wichtige Hinweise darauf, was der Patient von ihm erwartet.»

Alle PV (mit Ausnahme der PV von EXIT) sind insofern miteinander vergleichbar, als sie sich an den Richtlinien für die Sterbehilfe der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften orientieren.

Hier wird in bezug auf die Sterbehilfe folgendes erwähnt: «Beim Sterbenden, beim Todkranken oder lebensgefährlich Verletzten, bei dem das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und der kein bewusstes oder umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung führen können lindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.»

Ganz klar ausgeschlossen ist jede Art von aktiver Sterbehilfe als gezielte Lebensverkürzung durch die Tötung des Sterbenden; erlaubt ist jedoch die passive Sterbehilfe, welche als Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen beim Todkranken deklariert ist. Bei EXIT ist zu beachten, dass die Freitodhilfe angeboten wird. Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen,

dass ich mich bewusst davon abgrenze, mich auf eine PRO und CONTRA Diskussion der Alternative zur Euthanasiedebatte einzulassen. Das ist nicht Thema meiner Ausführungen.

Mein persönliches Postulat zu Patientenverfügungen

Die Diskussion um die Alternative zur Euthanasiedebatte ist m.E. vor allem eine Diskussion derjenigen, die Angst vor dem Sterben, einem unerträglichen Leiden haben. Oft befürchten sie ein Sterben in qualvollen Schmerzen, in Einsamkeit, bei Verlust ihres Selbstbestimmungsrechtes und ihrer Würde.

Wie verständlich ist diese Angst! Sehr wohl kann ich den Wunsch des Patienten, «endlich sterben zu können» nachvollziehen. Diesen Todeswunsch höre ich als: Schrei nach Hilfe, Unterstützung, Beistand, Begleitung, Würdigung, kompetenter Versorgung, Linderung und Erträglichkeit.

Eine umfassende Behandlung, Beratung und Betreuung von Schwerst- und Todkranken sowie deren Angehörigen, gekennzeichnet von höchster Kompetenz und Empathie, (ärztlich/pflegerisch/interdisziplinär) erkenne ich als einen Beitrag zur aktiven Lebenshilfe. So verstehe ich meinen Auftrag auf der Palliativstation am Kantonsspital St. Gallen: Ich möchte einen Beitrag zur aktiven Lebenshilfe im Zuleben auf die zuerwartende terminale Phase leisten. So erkenne ich eine individuell erstellte PV als eine Kommunikationshilfe; immer unter der Achtung des je eigenen Patientenwunsches.

Erfahrungen mit palliativen Patienten zeigen mir, dass im Erleben eines progredienten, teils nur schwer erträglichen Leidens, der Todeswunsch und Tötungswunsch noch sehr nebulös miteinander verwoben sind.

Mit einer individuellen Patientenverfügung geschieht nicht nur eine bewusste Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod; vielmehr wird mit einer PV auch Kommunikation möglich. So tritt der todkranke Sterbende mit einer PV immer auch in eine Beziehung zu sich selbst und zu seinen Mitmenschen ein. Das Sterben, der Tod finden Einbettung in Beziehungen, sei es zu sich selbst, seinen Angehörigen, sei es zum therapeutischen Team.

Auf diese Weise kann ein Tötungswunsch Auflösung finden, wengleich der Todeswunsch zu Recht bestehen bleiben kann. Hier ist das therapeutische Team herausgefordert, in Verantwortung, Kompetenz und Empathie die Versorgung und Begleitung des Patienten sowie seiner Angehörigen bestmöglich zu gewährleisten und zu gestalten. Gelebter Abschied wird möglich.

3. Zielformulierung für den Einsatz einer individuellen PV

Das Angebot einer individuellen Patientenverfügung (PV), soll den Betroffenen helfen, ihr Selbstbestim-

mungsrecht und ihre Würde bis zum bevorstehenden Lebensende geltend zu machen.

Bezogen auf den Patienten, sein Angehörigenetz sowie sein Umfeld:

- Die PV gilt als Entscheidungshilfe z.B. für Angehörige
- Auseinandersetzung und Kommunikationshilfe in bezug auf Tod und Sterben
- Aufklärung und Beratung des Patienten in bezug auf seine individuelle Situation
- Geltendmachung des Selbstbestimmungsrechtes
- Wahrnehmung der Autonomie des Patienten mit dem Ziel eines menschenwürdigeren Lebens und Sterbens
- Möglichst frühe Einbeziehung der Angehörigen, damit sie Integration erfahren und gestützt werden können und ebenso individuell Unterstützung bieten können
- Erledigen der «letzten Dinge»
- Angstfreiere Begegnung mit der eigenen Endlichkeit und Sterblichkeit
- Möglichkeit der Äusserung von Wünschen, Bedürfnissen für die unmittelbare Zeit «rund um den Tod»
- Stärkung der Würde

Es soll v.a. den Betroffenen helfen, sich realitätsnah dem eigenen Tod zu stellen und in einen konkret und individuell gelebten Abschied zu finden. Dies soll eine Möglichkeit darstellen, somit aufgeklärter, abgeklärter, ruhiger, gelöster in die terminale Phase einzutreten. Wichtig ist, dass die Betroffenen, ehe sie ihre Patientenverfügung verfassen, eine eingehende Aufklärung über ihre Krankheitssituation erhalten.

Nur der aufgeklärte Patient kann sein Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen! Weiterhin soll es ihnen ermöglichen, die palliative und zeitbegrenzte Lebenssituation individuell «mitzugestalten» und ihnen zugleich Gewissheit verleihen, dass ihnen bestmögliche Versorgung und Betreuung im Sterbeprozess, gemäss ihren Wünschen und Bedürfnissen, zuteil werden wird.

Bezogen auf das Pflegepersonal und das therapeutische Team:

- Die PV gilt auch hier als Entscheidungshilfe für das therapeutische Team
- Schaffung eines «formalen Bedingungsfeldes», um mit den Betroffenen und deren Angehörigen über Tod und Sterben in einen Dialog zu kommen
- Möglichkeit der Aufklärung und Beratung (u.U. gemeinsam mit Fachpersonen aus dem therapeutischen Team) über palliativpflegerische und -medizinische Interventionen in der terminalen Phase
- Einübung in einen angstfreieren und kompetenten Dialog mit den Betroffenen über die «letzten Dinge»

- Individuelle Gestaltung der terminalen Phase (Pflegeprozess) mit den Betroffenen und deren Angehörigen

Besonders den Pflegepersonen aus dem therapeutischen Team* soll es ermöglichen, mit den Betroffenen und Angehörigen «selbstverständlicher» in einen Dialog über die letzten Dinge zu treten, um dann gemeinsam mit ihnen den individuellen Pflegebedarf zu planen und zu gestalten.

Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, dass diese Instrumente nur als ein «Angebot» zu verstehen sind. Auch das gehört in den letzten Willensentscheid eines Patienten, von einem solchen Angebot Gebrauch zu machen oder nicht. Sollte ein Patient, aus welchen Gründen auch immer, auf eine für uns sichtbare Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod verzichten, (z.B. nicht über seinen eigenen Tod / sein eigenes Sterben sprechen zu wollen), so ist dieser Entscheid des Patienten zunächst genau als «sein» Selbstbestimmungsrecht uneingeschränkt zu respektieren.

Dies kann von seitens des Pflegepersonals u.U. viel Geduld, einen langen Atem und uneingeschränkte Achtung fordern.

Aushalten, anstatt verändern zu wollen. Zuerst und zuletzt geht es um ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis, nicht um eine Realisierung unserer Vorstellungen für diesen Patienten. Es geht um eine qualitativ vertiefte Beziehung zum Anderen, die Ihn/Sie sein lässt genau in Seiner/Ihrer Wahrheit.

Das verstehe ich unter Würdigung der unantastbaren Persönlichkeit meines Gegenübers.

Einschränkung: Mit der Autonomie, die der Patient für sich in Anspruch nimmt, trägt er jedoch immer auch Verantwortung für sein Umfeld. Beispiel: Manchmal möchte ein Patient absolut nicht über seinen Tod, sein Sterben sprechen und die Angehörigen gehen an diesem Entscheid fast zugrunde. Oder die Angehörigen verlangen, dass offen über die Situation ihres betroffenen Familienmitgliedes gesprochen wird. Wohl kann der Patient für sich persönlich sein Selbstbestimmungsrecht in Anspruch nehmen, dass man mit ihm selbst beispielsweise nicht über den tödlichen Verlauf seiner Erkrankung spricht. Dies aber nur, wenn sein

Umfeld es zulässt. Manchmal kann es jedoch sein, dass man sich in diesem Fall über das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hinweg setzen muss, um die Angehörigen oder betroffenen Bezugspersonen des Patienten zu beraten, zu unterstützen, zu begleiten.

5. Vorstellung der individuellen PV

5.1 Was ist der Schwerpunkt dieser «individuellen» PV im Vergleich zu einer «vor-formulierten» PV?

Es gibt inzwischen recht unterschiedliche PV. Der Anlass dafür, dass ich ein Raster für eine «individuelle» PV entworfen habe, ist auf meinen Arbeitsplatz zurück zu führen.

Ich arbeite – wie schon erwähnt – auf einer Palliativstation! Der palliative PatientIn ist austherapiert. Kurative Therapie in bezug auf sein/ihr Grundleiden ist nicht mehr möglich. Was unsere Arbeit auf der Palliativstation kennzeichnet sind folgende drei Schwerpunkte:

- Kompetente Schmerztherapie und Symptomkontrolle,
- Sterbebegleitung und Lebensberatung
- Einflussnahme auf eine bestmögliche, verbleibende Lebensqualität und zukünftig Rehabilitation, um einen möglichen Austritt in die häusliche, gewohnte Umgebung zu gewähren

Gleichzeitig ist unsere Arbeit davon geprägt, den Menschen ganzheitlich mit seinen sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnissen und Wünschen ernst zu nehmen, zu begleiten und zu unterstützen. Dies ist gewährleistet durch das therapeutische Team.

Der palliative PatientIn bietet häufig Nebenwirkungen, Folgeerscheinungen aufgrund seines progredienten Leidens. Hier kann man m.E. nicht «pauschal» eine kurze standardisierte PV einsetzen. Was heisst das z.B. konkret für den PatientInnen, wenn man keine «lebensverlängernde Massnahmen» wünscht?

Für mich scheint es sehr wichtig, dass mit dem palliativen PatientInnen ein sog. Standort vorgenommen wird. Wir sagen bei uns: «Der Runde Tisch», d.h. PatientInnen, Angehörige, ärztliches und pflegerisches Personal, evtl. eine Bezugsperson aus dem therapeutischen Team gehen an einen Tisch und halten gemeinsam ein Informations- bzw. ein Zielgespräch.

Immer wieder erleben wir diese Situationen, dass die PatientInnen irgenwann an diese Wegkreuzung kommen und ihnen Aufklärung zuteil werden muss in bezug auf den progredienten Verlauf der Erkrankung, auf mögliche Komplikationen sowie die Möglichkeiten aber auch die Grenzen einer palliativen Therapie. Denn nur der aufgeklärte PatientInnen kann sein Selbstbestimmungsrecht in Anspruch nehmen.

**Anmerkung: Das therapeutische Team setzt sich aus verschiedenen Fachpersonen zusammen. Diese Fachpersonen bilden auf unserer Palliativabteilung das interdisziplinäre Team. Dazu gehören: Pflegerisches und ärztliches Personal, die Musiktherapeutin, die Krankenhausseelsorger (evangelisch / katholisch), die Sozialarbeiterin, der Physiotherapeut und eine Krankenschwester, welche zu 20% einen beratenden Auftrag in der palliativen Spitex wahrnimmt.*

Dies heisst nicht, dass man «palliativ» nichts mehr tun kann! Hier ist irgendwann eher die Frage zu stellen, ob man es noch verantworten kann. Die Palliativmedizin- und -pflege ist eine eigene Disziplin. Man kann noch sehr viel machen, um dem Patienten/In Linderung zuteil werden zu lassen in seinen/ihren belastenden Symptomen, auch wenn keine Heilung mehr möglich ist. Aber zugleich kann dennoch nicht unbegrenzt therapiert werden, um rezidivierenden und schwerbelastenden Folgeerscheinungen der Grunderkrankung uneingeschränkt «zu trotzen».

Nach einem solchen Aufklärungsgespräch hat der Patient/In die Möglichkeit, nach reiflicher Überlegung und im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte nachstehend seinen/ihren Willen kundzutun.

Im ersten Teil bestätigt er/sie, dass er/sie entsprechende Aufklärung erhalten hat.

Im zweiten Teil dokumentiert der Patient/In seine/ihren individuellen Willen in bezug auf folgende Aspekte:

Bsp. Reanimation

ja oder nein?

Bsp. Rezidivierende Hyperkalcämien

Aredia® ja oder nein?

Bsp. Rezidivierende Anämien, Thrombopenien

Transfusionen ja oder nein?

Bsp. Rezidivierende Infekte

Antibiotika ja oder nein

Bsp. Ileus

AP ja oder nein

Bsp. Kachexie/Appetitlosigkeit/Schwäche

Parenterale Ernährung ja oder nein?

Bsp. Autopsie

ja oder nein?

Hiermit habe ich versucht, den «individuellen» Ansatz einer PV hervorzuheben. Alles andere entspricht inhaltlich ähnlich wie in anderen PV.

5.2 Darstellung der konkreten Anwendung dieser PV an einem Patientenbeispiel sowie deren Auswirkungen in bezug auf:

- die Patientin
- die Angehörigen
- das Pflege team

Persönliches aktuelles Pflegeereignis

Fortsetzung des Patientenbeipieles:

An einem Morgen spricht die Patientin im Laufe des Vormittages kein Wort mit mir. Einmal wirft sie zu Beginn der Körperpflege – gleich einem Brocken – einen Satz in den Raum: «Alles ist nicht mehr gut.» Die Kör-

perpflege erlaubt sie mir durchzuführen. Einzig dabei äussert sie auf Nachfrage, dass ihr die basalstimulierende Einreibung der Arme und Beine sehr wohlthäte. Sie lächelt sogar ein wenig dabei. Danach wieder Funkstille.

Ich lasse die Patientin in ihrer Autonomie, möchte vollumfänglich ihrem Wunsch entsprechen, «sie in Ruhe lassen». Innerlich jedoch spüre ich, dass die Patientin sich wie in einem Vacuum befindet. Es drängt mich, sie auf die gestrige offene Aussprache anzusprechen und zugleich bin ich gehemmt. Darf ich einen Vorstoss wagen? Gegen Mittag entschliesse ich mich, der Patientin meinen Eindruck, meine Spannung mitzuteilen und es ihr frei zu stellen, ob sie über ihr Erleben sprechen möchte oder nicht. Abgesehen davon hatte ich vor drei Tagen einen Traum; in diesem Traum sass die Patientin und ich zusammen und konnten über ihren Tod, ihr Sterben sprechen. Auch das hatte ich vor, ihr einfach mitzuteilen. Es kam alles ganz anders: Als ich ins Zimmer von Frau H. eintrete, sitzt sie bereits auf dem Bettrand. In der einen Hand den Telefonhörer, mit der anderen Hand verzweifelt dabei, eine Nummer einzustellen. Sie kippt fast vom Bett. Auf Nachfrage, ob ich ihr eine Nummer einstellen solle, sagt sie: «Ja, ich will meinen Mann anrufen, damit er mir etwas bringt zur aktiven Sterbehilfe. Ich will nicht mehr länger leiden. Ich habe Angst vor dem Sterben. Schwester, macht es weh, wenn man stirbt?» Dann kann sie nicht mehr. Ich lege sie behutsam ab. Mit grossen Augen, die sonst immer, mehr oder weniger geschlossen waren, schaut sie mich an und fragt erneut: «Schwester, macht es weh, wenn man stirbt? Ich habe so Angst vor dem Sterben!» Auch hatte sie Angst davor, dass ihr Leiden hinausgezögert werden würde. Welch eine Verzweiflung, die endlich herausbrechen konnte. In den nächsten 20 Minuten konnten wir über ihre Ängste sprechen. Überdies kam die Musiktherapeutin und spielte ganz leise im Hintergrund auf dem Monocord. Die Patientin realisierte dies, liess es zu und entspannte sich.

Ich konnte der Patientin von der Möglichkeit einer Patientinverfügung erzählen. Auch lud ich sie ein, mit ihrem Mann und mir gemeinsam zu überlegen und festzulegen, welches ihre Wünsche, Bedürfnisse, Zu- und Abneigungen in bezug auf das Durchleben der Sterbephase seien. Fast spöttisch, fast erstaunt fragte sie, ob das denn überhaupt möglich sei? Ich konnte ihr das bestätigen. Wir vereinbarten für den nächsten Tag einen Termin, um dieses Vorhaben zu realisieren.

Dieses Gespräch ist für mich unvergesslich! War ich zunächst etwas aufgereggt, so wusste die Patientin genau, warum ich gekommen war. Nachdem ich den Ehemann instruiert hatte, er damit einverstanden war, begannen wir zuerst mit der Patientinverfügung.

Klar äusserte die Patientin, was sie wünschte, nämlich eine ausreichende Schmerztherapie und was sie nicht wünschte, lebensverlängernde Massnahmen. Der Tenor ihrer Willensäusserung lag darin; dass alles getan würde, damit sie nicht leiden müsse!

Im zweiten Durchgang besprachen wir ihre Wünsche und Bedürfnisse in bezug auf die konkrete Sterbephase. Plötzlich wurde sie unruhig, meinte aufstehen zu müssen. Ich setzte sie an den Bettrand, ihr Mann sass auf einem Stuhl, direkt ihr gegenüber und ich sass neben ihr auf dem Bett und stützte sie. Es war so eindrücklich. Nun sassen sich Herr und Frau H. gegenüber und sie besprachen alles miteinander, was für Frau H. wichtig oder unwichtig war für den Eintritt in ihre Sterbephase. Sie schauten einander an, er demonstrierte ihr z. T. Dinge wie z.B. die Mundpflegestäbli und fragte sie: «Wenn Du Dir nicht mehr selber die Zähne putzen kannst, womit sollen wir Dir dann den Mund erfrischen?» «Mit Lindenblütentee», antwortete sie und begutachtete das Mundpflegestäbli. Er führte es versuchsweise an ihren Mund und sie liess es geschehen. Plötzlich entdeckte sie im Bett die mit Wasser gefüllten Latexhandschuhe zur Druckentlastung ihrer Fersen und liess sich von mir die Bedeutung erklären.

Irgendwann sagte sie: «Es ist genug, ich habe alles gesagt, ich will wieder abliegen». Frau H. äusserte auf meine Nachfrage, dass sie momentan Erleichterung erfahre. «So könnte es gehen», sagte sie. Nochmals Unruhe: «Tun Sie wirklich alles, damit ich nicht leiden muss?» Ich kann sie beruhigen, ihr bestätigen, dass wir alles uns Mögliche tun würden, damit sie nicht leiden müsse. Auch ist die Patientin darüber informiert, dass sie bei einer etwaigen unstillbaren Leidenssituation wie Atemnot, Schmerzen, Angste etc. mit einer sedierenden Dormicum® Infusion in einen Schlafzustand versetzt werden könne, damit sie das Leiden nicht mehr wahrnehmen würde. Über diese Möglichkeit ist sie ganz besonders froh, hatte sie davon bereits vom Oberarzt gehört. Entspannt senkt sie ihren Kopf in das Kissen. Der Ehemann weint und bedankt sich mehrmals. Ich verlasse das Zimmer, um das Ehepaar für einen Moment alleine zu lassen. Als ich wieder hereinkomme, ist der Ehemann ganz aufgeregt: «Sie hat mir gerade gesagt, dass sie wünsche, dass ich bei ihrem Sterben dabei sein solle.» Er ist überwältigt, hatte er derartiges noch nie von seiner Frau gehört. Ganz nüchtern endete dieses Ereignis. Sie möchte nun schlafen und er möchte nach Hause. So verabschiedeten wir uns voneinander. Alle sind erleichtert und zufrieden.

Umgang mit den Ergebnissen / Vorschläge für ein weiteres Vorgehen

Im folgenden gebe ich ein Resümee von nachträglich geführten Gesprächen und spontanen Begegnun-

gen mit der Patientin, den Angehörigen, den Pflegenden und des zuständigen Seelsorgers.

Patientin Frau H.

Anfänglich erlebten wir Frau H. wortkarg und verschlossen. Ihr kachektisches Gesicht wirkte durch die scharf eingezeichneten Naso-Labialfalten verhärtet, verbittert, abweisend. Die Augen hielt sie geschlossen. Ihre einzige Kommunikation: «Ja» oder «Nein» auf Nachfrage oder ein energisches Ausrufen, wenn ihr etwas missfiel. Ansonsten «Funkstille». Ganz klar deklarierte sie: «Über Tod und Sterben will ich nicht sprechen, lasst mich in Ruhe damit.» Dies wurde von uns uneingeschränkt respektiert. Dann gab die Patientin selbst ein Signal und äusserte ihre grosse Angst vor dem Sterben. Gemeinsam konnte ich – erlaubterweise – mit ihr in den ersten Durchgang durch die Angst gehen. Die Patientin wünscht Aufklärung/Beratung, sowie eine persönliche Einflussnahme zur Mitbestimmung und Mitgestaltung ihrer terminalen Phase. Erste, sichtbare Erleichterung und Angstreduktion stellten sich ein.

Was kennzeichnete die Patientin in den folgenden Tagen?

- Patientin wagt vermehrt die Augen zu öffnen.
- Patientin äussert weniger Angst, weil sie gehört hat (auch wenn sie es vielleicht noch nicht recht glauben konnte), dass sie vollumfänglich Linderung und Begleitung erfährt in der terminalen Phase.
- Patientin erlebt aktuell, dass die momentane Schmerztherapie ihr zufriedenstellende Schmerzlinderung gewährt.
- Das Gesicht der Patientin wirkt weich, entspannt, gelöst. (Eine Tochter äussert, dass ihre Mutter noch nie ein so schönes Gesicht gehabt habe).
- Patientin lässt zusätzliche pflegerische Interventionen, wie z.B. atemstimulierende Einreibung (ATS), zu. Sie erlebt diese entspannend, schläft sogar darüber ein.
- Patientin weist eine entspannte Körperhaltung auf. Einmal verschränkte sie gemütlich die Arme hinter ihren Kopf. Sonst lagen ihre Arme wie «stramm an der Hosennaht» diszipliniert und kontrolliert seitlich von ihrem Oberkörper.
- Patientin beginnt sich mitzuteilen. Erzählte ihrer Tochter, dass sie und ihr Mann begonnen hätten, über Vergangenes zu sprechen. Sie seien bis in die Jugend zurück gegangen, hätten lange miteinander geweint.

Kurzer Aufruhr

Nachdem ich mit der Patientin und ihrem Mann in einen ersten Dialog über die «letzten Dinge» gekommen war, erreichte mich am nächsten Tag kurz der Zorn, massive Vorwürfe und Aggression der beiden Töchter. Sie waren in der Annahme, dass ich ihre Mut-

ter «zwangsweise» auf das Thema Sterben gebracht hätte. Das war kein leichter Moment für mich! Meiner Verantwortung bewusst, wollte ich mich den Anfragen der Töchter stellen, sobald sie auf Besuch kämen. Innerhalb weniger Tage ereignete sich dann sehr viel:

Beruhigung

Ich treffe eine der beiden Töchter bei der Patientin an. Beide weinen miteinander, umarmen sich. Die Tochter erzählt, dass sie derartiges mit ihrer Mutter noch nie erlebt hätte. Ein Wunder sei es, dass sie sich umarmen könnten. Sie kenne ihre Mutter nur als eine, die das Sagen hatte, aber keine Gefühle äusserte. Es sprudelt aus ihr heraus, dass genau an dem Tage, als ihre Mutter sich mit der PV befasst habe, sie selbst den inneren Impuls hatte, jetzt zu ihrer Mutter zu fahren und sie mit dem Thema Sterben zu konfrontieren. Sie hielt das Tabu nicht mehr aus. Und dann sei das Tabu bereits aufgelöst gewesen. Zitat: «In der vergangenen Woche hatte ich ein Tief. Niemand wagte, das Thema Sterben mit der Mutter anzusprechen. Meine Schwester hat allen verboten, je mit der Mutter darüber zu sprechen. Vor zehn Jahren haben meine Mutter und meine Schwester etwas miteinander erlebt, was sie sich bis heute noch nicht verziehen haben. Und nun hat unsere Mutter selbst den Anfang gemacht. Ich bin so erleichtert. Nun herrscht Offenheit, nun können wir ehrlich miteinander umgehen. Ja, meine Mutter hat mich sogar gebeten, in den kommenden Nächten bei ihr zu bleiben. Das hat sie noch nie gemacht, Wünsche für sich selbst geäussert! Meine Schwester ist dagegen. Aber ich mache jetzt, was richtig ist.» (Zitatende)

Die andere Schwester kommt z.Zt. weniger zu Besuch. Eine Pflegendende dokumentiert, dass sie sich in ihrem ersten Aufbegehren beruhigt habe. Sie ist einverstanden, dass wir einen Kontakt zwischen ihr und der Musiktherapeutin herstellen.

Der Ehemann bekundet Erleichterung. Er wirkt entspannt, verweilt stundenlang an ihrem Bett, während sie schläft. Er macht ihr kleine Handreichungen, die Patientin kann es zulassen und annehmen. Die Tochter wundert sich nur darüber.

Die Pflegenden dokumentieren, dass die Patientin lockerer, entspannter, entlasteter, kooperativer wirkt. Sie beobachten die vermehrt geöffneten Augen, die weichen Gesichtszüge, das Lächeln. Sie sind berührt von der Behutsamkeit, wie der Ehemann oder die Tochter miteinander kommunizieren; sei es verbal oder nonverbal. Sie erleben die ruhige und entspannte Atmosphäre im Zimmer. Die Pflege gestaltet sich für sie leichter, weil die Verhältnisse nun klar sind. Eine Pflegendende aus der Projektgruppe: «Ich konnte nichts machen, die Patientin lehnte jede Art von Kommunikation ab. Pfllegerische Interventionen duldet

sie; hatte jedoch schnell genug davon. Nur das Nötigste liess sie zu, alles war ihr bald zu viel! Jetzt erlebe ich Frau H. völlig anders: Sie lächelt, lässt Pflege zu und «geniesst» sogar die angebotene atemstimulierende Einreibung (ATS). Einmal schief sie während einer ATS sogar entspannt in den Armen ihrer Tochter ein. Zu den Angehörigen bekam ich keinen rechten Draht, jetzt reden wir alle vom Gleichen, jetzt ist eine klare und entspannte Atmosphäre im Zimmer.»

Der evangelische Seelsorger äusserte sich folgendermassen: «Es haben verschiedentliche Kontakte mit den Angehörigen und mit dem Ehemann stattgefunden. Jetzt herrscht keine Barriere mehr! Alles ist jetzt durchlässig! Alle Türen, die vorher verrammelt waren, sind jetzt offen. Im Kreis der Angehörigen konnte ich mit der Patientin Psalm 23 beten. Sie war ja 20 Jahre Sonntagsschullehrerin. Sie ware eine fromme Frau, hat aber nie Aufhebens davon gemacht. Frau H. hat das Vertrauen gefunden. Wir können offen miteinander über das Sterben sprechen, müssen aber auch nichts unnötig problematisieren. Nein, der Knopf ist gelöst.»

Vorschläge für ein weiteres Vorgehen

Dieses aktuelle Projektergebnis, die revidierte Fassung der Patientenverfügung sowie der Pflegeanamnese für die Gestaltung der terminalen Phase werde ich nun der Oberschwester Frau Irène Bachmann-Mettler, dem leitenden Chefarzt Herrn Professor Dr. Th. Cerny, dem leitenden Oberarzt der Palliativstation Herrn Dr. St. Eychmüller zur Stellungnahme vorlegen. Je nach Entscheid Einsatz dieser Instrumente für sechs Monate und erneute Evaluation.

Evaluation der Ziele

Evaluation in bezug auf die Patientin:

Die konkrete Anwendung der Patientenverfügung sowie die individuell erstellte Pflegeanamnese für die Gestaltung der terminalen Phase:

- ermöglichte der Patientin, ihre Ängste und Befürchtungen in bezug auf die Sterbephase zu benennen. Zugleich erhielt sie konkret die Möglichkeit, ihr Selbstbestimmungsrecht geltend zu machen und festzulegen, was sie wünschte z.B. eine ausreichende Schmerztherapie und was sie nicht wünsche, z.B. unnötige lebensverlängernde Massnahmen,
- stellte eine entscheidende Kommunikationshilfe dar, um das krampfhaft aufrechterhaltene Tabu zu Tod und Sterben (gleich einem Familienabkommen) behutsam aufzulösen,
- leitete unter kompetenter Unterstützung unserer Musiktherapeutin Frau Dr. Monika Renz konkrete Versöhnungswege innerhalb des Angehörigennetzes ein,

- verhalf dazu, angestaute, unerledigte Dinge zu thematisieren,
- bewirkte bei der Patientin ein angstfreieres Zuleben auf das Sterben ,
- ermöglichte der Patientin, ihre bevorstehende terminale Phase konkret «mitzugestalten» in bezug auf ihre Wünsche, Bedürfnisse, Zu- und Abneigungen, (bewirkte Entspannung)
- leitete einen natürlich gelebten Abschied ein, (Bsp.: Tochter übernachtete auf Wunsch ihrer Mutter bei ihr, Ehemann verweilt auf Wunsch der Patientin tagsüber bei der Ehefrau; es konnte miteinander geweint werden, Abschied wurde ausgesprochen und durchlebt.)

Evaluation in bezug auf das therapeutische Team:

- Das formale Bedingungsfeld steckte zunächst die Patientin selbst ab! Mit ihrem Signal der quälenden Angst davor, dass das Sterben Schmerzen bereiten könnte, konnte auf das Angebot der Patientenverfügung etc. zurückgegriffen werden. Nun konnte überraschend schnell, offen und klar über das bevorstehende Sterben gesprochen werden.
- Die Patientin erhielt Aufklärung und Beratung über palliativpflegerische und -medizinische Interventionen und erfuhr eine deutliche Angstreduktion vor der terminalen Phase.
- Ein natürlicher Dialog über Tod und Sterben wurde entsprechend der aktuellen Situation eingeleitet. (Nicht erzwungen, nicht provoziert)
- Die andere Tochter, welche immer noch die Thematisierung des bevorstehenden Sterbens ihrer Mutter ablehnt, braucht verstärkt unseren Respekt, unserer Mitgefühl, unseren langen Atem. Hier gilt es, «ihr Selbstbestimmungsrecht» uneingeschränkt anzuerkennen in gleichzeitiger Aufmerksamkeit, nach einer ihr gemässer Unterstützung zu suchen.

Schlussgedanken

*«Mors certa,
hora incerta:
Das Sicherste im Leben ist,
dass wir sterben müssen;
das am wenigsten Sichere ist
die Stunde des Todes.»*

*Eine Ars moriendi (Kunst des Sterbens)
als Triebfeder für eine
Ars vivendi (Kunst des Lebens)
zu verstehen, das ist die Expedition,
auf der ich mich seit Jahren befinde.*

Mit diesem aktuellen Patientenbeispiel erhielt ich wieder einmal Anschauungsunterricht für ein abschiedliches Leben und ein abschiedliches Sterben.

Ars moriendi als konkrete Auseinandersetzung mit dem Tod verursachte eine konkrete Auseinandersetzung mit dem gelebten Leben. Auslöser dafür war der verzweifelte Ausruf der Patientin: Angst vor unerträglichen Schmerzen in bezug auf die Sterbephase! Daraufhin die individuelle Erstellung einer Patientenverfügung sowie die Erhebung einer Pflegeanamnese für die Gestaltung der terminalen Phase. Das Tabu zu Sterben und Tod (gleich einem Familienabkommen) konnte aufgelöst werden. Erste sichtbare Angstreduktion bei der Patientin und Entspannung bei den Angehörigen!

Abschied konnte gelebt werden, sei es von Verletzungen, sei es von Verlust und verdrängter Trauer, sei es von Beziehungen, sei es von Schuld.

Im Angesicht des Todes, in der Bereitschaft, sich dem eigenen Tod zu stellen, wenngleich mit noch unsäglicher Angst verbunden, wandelte sich die Auseinandersetzung mit dem Tod zu einer Triebfeder für ein vollendetes, ausgesöhntes Leben und ein friedvolles Sterben im wahrsten Sinne des Wortes.



Muster; Kantonsspital St. Gallen
Palliativstation
Cornelia Knipping

Patientenverfügung

von

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ / Wohnort: _____

Nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit meinem behandelnden Arzt/Aerztin, meiner zuständigen Pflegeperson, gebe ich nach reiflicher Ueberlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nachstehend meinen Willen kund für den Fall, dass ich selber dazu nicht mehr in der Lage sein sollte.

I. Hiermit bestätige ich, dass ich in bezug auf meine fortschreitende Erkrankung, deren möglichen Komplikationen und palliativen therapeutischen Massnahmen ärztlich aufgeklärt wurde: Diese Aufklärung beinhaltete folgende Aspekte:

II. Meine individuelle Willenserklärung dazu in bezug auf:

Reanimation / Therapie / Autopsie oder _____

III. Medizinische und rechtliche Durchsetzbarkeit:

Ich verlange, dass meine von mir persönlich verfasste Patientenverfügung uneingeschränkt respektiert wird. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen, so beauftrage ich:

meine persönlich verfasste Patientenverfügung stellvertretend für mich durchzusetzen.

Für den Fall, dass mein behandelnder Arzt/Ärztin Zweifel hat, in Gewissenskonflikte kommt, so beauftrage ich ihn/sie, vorgängig seinen/ihren Entscheid mit fachkundigen Kollegen und Kolleginnen, (z.B. meinem Hausarzt/-ärztin Dr.: _____) sowie mit nachfolgenden Personen zu besprechen:

Name: _____	Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Telefon: _____	Telefon: _____

IV. Ich wünsche eine spirituelle / seelsorgerliche Begleitung: Ja Nein

Wenn ja, durch: _____

V. Weitere Wünsche / Bedürfnisse für die

pflegerische Gestaltung meiner Sterbephase, für meine Bestattung habe ich separat formuliert.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Eine Kopie meiner Patientenverfügung befindet sich bei:

Name: _____	Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Telefon: _____	Telefon: _____

Diese Verfügung habe ich erneuert, bzw. aktuell bestätigt:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____