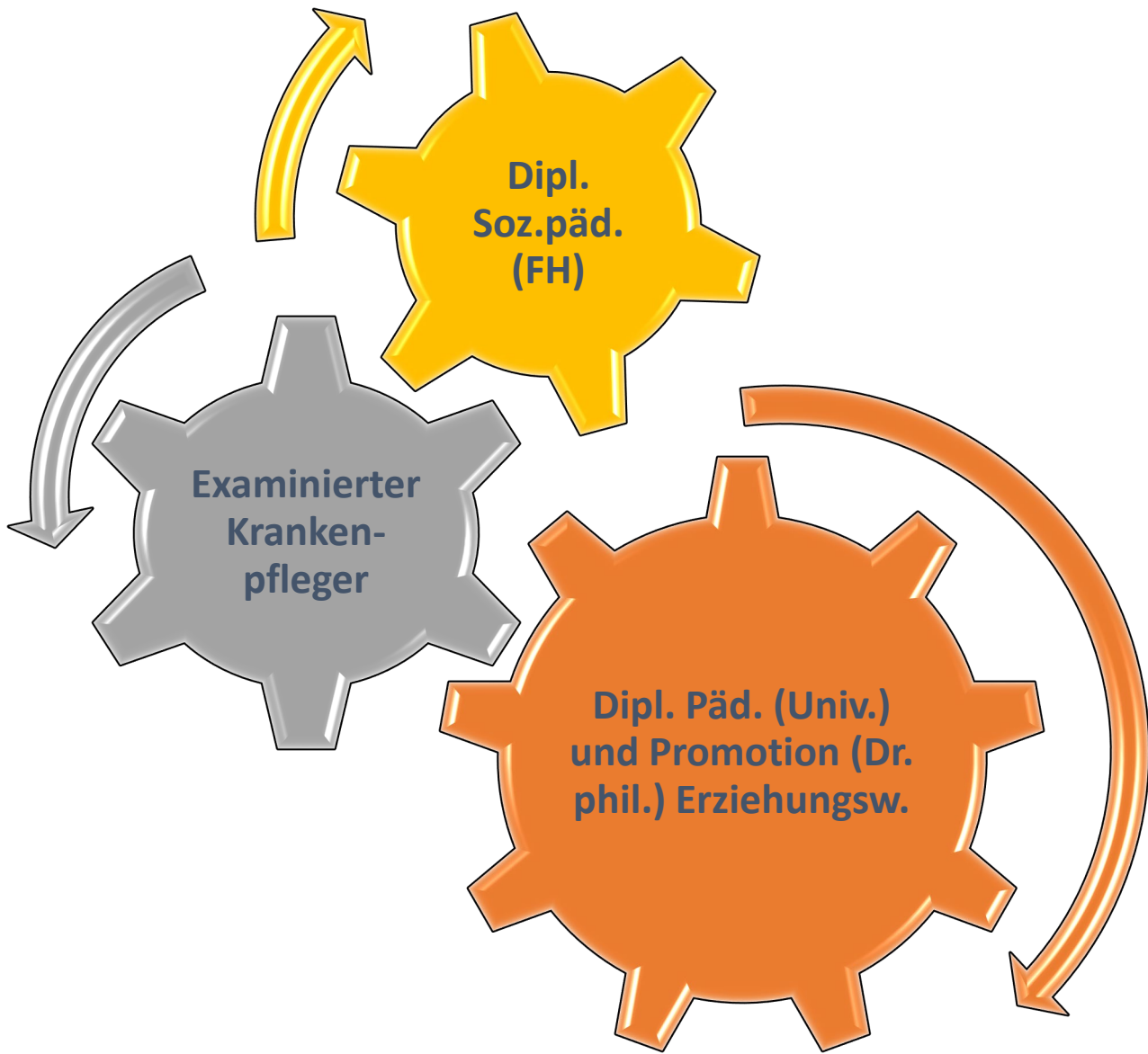


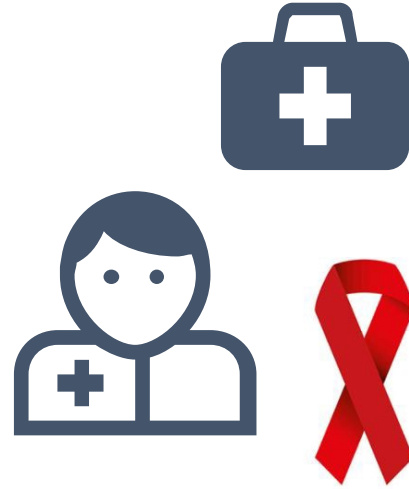
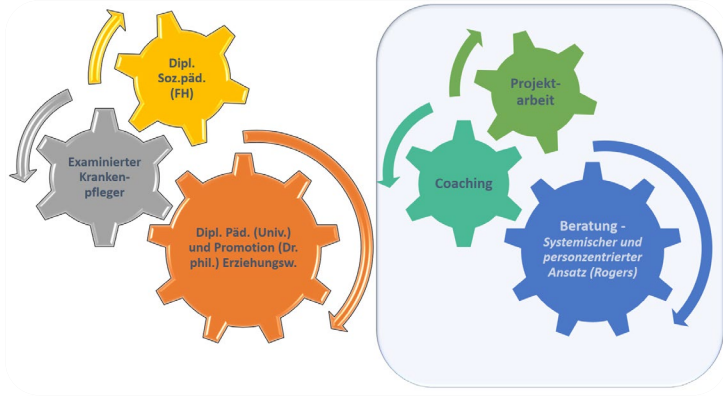
Stärkung der Patientenautonomie durch spezifische Ansätze der Gesprächsführung

Gesundheitliche Versorgungsplanung im klinischen Alltag

Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner
Fachbereich Sozialwesen, Hochschule RheinMain
Klinik am Kurpark Reinhardshausen
Bad Wildungen-Reinhardshausen, 11.05.2023





**Altenhilfe, Wohnbereich
Krankenhaus(-sozialdienst)
AIDS - Hilfe
Hospiz und Palliative Care**



**Wissenschaftl. Mitarbeiter
Jugend- und Sozialamt
(eigene) Beratungs- und
Coaching-Praxis**

Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

Patientenwille
Patientenorientierung
Patientenverfügung, VV
ACP, BVP Behandlung im Voraus planen
132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



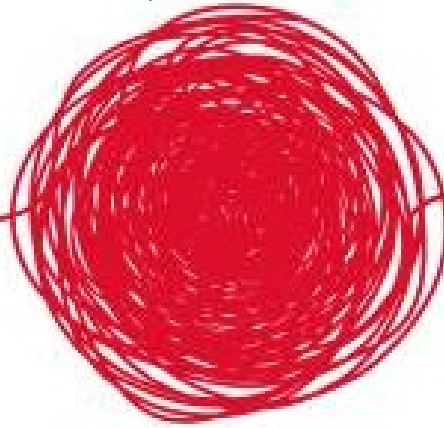
Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message





[Zurück zur Personenübersicht](#)



Prof. Dr. phil. Christian Schütte-Bäumner | Theorien und Methoden Gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Allgemein:

Raumnummer: Bleichstr. 3 Raum 5.17 |

KSR Raum E206

E-Mail: [Christian.Schuette-Baumner\(at\)hs-rm.de](mailto:Christian.Schuette-Baumner(at)hs-rm.de)

Telefon: [+49611-9495-1300](tel:+49611-9495-1300)

Mobil: [+49 175-564-598-1](tel:+49175-564-598-1)

Fax: [+49611-9495-1303](tel:+49611-9495-1303)

Postanschrift:

Postfach 3251

65022 Wiesbaden

Besuchsadresse:

Bleichstraße 3

65183 Wiesbaden

Sprechzeiten:

via E-Mail dekan-sw@hs-rm.de

AKTUELLES



ARBEITSSCHWERPUNKTE



LEBENS LAUF



FORSCHUNG



PUBLIKATIONEN



MATERIALIEN

Material

- Krüger, Ingrid (2020): **Sterben und Tod als Kernthemen der Sozialen Arbeit**, Vortrag 23. November 2020, Wiesbaden, [Vortrag online](#), [Literatur zum Vortrag](#), [Flyer: Sterben und Tod als Kernthemen der Sozialen Arbeit](#).
- Schütte-Bäumner, Christian (2023): **Stärkung der Patientenautonomie durch spezifische Ansätze der Gesprächsführung. Gesundheitliche Versorgungsplanung im klinischen Alltag**, Vortrag am 11.05.2023, Klinik am Kurpark Reinhardshausen, Bad Wildungen-Reinhardshausen, Vortrag, Literatur und Internetlinks Stand 11.05.2023.
- Schütte-Bäumner, Christian (2021): [Achtsamer Dialog auf Augenhöhe](#). In: 365 Tage fürs Leben - Magazin des Bundesverband Kinderhospiz (8), S. 42–43.
- Schütte-Bäumner, Christian (2020): [Theoretische Positionierungen Sozialer Arbeit als Potential für Forschungsperspektiven Sozialer Arbeit im Bereich Hospiz und Palliative Care](#), Vortrag 24.11.2020, Wiesbaden, dazu [Literaturverzeichnis](#).

weitere Beiträge

- **Aidshilfe-Arbeit gestern und heute: Bildung im Kontext von Sexualität und Soziale Arbeit als kritische Antidiskriminierungsarbeit**, Vortrag Kruse, Stefanie MA Vertretungsprofessorin; Schütte-Bäumner, Christian (Prof. Dr.), Hochschulöffentliche Vorlesungsreihe „Sexualität, geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der Sozialen Arbeit“, Online [Literatur Stand 21.06.2021](#).

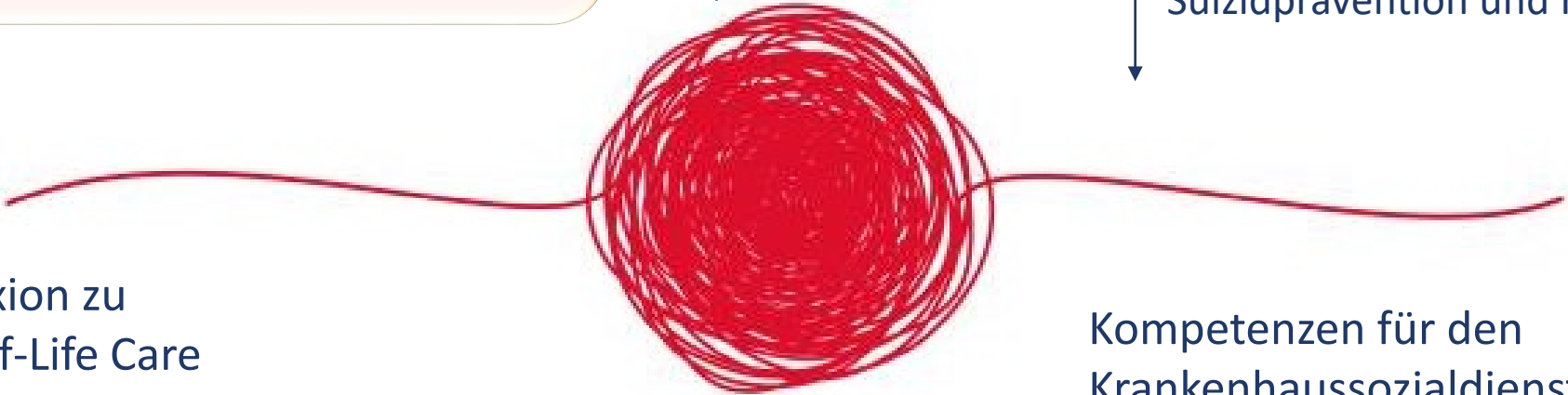
Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention



Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu Fragen des End-of-Life Care



Patientenwille
Patientenorientierung
Patientenverfügung, VV
ACP, BVP Behandlung im Voraus planen
132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message



„Die Institutionalisierung des Sterbens ist nach Ariès *Geschichte des Todes* zugleich Bedingung und Folge der „**Verdrängung**“ des Todes aus der Öffentlichkeit“

Institutionalisierung des Sterbens



Abb.: Bildquelle [Operationssaal]

Institutionalisierung des Sterbens

- Spezialisierung und Spezifizierung
- Fokussierung: Kuration = Heilung
- Körperzentrierung
- Dominanz der ärztl. Profession
- Kein, kaum Shared decision-making
- (Partizipative Entscheidungsfindung)
- Kein, kaum Informed decision making
(Informierte Entscheidungsfindung)
- Dethematisierung des Sterbens

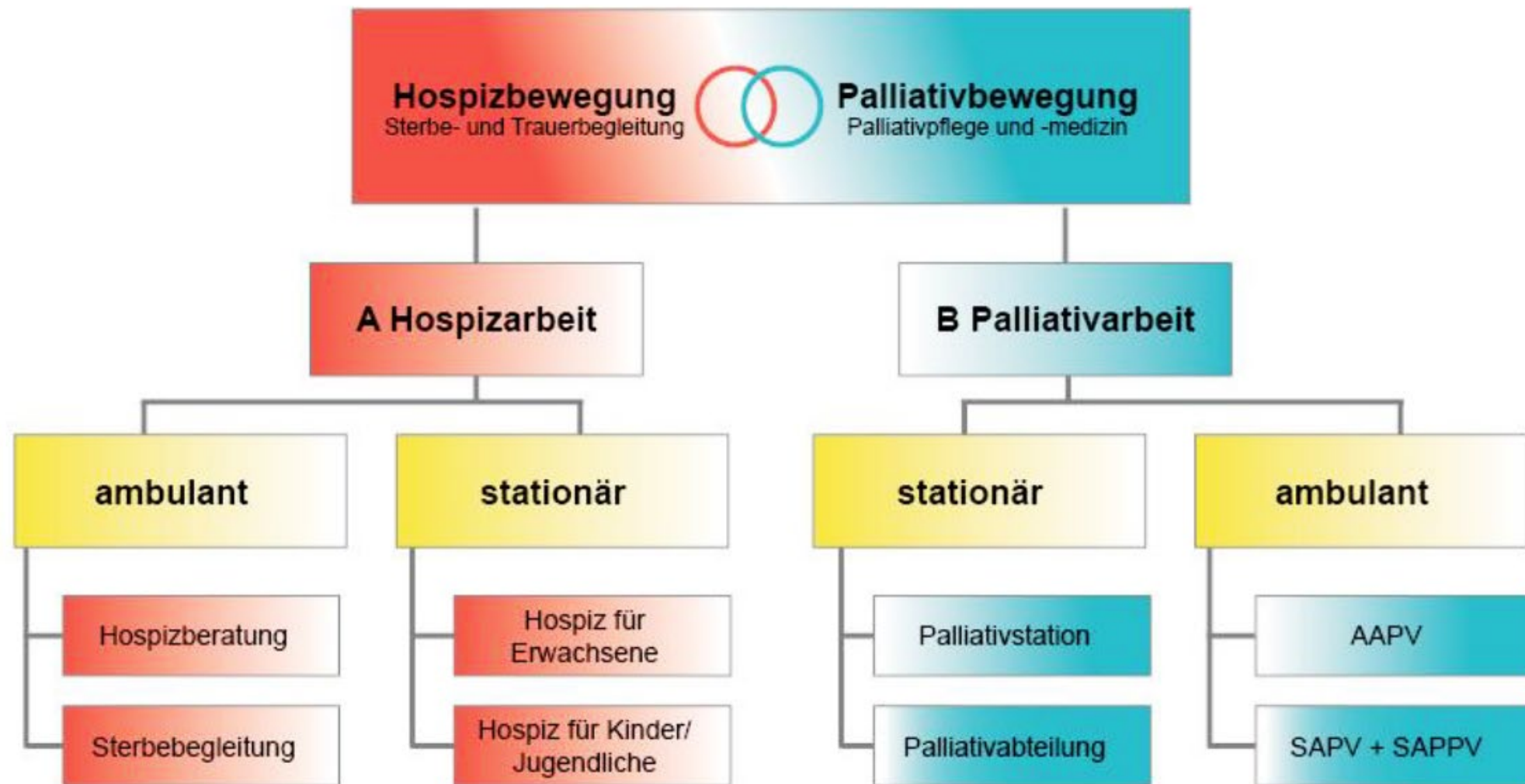


Abb.: Bildquelle [Hände]

Hospizbewegung

- Kritisiert die Institutionalisierung des Sterbens
- Plädiert für eine Normalisierung des Sterbens
- Weniger Institution, mehr Normalität
- Low tech, high touch (Saunders)
- Palliation = Linderung
- Angehörige Einbeziehen
- Gemeinwesen und Ehrenamt

- *Ciceley Saunders: Hospizgründung 1967*
- St Christopher's Hospice London
- *Elisabeth Küber-Ross*
- Interviews mit Sterbenden



Saunders

Kübler-Ross



Abb.: Bildquelle [Hospiz St. Chr.]

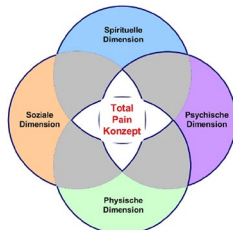


Abb.: Bildquelle [total pain]



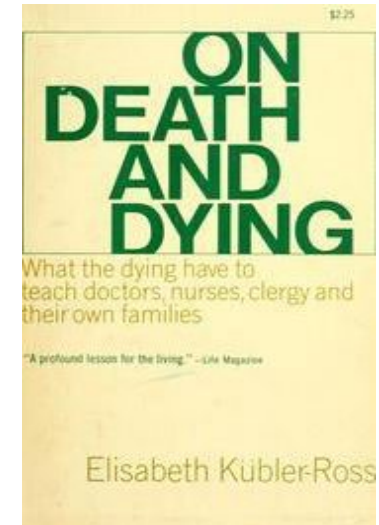
Dame Cicely Saunders, London
[* 22. Juni 1918, † 14. Juli 2005]

Abb.: Bildquelle [Saunders]



Elisabeth Kübler-Ross, Schweiz, USA (Chicago)
[* 8. Juli 1926, † 24. August 2004]

Abb.: Bildquelle [Kübler-Ross]



Wir brauchen (vorübergehend) alternative Institutionen und ein gänzlich anderes Verständnis von Schmerz

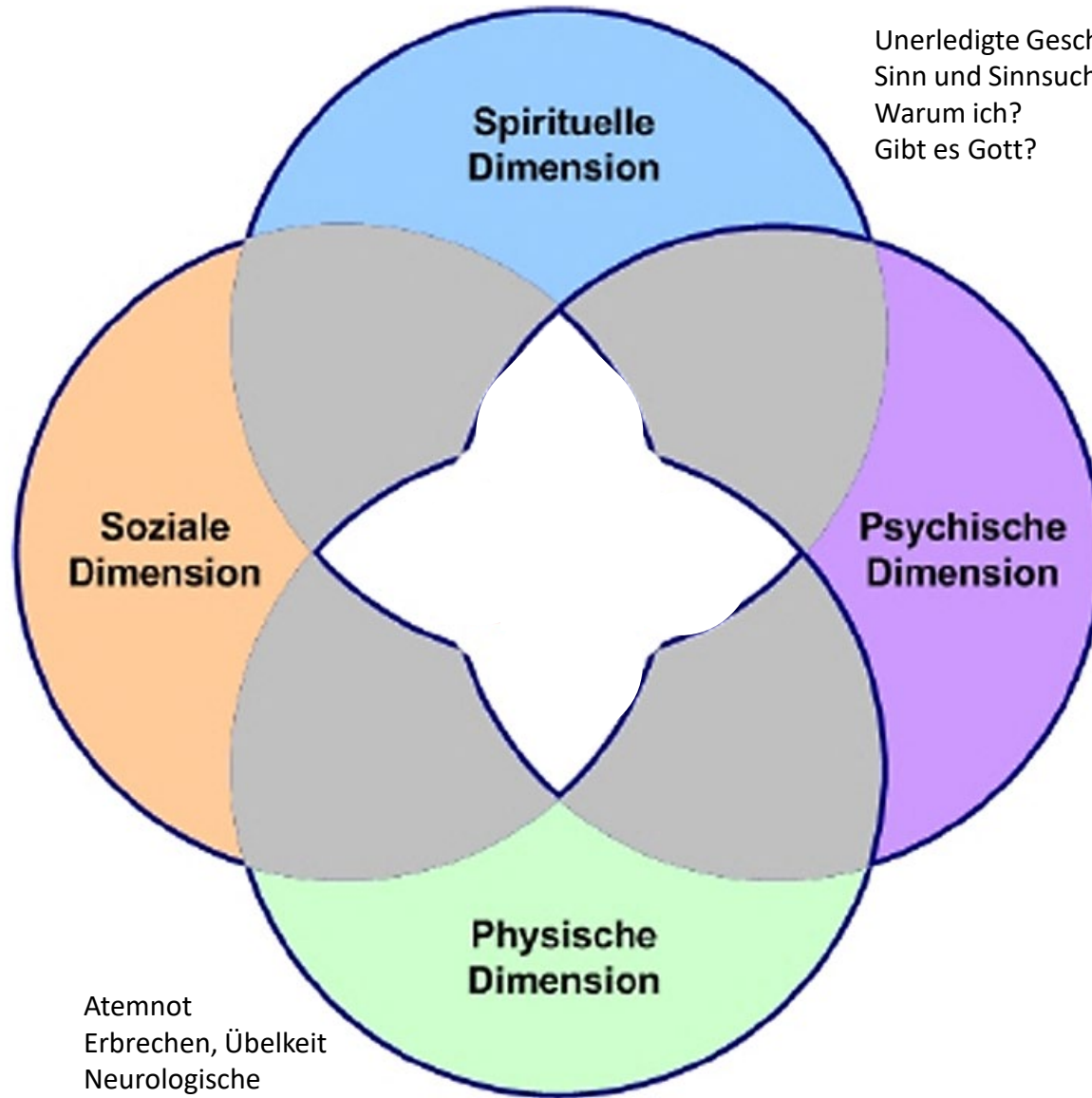
Beistand, Begleitung, ins Gespräch kommen

Total Pain | Totaler Schmerz

A vertical line connects the top box to the bottom box, indicating a relationship or flow between the two concepts.

*Mehrdimensionalität des
Schmerzes*

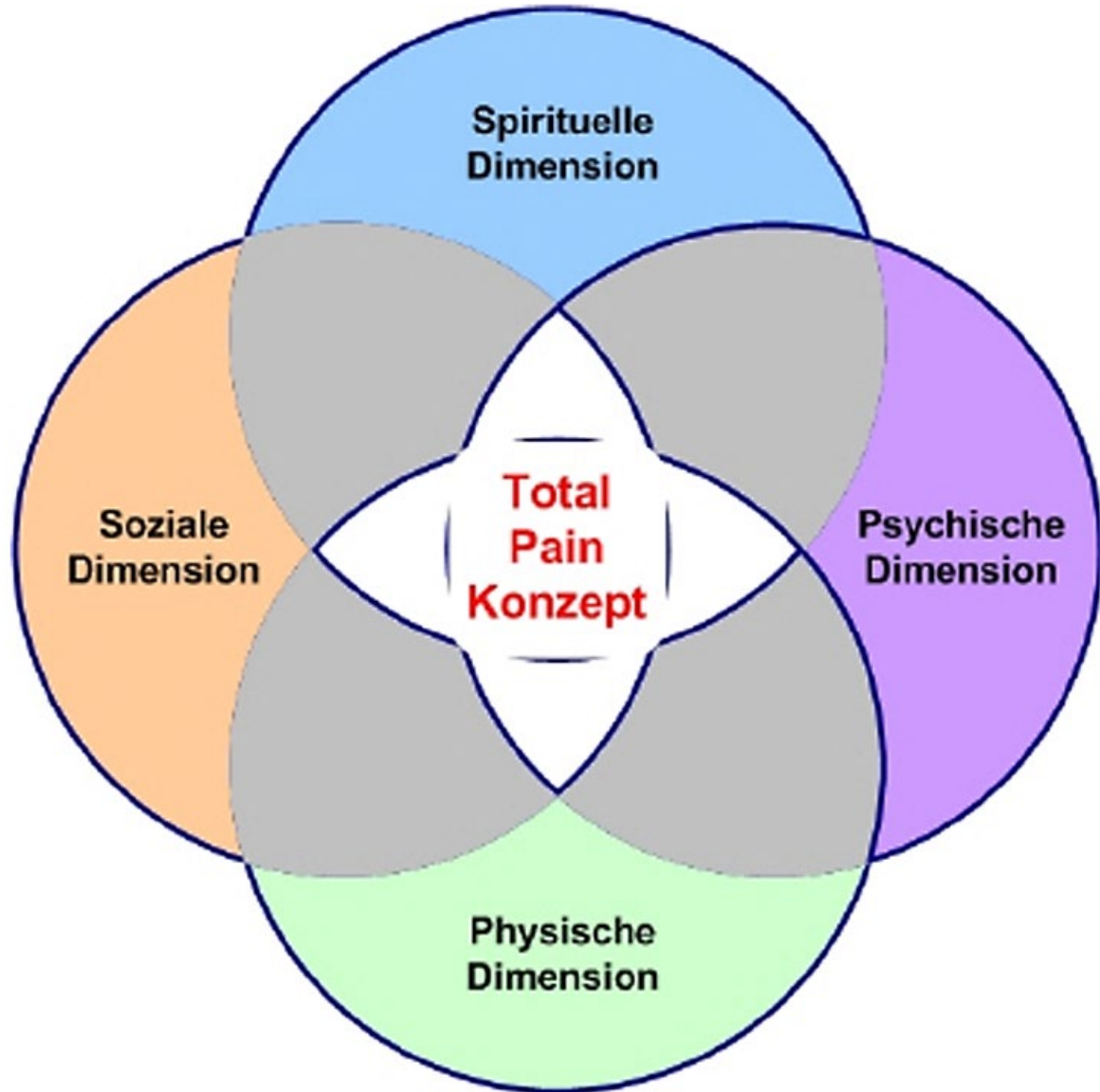
Einsamkeit
Isolation
Armut
Psychosoziale Belastung
Familie, Freunde,
Nachbarschaft,
Umwelt, Lebenswelt



Unerledigte Geschäfte
Sinn und Sinnsuche
Warum ich?
Gibt es Gott?

Angst
Depression
Verunsicherung
Unruhe

Atemnot
Erbrechen, Übelkeit
Neurologische
Schmerzen



Total Pain

- Ganzheitlichkeit
- Nicht nur Körper
- Biopsychosozial
- Gesundheitsbezogene, klinische Sozialarbeit

- Total Pain ernst genommen, führt folgerichtig zu der Forderung nach (mehr) Patientenautonomie (im Krankenhaus)

- „Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig. Und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können“

Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

Patientenwille
Patientenorientierung
Patientenverfügung, VV
ACP, BVP Behandlung im Voraus planen
132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

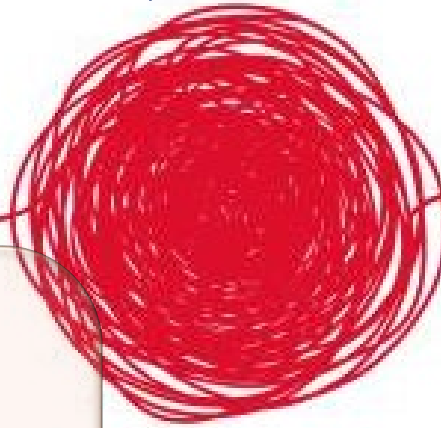
Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message



Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

Patientenwille

Patientenorientierung

Patientenverfügung, VV

ACP, BVP Behandlung im Voraus planen

132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message



SCHLÜSSELBEGRIFFE *in der Palliativversorgung*

Herausgeber
>> Arbeitsgruppe Linguistik & Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
>> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Patientenwille

„Der Begriff Patientenwille umfasst **alle Willensäußerungen** des Patienten/der Patientin im Allgemeinen und juristisch relevante Willensäußerungen im Besonderen. Der **Patientenwille muss** in jeder Phase der Behandlung einschließlich der Sterbephase **beachtet werden**. Bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen steht der Patientenwille im Vordergrund.“^[14]

Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

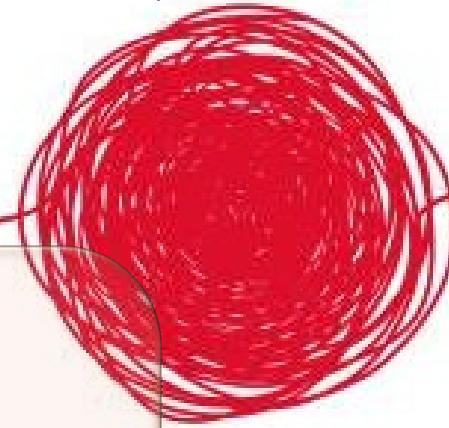
Patientenwille

Patientenorientierung

Patientenverfügung, VV

ACP, BVP Behandlung im Voraus planen

132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message



Abb.: Bildquelle [3]

Pat.-Rolle
Fachkräfterolle (Ärzte, Pflegende, Soziale Arbeit ...)
Beziehung Pat. - Fachkraft



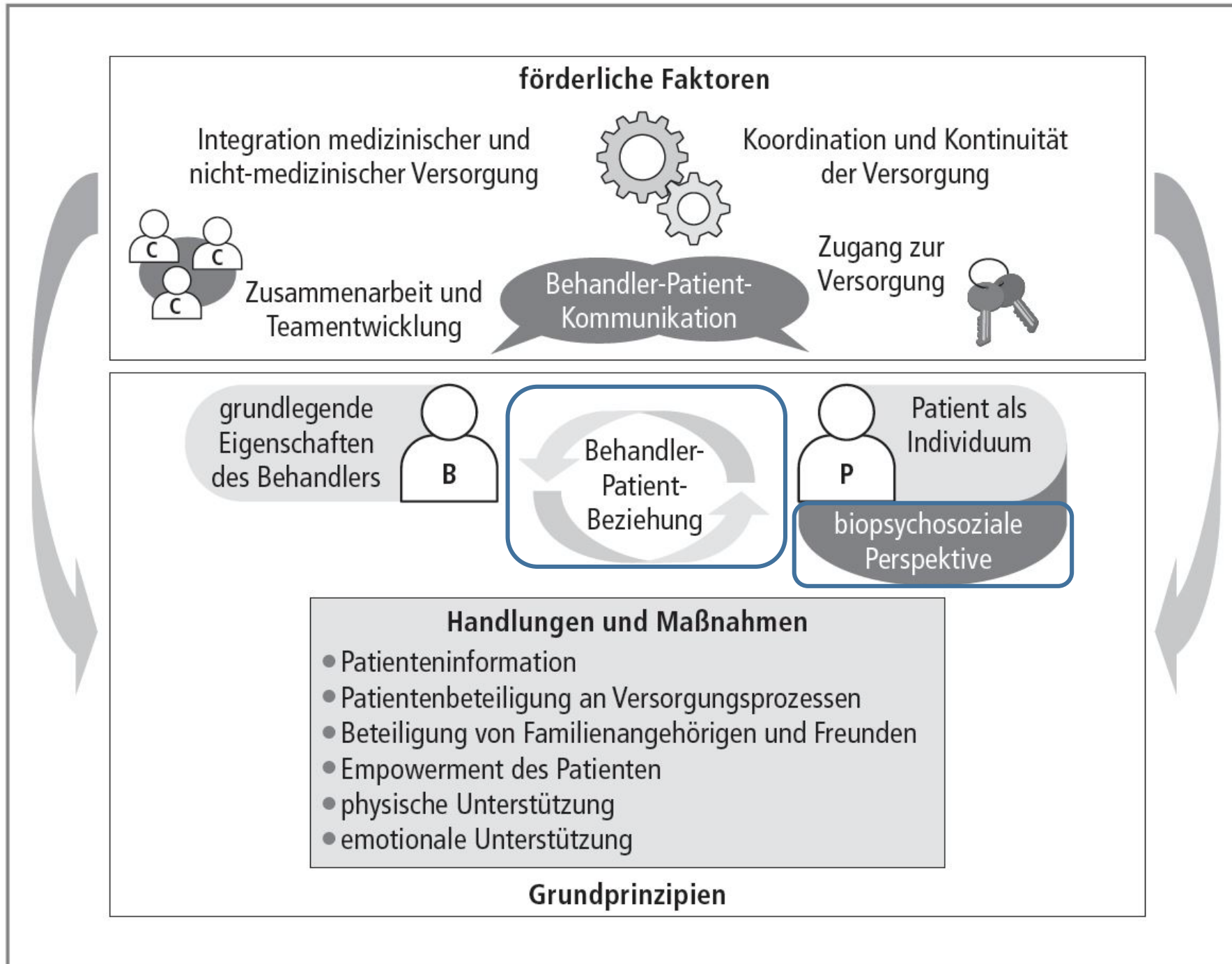
Steht der kranke Mensch (Patient:in) im Mittelpunkt?
Wie können wir uns diese Perspektive (*Patientenzentrierung*;
Patientenorientierung) vorstellen?

Integratives Modell der Patientenzentrierung
nach Zill, Härter 2017 (151)

***Integratives Modell der
Patientenzentrierung nach
Zill, Härter 2017 (151)***



Abb.: Bildquelle Lit. Nr. [3]



Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

Patientenwille

Patientenorientierung

Patientenverfügung, VV

ACP, BVP Behandlung im Voraus planen

132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

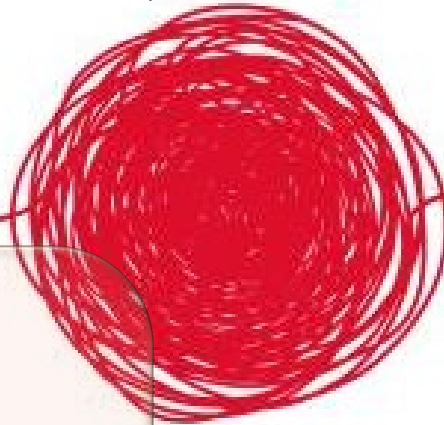
Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message



Name, Vorname, Geburtsdatum	(Walmachtegeber/in)
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	

bedürfte hiermit für den Fall, dass ich **meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann** Folgendes:

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext **Nein**

1.2 Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung soll in Situationen gelten, wenn ich ...

A. ... mich nach ärztlicher Feststellung aller Wahrscheinlichkeit nach unabweisbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung meiner Ärzte/Ärztinnen, aller Wahrscheinlichkeit nach ...		
C.1 ... unwiederbringlich vollständig verloren habe:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C.2 ... soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich verständlich äußern kann, nicht mehr möglich ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Meine Antwort zu C. 1 und C.2 gilt selbst, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist für jede Gehirnschädigung unabhängig von der Ursache. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erreichen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
D. ... ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
E. Diese Verfügung soll bereits jetzt gelten, insbesondere wenn eine schwere ...		

Patientenverfügung

„Mit einer Patientenverfügung kann ein einwilligungsfähiger und volljähriger Mensch seinen **Willen für nicht unmittelbar bevorstehende medizinische Maßnahmen im Voraus schriftlich verfügen**. Nach dem Gesetz zur Patientenverfügung können alle Situationen, unabhängig von der Art und dem Stadium der Erkrankung, verbindlich geregelt werden.

Das sind insbesondere:

- die **Sterbephase** (letzte Stunden und Tage)
- das **Endstadium** einer unheilbaren Erkrankung (letzte Wochen und Monate)
- weit fortgeschrittene Hirnabbauprozesse, z. B. bei Demenz (immer fortschreitend, immer tödlich)
- **unumkehrbare Hirnschädigung**, z. B. durch **Unfall**, Schlaganfall, Entzündung, sogenanntes (Wach-) Koma (so kann man jahre- und jahrzehntelang am Leben erhalten werden)

Patientenverfügung
Mögliche Inhalte/Fragstellungen

- Lebenserhaltene Maßnahmen
- Schmerz- und Symptombehandlung
- Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
- Wiederbelebung, Künstliche Beatmung, Dialyse, Antibiotika, Blut/Blutbestandteile
- Ort der Behandlung/Beistand, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung
- Organspende

Form:

- Widerruf der Vollmacht/Verfügung gem. §1901a Abs. 1 Satz 3 BGB jederzeit möglich
- Bedarf der Schriftform inkl. eigenhändiger Unterschrift
- Bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens gelten auch mündliche Äußerungen
- Sollte Überzeugungen/ Einstellungen zum Leben und Wertevorstellungen enthalten
- Empfehlenswert aber nicht rechtlich verpflichtend: Aktualisierung in Zeitabständen
- Empfehlenswert aber nicht rechtlich verpflichtend: Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit durch einen Arzt
- Ist für Behandler verpflichtend, wenn der Behandlungswille eindeutig feststellbar ist

Inhaltliche Voraussetzungen an eine Patientenverfügung:

- Rechtsprechungen: BGH vom 6. Juli 2016 (XII ZB 61/16), BGH vom 8. Februar 2017 (XII ZB 604/15) und BGH vom 14. November 2018 (XII ZB 107/18)
- Patientenverfügung ist nur dann wirksam, wenn in ihr konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können (konkrete Behandlungsentscheidungen)
- Keine Verwendungen allgemeiner Formulierungen

(Vorsorge)Vollmacht

Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber/in ...

Name, Vorname, Geburtsdatum	(Vollmachtgeber/in)
Anschritt	
Telefon	E-Mail

Vollmacht an ...

Name, Vorname, Geburtsdatum	(bevollmächtigte Person 1)
Anschritt	
Telefon	E-Mail

Name, Vorname, Geburtsdatum	(bevollmächtigte Person 2)
Anschritt	
Telefon	E-Mail

Name, Vorname, Geburtsdatum	(bevollmächtigte Person 3)
Anschritt	
Telefon	E-Mail

Meine bevollmächtigte/n Vertrauensperson/en (Im Folgenden: Sie) wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist und ich im Folgenden angekreuzt oder gesondert angegeben habe, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Sie soll meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchsetzen.

Nur eine Angabe ist möglich, Nichtzutreffendes durchstreichen:

- Alle Vertrauenspersonen sind ein/e jede/r alleine handlungsberechtigt.
- Vertrauensperson 1 soll die hauptbevollmächtigte Person sein, Person 2 und 3 sollen nur im Notfall handeln.
- Vertrauensperson 1 soll die hauptbevollmächtigte Person sein, Person 2 und 3 sollen nur im Notfall handeln.

3

(VORSORGE)VOLLMACHT

3

Vorsorgevollmacht

„In einer Patientenverfügung legen Sie Ihre Vorstellungen bezüglich der medizinischen Behandlung in bestimmten Situationen fest. Doch wer entscheidet für Sie, wenn Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen können?

Für diesen Fall können Sie eine (Vorsorge)Vollmacht erstellen. Mit einer solchen Vollmacht ermächtigen Sie eine oder mehrere Personen Ihres Vertrauens stellvertretend für Sie zu handeln, zu entscheiden und Verträge abzuschließen“

Vorsorgevollmacht I

Rechtsgrundlagen der Willenserklärung:

- Handeln des Bevollmächtigten gem. §164 BGB
- Verhältnis zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigten gem. §662 BGB (unentgeltliches Handeln im Auftrag)
- Verantwortlichkeit des Schuldners/Vollmachtgebers gegenüber Dritte gem. §278 Satz 1 BGB
- Schadensersatz bei Pflichtverletzung des Bevollmächtigten im Innenverhältnis zum Vollmachtgeber gem. §280 Abs. 1 BGB
- Einbindung in die medizinische Entscheidungsfindung gem. §1901c BGB (Limitation: Bei medizinischen Maßnahmen mit der Gefahr des Todes, gesundheitlichen Schadens oder freiheitsentziehender Unterbringung müssen diese Maßnahmen in der Vollmacht ausdrücklich benannt werden gem. §1904 Abs. 5 BGB und §1906 Abs. 5 BGB)

Aufgabenkreise:

- Gesundheitsfürsorge
- Behördenangelegenheiten (Vertretung vor Behörden/Gericht)
- Rechtsangelegenheiten
- Postöffnung und Fernmeldewesen
- Aufenthaltsbestimmungsrecht
- Vermögenssorge (finanzielle Angelegenheiten)
- Wohnungsangelegenheiten

Vorsorgevollmacht II

Form:

- Bedarf der Schriftform inkl. eigenhändiger Unterschrift von Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer
- Kann jederzeit widerrufen werden gem. §168 BGB, §671 BGB
- Notarielle (bei Grundstücksgeschäften) oder öffentliche Beglaubigung durch Betreuungsbehörden (gleichgestellt mit notarieller Beurkundung gem. §6 Abs. 2 BtBG) ist nicht zwingend erforderlich
- Limitation: Bankgeschäfte aufgrund von Haftungsgründen (separate Bankvollmacht)
- Empfehlenswert aber nicht rechtlich verpflichtend: Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit durch einen Arzt
- Bei mehreren Vollmachtnehmern: Festlegung Einzel- oder Gesamtvertretung
- Optionale Hinterlegung der Betreuungsverfügung und/oder Vorsorgevollmacht: [Zentrales Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer \(BNotK\)](#), Kosten zwischen 13 und 20€
- Vollmacht endet im Grundsatz mit dem Tod (Wirkung kann optional über den Tod hinaus gelten)

VORSORGE UND
PATIENTENTRECHTE

Patientenverfügung

Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in
gesundheitlichen Angelegenheiten?



Bundesministerium
der Justiz

2. Textbausteine Patientenverfügung



DIE VORSORGEN! MAPPE

STAND ENTSPRICHT DER
RECHTSLAGE 2023

INKLUSIVE ERKLÄRUNGEN ZUR
EHEGATTENNOTVERTRETUNG

- PALLIATIV-AMPEL
- (VORSORGE)VOLLMACHT
- PATIENTENVERFÜGUNG
- UNTERVOLLMACHT
- VERTRETERVERFÜGUNG
- BETREUNGSVERFÜGUNG
- BESTATTUNGSVERFÜGUNG
- MEINE WERTVORSTELLUNGEN

www.palliativstiftung.com



www.
CHARTA-FUER-
STERBENDE.DE
Wir
unterstützen
die Charta

Vorsorgemappe der Deutschen PalliativStiftung





Kritik und Schwierigkeiten mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten

- PV, VV werden nicht rechtskonform ausgefüllt
- PV, VV sind nicht spezifisch, eindeutig ausgefüllt
- Zu spät
- Die Auseinandersetzung mit medizinischen Szenarien und hier dem eigenen Willen, überfordern, sind ohne Begleitung kaum vorstellbar. Daher sind die Anforderungen an PV kaum zu erfüllen.

Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

Patientenwille
Patientenorientierung
Patientenverfügung, VV

ACP, BVP Behandlung im Voraus planen

132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

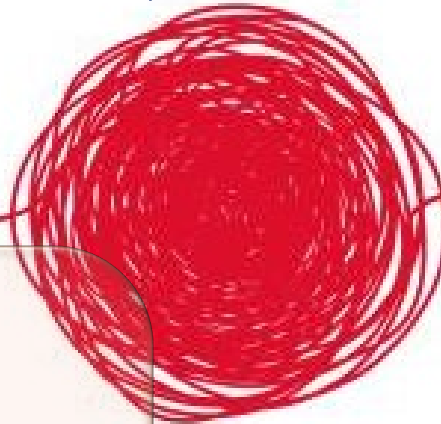
Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message



Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen

Advance Care Planning: A New Concept to Realise Effective Advance Directives

J. in der Schmitten¹, F. Nauck², G. Marckmann³



Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen

Advance Care Planning: A New Concept to Realise Effective Advance Directives

J. In der Schmitt¹, F. Nauck², G. Marckmann³

¹ in der Schmitt, ² Nauck, ³ Marckmann



- **Advance Care Planning** – deutsch: **Behandlung im Voraus planen (BVP)** – etabliert sich inzwischen auch in Deutschland als ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen.
- Dabei erhalten Interessenten zum einen im Rahmen eines professionell begleiteten **Gesprächsprozesses** Gelegenheit, eigene Präferenzen für künftige medizinische Behandlungen bei Einwilligungsunfähigkeit zu entwickeln und aussagekräftig zu dokumentieren.
- Zum anderen werden die relevanten regionalen Institutionen und **Versorgungsstrukturen** in einem systematischen Ansatz (Change Management) beteiligt, sodass die Vorausverfügungen regelmäßig verfügbar sind und zuverlässig beachtet werden.

1)
Intentionalität
(Handlung ist bewusst und nicht intuitiv)

2)
Angemessenes Verständnis
(zu entscheidende
Handlungsoptionen müssen
verstanden werden – Sorgfaltspflicht
des Gesprächsbegleiters)

Bedingungen für
eine autonom
getroffene
Entscheidung

3)
Freiheit von Zwang & Druck
(Entscheidung ist unbeeinflusst, z.B.
frei vom Erwartungsdruck
Angehöriger oder des
Gesprächsbegleiters / Arztes)

4)
Entscheidungskompetenz
(in der Lage, Entscheidungen
adäquat treffen zu können –
Resultat aus Punkt 1-3)



Abb.: Bildquelle
Veröff. Nr. [17]

Inhalte eines BVP Gesprächs

- „Zunächst sollte im **freien Gespräch** die Einstellung des Betroffenen zum Leben, Weiterleben und generell zum Einsatz medizinischer Maßnahmen bei schwerer Erkrankung ermittelt werden – im Sinne einer **Klärung des Lebenswillens generell** sowie bedingter Behandlungsziele. Diese Ausführungen dienen zum einen als **Grundlage** für die dann folgende Planung konkreter medizinischer Entscheidungssituationen, zum anderen im späteren Anwendungsfall als **Orientierung** bei medizinischen Situationen, die nicht explizit von der Vorausverfügung abgedeckt sind.“



Abb.: Bildquelle
Veröff. Nr. [17]

Inhalte eines BVP Gesprächs

- „Sodann sollten **Behandlungspräferenzen für mögliche zukünftige medizinische Entscheidungssituationen** geklärt und dokumentiert werden, für die sinnvollerweise die gewünschten Behandlungsmaßnahmen vorausgeplant werden können und sollten. Es erscheint dabei sinnvoll **drei Szenarien** zu besprechen, die sich durch die jeweils verfügbare Information über die Prognose unterscheiden“



Abb.: Bildquelle
Veröff. Nr. [17]

Inhalte eines BVP Gesprächs

1. **„Akute medizinische Krisen** mit plötzlichem Verlust der Einwilligungsfähigkeit (es ist keine prognostische Information verfügbar)
2. **Akute schwere Erkrankung mit anhaltender Nichteinwilligungsfähigkeit** (ein Spektrum unterschiedlicher Verläufe und Ergebnisse ist möglich) und
3. **Chronische Erkrankungen mit anhaltender Nichteinwilligungsfähigkeit** (eine dauerhafte kognitive Einschränkung ist sicher)“

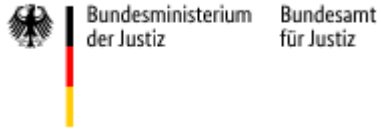


Abb.: Bildquelle [a]

Gesetz

- Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) konfrontiert das Gesundheitswesen mit neuen Herausforderungen.
- 132 g SGB V.
- !“(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.
- Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden.



Advance Care Planning
Deutschland

BVP – BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN

Qualifizierung zum Gesprächsbegleiter nach dem § 132g,
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase,
des Hospiz- und Palliativgesetz, SG BV



**PATIENTEN
VERFÜGUNG
IM DIALOG**
nach dem Konzept
DIV-BVP



Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

Patientenwille
Patientenorientierung
Patientenverfügung, VV
ACP, BVP Behandlung im Voraus planen
132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst



Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message

Suizidprävention

Ein ausgesprochen komplexes Phänomen

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Herausgeberinnen & Herausgeber:
Barbara Schneider, Reinhard Lindner,
Ina Giegling, Sina Müller,
Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu,
Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:
Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink,
Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar,
Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling,
Raymond Voltz, Birgit Wagner,
Manfred Wolfersdorf

Suizidprävention

Ein ausgesprochen komplexes Phänomen

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch

Assistierter Suizid

Suizidprävention und Krisenintervention



Herausgeberinnen & Herausgeber:
Barbara Schneider, Reinhard Lindner,
Ina Giegling, Sina Müller,
Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu,
Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:
Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink,
Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar,
Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling,
Raymond Voltz, Birgit Wagner,
Manfred Wolfersdorf

Suizidalität, Sterbewunsch

„**Suizidalität** ist ein **menschliches Geschehen und Erleben**, dessen Verständnis sich im kulturellen Kontext wandelt.

In unserem Kulturkreis wurde der Suizid jahrhundertlang als „**Sünde**“ angesehen und die durch Suizid Verstorbenen noch nach ihrem Tod physisch geschändet und außerhalb christlicher Friedhöfe beigesetzt. Erst im 19. Jahrhundert wurde Suizidalität in die Nähe von psychischer **Erkrankung** gebracht.“^[18:17]

Suizidalität, Sterbewunsch

Es gibt **keine einheitliche Definition von Suizidalität**

Suizid als Akt der bewussten Selbsttötung

Suizidversuch als jegliches nicht tödlich endendes suizidales Verhalten, unter Einschluss selbstschädigenden Verhaltens.

Unter **suizidalem Verhalten** werden eine Reihe von Verhaltensweisen, zu denen *Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche* und der *Suizid selbst* gehören, aufgeführt^[18:18]

Suizidalität, Sterbewunsch

Mehr als 9.000 Suizide und mehr als 100.000 Suizidversuche in Deutschland (im Jahr)

Die Gruppe mit dem höchsten Suizidrisiko wird durch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bestimmt, jedoch kann aus Suizidalität nicht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung geschlossen werden

Trennungserfahrungen, Verluste, auch die der eigenen Gesundheit, und Kränkungen in interpersonellen Beziehungen sind häufig Auslöser suizidalen Erlebens und Verhaltens^[18:19-23]

Suizidprävention

Ein ausgesprochen komplexes Phänomen

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch

Assistierter Suizid

Suizidprävention und Krisenintervention



Herausgeberinnen & Herausgeber:
Barbara Schneider, Reinhard Lindner,
Ina Giegling, Sina Müller,
Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu,
Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:
Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink,
Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar,
Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling,
Raymond Voltz, Birgit Wagner,
Manfred Wolfersdorf

Assistierter Suizid

„Unter einem assistierten Suizid versteht man die „**Beihilfe zur Selbsttötung**“. Der Sterbewillige nimmt selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein. Eine andere Person, das heißt ein Angehöriger oder nahestehender Mensch, ein Arzt oder Sterbehelfer hat hierzu einen Beitrag geleistet, z.B. die tödliche Substanz zur Verfügung gestellt“^[8]

Aktive Sterbehilfe, Strafbar

Aktives Herbeiführen des Todes, zum Bsp. durch Verabreichung einer Überdosis eines Schmerz- oder Beruhigungsmittels, Narkosemittels, Muskelrelaxans, von Insulin, durch Kaliuminjektion oder einer Kombination davon. **Strafbar gem. § 216 StGB** (Tötung auf Verlangen). Fortdauernde Wirksamkeit durch Urteil vom 26.02.2020 umstritten, wobei von einer teilweisen oder vollumfänglichen Verfassungswidrigkeit und damit Unwirksamkeit ausgegangen wird. Wurde noch nie vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelt.

Passive Sterbehilfe, legal

Unterlassen von lebensverlängernden Behandlungen.
Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.

Indirekte Sterbehilfe, legal

In Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintritts als unerwünschte Nebenwirkung einer Medikamentengabe, z. B. einer gezielten Schmerzbekämpfung.
Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.

Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid), nicht strafbar

Bereitstellen von Medikamenten oder Ähnlichem, welche der Patient selbst nehmen muss.

„Beihilfe“ zur Selbsttötung bedeutet die Hilfestellung beim Vollzug einer Suizidhandlung durch eine Person, die ein Mittel (meist ein Medikament) zur Selbsttötung bereitstellt. Dies ist in Deutschland erlaubt. Das frühere Verbot einer „geschäftsmäßigen Beihilfe“ (Arzt, Sterbehilfeverein) wurde aufgehoben:

Am 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht den 2015 eingeführten § 217 StGB für verfassungswidrig und somit nichtig.

Assistierter Suizid

„Den assistierten Suizid beeinflussende Faktoren. Hier ist die Forschungslage sehr lückenhaft. Abgesehen von der Legalisierung des assistierten Suizids als Voraussetzung, gelten bislang

- besonders schwere Karzinome und neurologische Erkrankungen, eventuell ohne qualifizierte neurologische oder palliative Behandlung, als Risiko (Steck et al., 2018).
- In einem systematischen Review wurden die Einflussfaktoren Alter, höherer Bildungsgrad, Ängste, Sorgen und Depressivität, die Ablehnung des Alterns wie auch mangelnde Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Qualität von Hilfen und Unterstützung als psychosoziale Bedingungen alter Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid identifiziert (Castelli Dransart et al., 2021)^[18:23]

Suizidprävention

Ein ausgesprochen komplexes Phänomen

Suizidprävention Deutschland

Aktueller Stand und Perspektiven

Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid

Suizidprävention und Krisenintervention



Herausgeberinnen & Herausgeber:
Barbara Schneider, Reinhard Lindner,
Ina Giegling, Sina Müller,
Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu,
Barbara Urban, Georg Fiedler

In Zusammenarbeit mit:
Hellmuth Braun-Scharm, Sabine Fink,
Karoline Lukaschek, Klaus Maria Perrar,
Paul Plener, Frank Schwab, Uwe Sperling,
Raymond Voltz, Birgit Wagner,
Manfred Wolfersdorf

Suizidprävention



„Vernetzung ist ein Kernelement von Suizidprävention

- 2001 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) das **Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)** gegründet (www.suizidpraevention.de). In den folgenden Jahren wurde diese Initiative in Kooperation mit dem **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** und der **Weltgesundheitsorganisation (WHO/Europe)** weiterentwickelt und im Jahr **2017 neu organisiert**:
 - Es fehlt an Kenntnissen über Suizidalität
 - Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms und der regionalen Vernetzung
 - Förderung der Aus- Fort und Weiterbildung
 - Förderung der Forschung
 - Ausbau der niedrigschwelligen/barrierefreien Versorgung
 - Förderung der Öffentlichkeitsarbeit “[18:33ff.]



Pflegebedürftige Menschen

Tipps zum Umgang mit Lebensmüdigkeit oder Suizidalität bei älteren pflegebedürftigen Menschen. Entstanden aus der Kooperation der AG "Alte Menschen" des NaSPro und des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP)

→ [Download](#)



Praxishilfe „Umgang mit suizidalen Äußerungen in der Pflegeberatung“

Wie geht man mit suizidalen Äußerungen in der Pflegeberatung um? Eine Praxishilfe, die aus der Kooperation der AG "Alte Menschen" des NaSPro und der Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz – Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung Nordrhein-Westfalen entstanden ist.

→ [Download](#)



Suizidale Menschen in der Apotheke

Gesprächsleitfaden für Apotheker*innen und PTA

→ [Download](#)



Allgemeines zur Gesprächsführung:

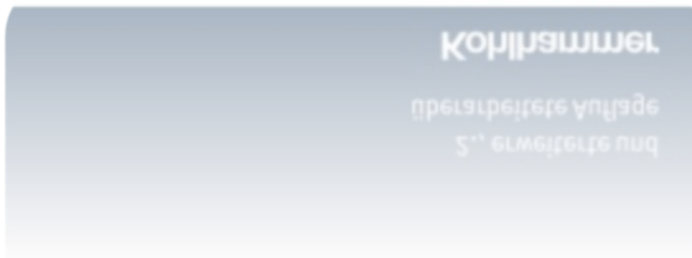
Generell empfiehlt sich eine respektvolle, ernstnehmende und freundlich-interessierte Haltung. Es ist besser, den Patienten zum Sprechen zu bringen, als vorschnell Ratschläge zu erteilen. Im Einzelnen können folgende Hinweise für das Gespräch mit suizidalen Menschen hilfreich sein:

- » Nicht wertendes Gesprächsverhalten, bei dem Offenheit und Vertrauen vorherrschen und sich der suizidale Mensch in seiner Not angenommen fühlt.
- » Todeswünsche, suizidale Gedanken und Absichten offen ansprechen.
- » Suizidalität ernst nehmen, nicht verharmlosen, aber auch nicht dramatisieren.
- » Gründe, Begleitumstände und akute Auslöser besprechen.
- » Möglichkeit der Unterstützung im sozialen Umfeld erkunden (z. B. Bezugspersonen, soziale Dienste, medizinische Hilfen).
- » Angebot zur Fortsetzung des Gesprächskontakts machen (Ängste ansprechen; weitere Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen). Es geht darum, Zeit zu gewinnen.



Beziehungsfördernde Grundhaltung (n. Kulesa 1985)

1. Ich nehme den anderen an, wie er ist.
2. Ich fange dort an, wo der andere steht.
3. Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte.
4. Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren.
5. Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?)
6. Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe.
7. Ich orientiere mich an den Bedürfnissen.
8. Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz.



Intervention bei suizidalen Krisen

1. Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
2. Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
3. Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche
4. Aufbau einer tragfähigen Beziehung (s. Beziehungsfördernde Grundhaltung)
5. Wiederherstellung der wichtigsten Beziehungen (Ermutigung zu ...)
6. Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen
7. Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen auch für künftige Krisen (Prinzip Hoffnung), Coping-Behavior
8. Kontaktangebot als Hilfe zur Selbsthilfe

Institutionalisierung des Sterbens
und total pain



Suizidprävention

Suizidalität, Sterbewunsch
Assistierter Suizid
Suizidprävention und Krisenintervention



Frühzeitige Reflexion zu
Fragen des End-of-Life Care

Patientenwille
Patientenorientierung
Patientenverfügung, VV
ACP, BVP Behandlung im Voraus planen
132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



Kompetenzen für den
Krankenhaussozialdienst
Weiterbildung in Palliative Care



Take Home Message





Abb.: Bildquelle [Systemische Verbundenheit]

Kompetenzen für den Krankenhaussozialdienst

Grundsätzlich

- Kommunikation, Gesprächsführung
- Case Management

Spezifisch

- Systemische Beratung (Ariste von Schlippe)
- Klinische Ethikberatung
- Netzwerkentwicklung ACP, BVP, 132g
- In diesem Zusammenhang auch Projektentw.

Curriculum Palliative Care für Soziale Arbeit

bestehend aus

1. Basiscurriculum „Soziale Arbeit in Palliative Care“ und
2. Curriculum „Palliative Counseling“

Curriculum Palliative Care für Soziale Arbeit

bestehend aus

1. Basiscurriculum „Soziale Arbeit in Palliative Care“ und
2. Curriculum „Palliative Counseling“

CURRICULA

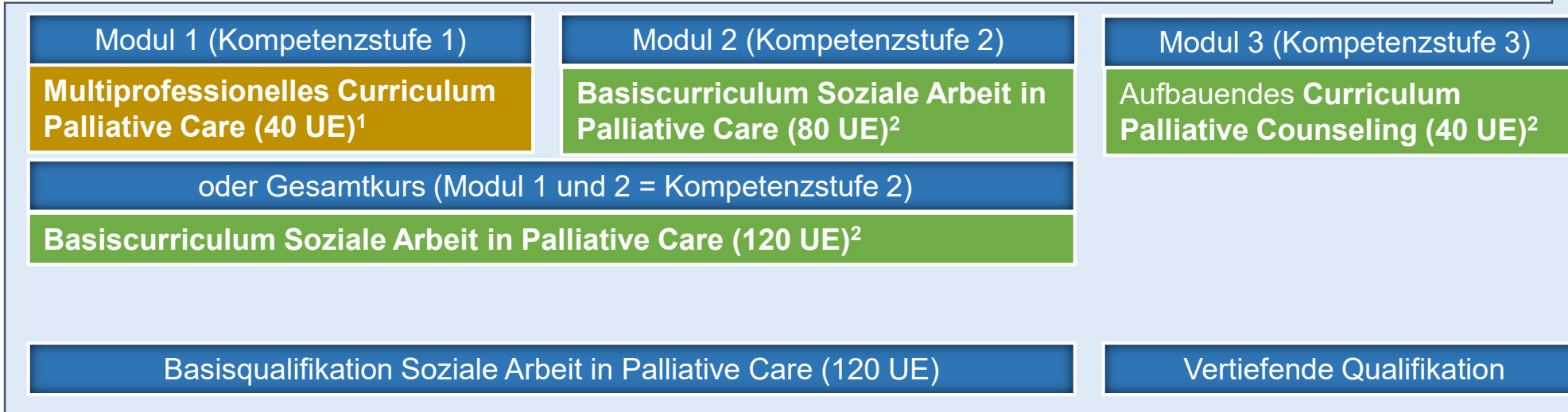
Curriculum Palliative Care für Soziale Arbeit (Christian Schütte-Bäumner, Ingo Neupert, Susanne Kiepke-Ziemes, Denise Lehmann)

1. Auflage 2022
Pallia Med Verlag, 2022
ISBN 978-3-933154-94-4
20 €

 **Kurzbeschreibung**
Curriculum Soziale Arbeit.pdf
Adobe Acrobat Dokument [40.9 KB]

[Download](#)

Das „Curriculum Palliative Care für Soziale Arbeit“ als mehrstufiges Konzept



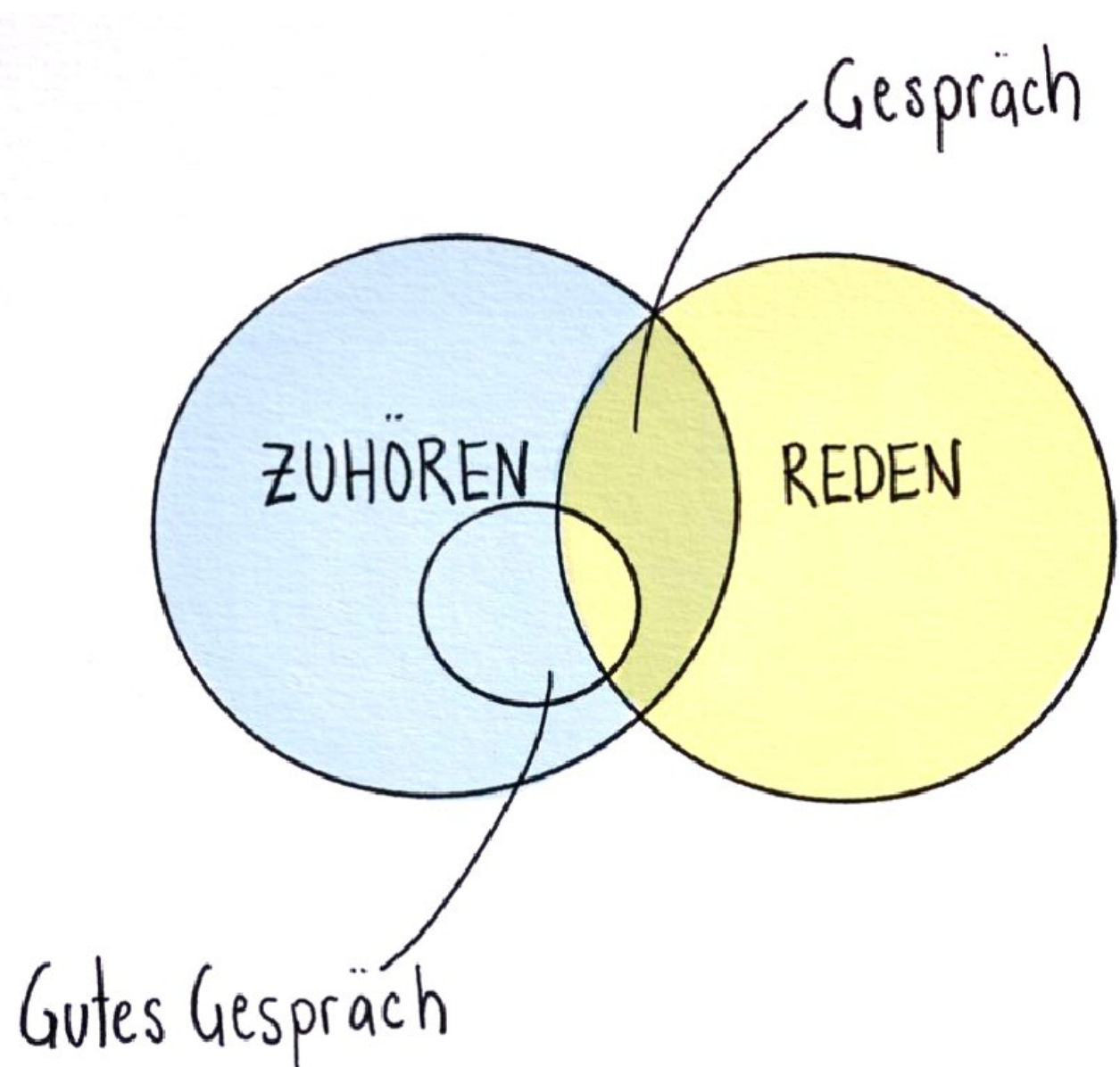
zu 1) Kern/Münch/Nauck/v. Schmude 2020

zu 2) Schütte-Bäumner/Neupert/Kiepke-Ziemes/Lehmann 2022

- orientiert an den 10 Kernkompetenzen der EAPC (vgl. Krumm et al. 2015)
- unter Einbeziehung der Charta (vgl. DGP/DHPV 2016),
- des Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (vgl. Arbeitskreis DQR 2011) sowie
- der „Kompetenzbasierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/ Palliativmedizin (KoMPaC)“ (vgl. DGP 2017)

Die 10 interdisziplinären Kernkompetenzen in der Palliativversorgung

1. Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im Setting, in dem Patient und An- und Zugehörige leben, anwenden.
2. Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern.
3. Den psychologischen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
4. Den sozialen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
5. Den spirituellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
6. Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren.
7. Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren.
8. Umfassende Versorgungscoordination und interdisziplinäre Teamarbeit umsetzen, durch alle Settings hindurch, in denen Palliative Care angeboten wird.
9. Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf Palliative Care entwickeln.
10. Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren.



Take Home Message



Patientenwille (im Krankenhaus) ist wichtig und möglich



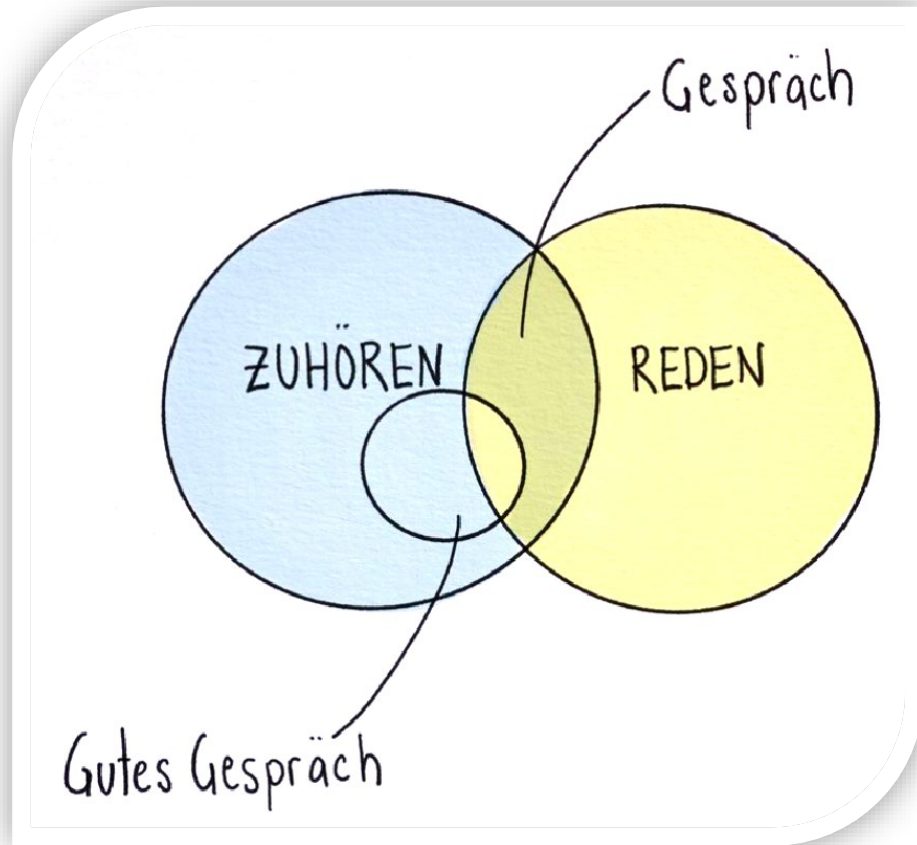
Kommunikation und Reflexion sollte zu einem frühen Zeitpunkt möglich sein



Soziale Arbeit kann hier auf wesentliche Kompetenzen zurückgreifen, ...



... und sie hat aber gute Möglichkeiten, hier ihre Kompetenzen durch Weiterbildung zu erweitern (systemisch basierte Krisenintervention)



*Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!*