



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Schweizerische Akademie der Medizinischen  
Wissenschaften SAMW  
Petersplatz 13  
4051 Basel

Ort, Datum  
Ansprechpartner

Bern, 28. Februar 2013  
Martin Bienlein

Direktwahl  
E-Mail

031 335 11 13  
[martin.bienlein@hplus.ch](mailto:martin.bienlein@hplus.ch)

## **Richtlinien-Entwurf «Intensivmedizinische Massnahmen»: Stellungnahme von H+**

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben im Dezember 2012 den Richtlinien-Entwurf «Intensivmedizinische Massnahmen» in die Vernehmlassung geschickt. Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, uns dazu zu äussern. Unsere nachfolgende Stellungnahme beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern, den Schweizer Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen.

**Grundsätzlich begrüssen wir den vorliegenden Richtlinien-Entwurf. Die einzelnen Punkte erscheinen uns sinnvoll. Sie entsprechen der heutigen Praxis. Wir regen aber dennoch an, die folgenden Überlegungen ebenfalls noch in den Richtlinien-Entwurf aufzunehmen:**

### **Neues Erwachsenenschutzrecht explizit aufführen**

Wir begrüssen, dass die Richtlinie sowohl die Patientinnen und Patienten vermehrt in die Entscheidungen für bzw. gegen intensivmedizinische Massnahmen als auch die Angehörigen oder andere vom Patienten benannte Vertreterinnen und Vertreter einbeziehen will. Allerdings erscheint uns das Erwachsenenschutzgesetz, das seit dem 1. Januar 2013 gilt und die Rechte der Patienten regelt, in der Richtlinie unzureichend berücksichtigt zu sein. Die Richtlinie spricht der Ärztin oder dem Arzt eine noch zu hohe Autonomie zu, während das Erwachsenenschutzrecht verlangt, dass sich die medizinischen Behandlungen stärker am Willen der Patienten orientieren müssen. Die Ärztin oder der Arzt ist gesetzlich verpflichtet, Patientenverfügungen zu berücksichtigen und Angehörige oder vom Patienten benannte Bezugspersonen anzuhören. Wir empfehlen deshalb dringend, die Regelungen des neuen Erwachsenenschutzgesetzes und die entsprechenden konkreten Abläufe in den Kapiteln 7.1 „Rechte des Patienten“, 7.2 „Einbezug der Angehörigen“, 4.2 „Lebensqualität“, 6.5 „Intensiv-

therapie bei voraussichtlich schwerer Pflegebedürftigkeit“ und 9. „Konfliktsituationen“ konkret einfließen zu lassen und die entsprechenden Kapitel inhaltlich zu überarbeiten. Die einleitende Zusammenfassung in Kapitel 7.2 beispielsweise fokussiert zu einseitig auf die Überforderung der Angehörigen. Vielmehr muss die Zusammenfassung in erster Linie auf die Pflicht des Arztes hinweisen, die Angehörigen einzubeziehen. Bei Patienten ohne Angehörige sollte es bei schwerwiegenden Entscheidungen wie beispielsweise der längerfristigen Platzierung in einer Institution zwingend angezeigt sein, weitere Bezugspersonen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Um das Risiko von widersprüchlichen Aussagen zu minimieren, ist es denkbar, die wichtigsten Inhalte des neuen Erwachsenenschutzgesetzes bezüglich der Intensivmedizin zusätzlich in einem eigenen Kapitel festzuhalten. Auf jeden Fall sind aber die in den Richtlinien bestehenden Widersprüche zum Erwachsenenschutzgesetz zu eliminieren.

### **Verweise auf bestehende Richtlinien der SAMW**

Wir schlagen vor, im Teil „II Richtlinien“ in den Kapiteln 5.4 „Unterlassung und Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen und Fokussierung auf Palliative Care“ und 6.10 „Sterbegleitung auf der Intensivstation“ auch auf die bestehenden Richtlinien der SAMW „Palliative Care“ (2006) und „Betreuung am Lebensende“ (2004) auszuweiten.

### **Potentielle Organspendende nicht benachteiligen**

Wir empfehlen, Kapitel 6.11 „Betreuung von potentiellen Organspendern“ ebenfalls zu überarbeiten. Die Sätze müssen besser und klarer formuliert werden. Auch wenn eine Organentnahme wichtig für die Spitäler und Kliniken ist, darf das Prinzip der besten Behandlung für die Patientin oder den Patienten, die als Spenderin respektive Spender in Frage kommen, nicht verletzt werden. Vorinformationen an die Empfänger können noch nicht in jenem Zeitpunkt erfolgen, in dem eine andere Patientin oder ein anderer Patient potentielle Spenderin oder potentieller Spender wird. Die Aufrechterhaltung oder den Abbruch einer Therapie darf eine Ärztin, ein Arzt oder ein Team nicht von einer möglichen Organspende der Patientin oder des Patienten abhängig machen.

### **Haftpflichtansprüche der Angehörigen berücksichtigen**

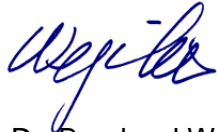
Im Kapitel 9 „Konfliktsituationen“ erachten wir es als sinnvoll, auf das mögliche Vorgehen hinzuweisen, falls die Angehörigen implizit oder explizit Haftpflichtansprüche äussern.

### **Weiche Ausdrücke wie „ausreichend“ vermeiden**

Im Teil III „Empfehlungen“ sind unter anderem die Spitaldirektionen direkt angesprochen. Hierzu halten wir fest, dass „ausreichende“ Palliativ Care und „ausreichende“ IPS-Kapazitäten zwar adäquate Kriterien sind, aber dennoch derart relativierend, dass sie nichtssagend sind und eher schaden denn helfen. Denn ob diese Kapazitäten „ausreichend“ waren, kann erst im Nachhinein beurteilt werden. Auffällig sind die Kapazitäten dann, wenn sie es nicht waren. Die Frage stellt sich im Anschluss, ob es von vorneherein absehbar war, dass die Palliativ Care und die IPS-Kapazitäten ungenügend gewesen sind. Für diese Beurteilung hilft aber die Empfehlung wiederum nichts. In die gleiche Richtung zielt die Forderung im Kapitel 8, wie die Intensivkapazitäten erhalten werden sollten („... unbedingt genügend Personal anstellen“).

Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Anliegen aufnehmen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor