

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU

# Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur umfassenden gesundheitlichen Vorausplanung

Vortragsreihe Klinische Ethik  
München, 14. April 2015





- Ungelöste Probleme der Patientenverfügung
- Konzept des „Advance Care Planning“ –  
Gesundheitliche Vorsorgeplanung in einer Region
- Umsetzung: Erfahrungen aus dem Pilotprojekt  
„beizeiten begleiten“ in Grevenbroich (D)
- *Diskussion*



Patienten mit **schweren Gehirnschädigungen** können nicht mehr selbst über *lebensverlängernde* Maßnahmen entscheiden



**Selbstbestimmungsrecht** bleibt *erhalten*



Maßnahmen müssen den **Wünschen** des Patienten entsprechen



**Behandlungswünsche** müssen vorab *entwickelt, ermittelt* und *dokumentiert* werden



**3. BetrRändG (sog. Patientenverfügungsgesetz):** vorausverfügte, situationsgenaue PV/Behandlungswünsche sind zu berücksichtigen



Effektive Wahrung der Selbstbestimmung bei fehlender Einwilligungsfähigkeit?



**Patientenverfügungen** erfüllen ihre Funktion, wenn sie...

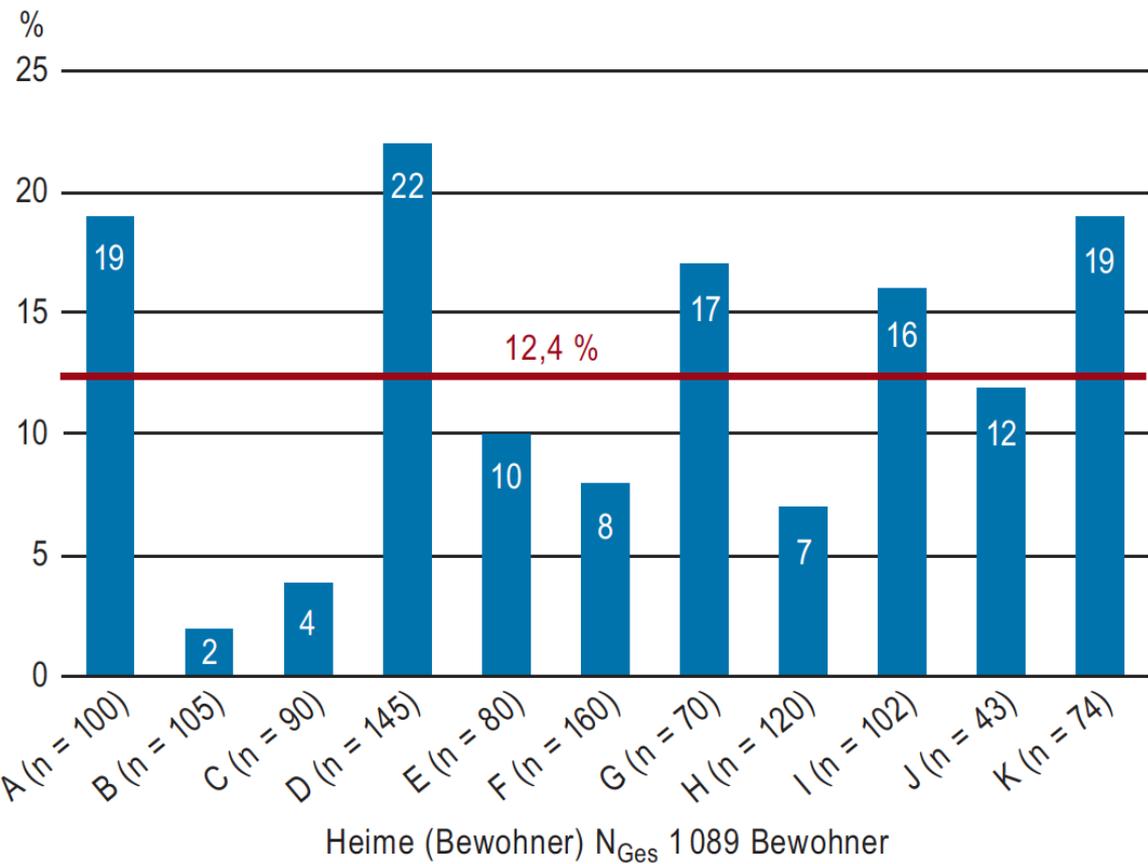
- *vorhanden* sind,
- *aussagekräftig* formuliert sind (relevante Entscheidungssituationen inkl. Notfall sind abgedeckt)
- *verlässlich* sind (tatsächliche, wohlinformierte Präferenzen der Betroffenen?)
- in der Entscheidungssituation *auffindbar* sind,
- von Ärzten und anderem Gesundheitspersonal (Pflege, Rettungsdienst) *befolgt* werden



*Sind diese Voraussetzungen tatsächlich gegeben?*



GRAFIK 1



ORIGINALARBEIT

## Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege

Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal

Sarah Sommer, Georg Marckmann, Michael Pentzek, Karl Wegscheider,  
Heinz-Harald Abholz, Jürgen in der Schmitt

Dtsch Arztebl. Int 2012;109(37):  
577-583

Mittleres Alter: 86 Jahre





## Anhand der Dokumentation nachvollziehbare Validität gemäß den Kriterien des „informed consent“

a) Dokumentation einer stattgehabten Beratung sowie der Einwilligungsfähigkeit durch einen Arzt (Goldstandard)	3 %
b) Dokumentation nur der Einwilligungsfähigkeit durch einen Arzt	3 %
c) Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit durch einen Juristen	20 %
d) Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit (unklar durch wen)	3 %
e) Bloße Unterschrift (irgend)eines Dritten (= Zeugen) ohne Hinweis zur Einwilligungsfähigkeit o. ä.	19 %
→ Von (irgendeiner) Drittperson unterzeichnet ( $\sum a-e$ )	48 %

ORIGINALARBEIT

## Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege

Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal

Sarah Sommer, Georg Marckmann, Michael Pentzek, Karl Wegscheider, Heinz-Harald Abholz, Jürgen in der Schmitt

Dtsch Arztebl. Int 2012;109(37):  
577-583



## Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich

Living wills under close scrutiny: Medical consultation is indispensable

Autoren

M. Schöffner<sup>1</sup> K.W. Schmidt<sup>2,3</sup> U. Benzenhöfer<sup>3</sup> S. Sahn<sup>4,3</sup>

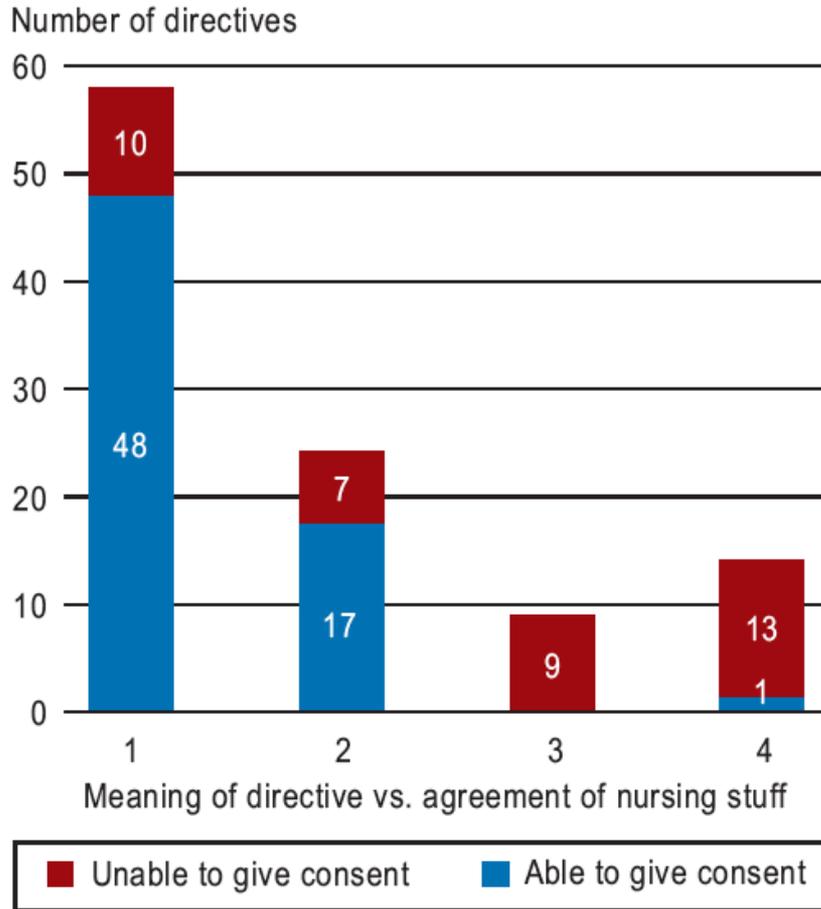
Schöffner M.  
et al, DMW  
2012

- Ärztliche Beratungsseminare zu PV 2006-2010
- Befragung vor und nach Seminaren
- 25% hatten schon PV: fast 100% äußerten danach die Absicht zur Korrektur ihrer PV
- <10% der Bürger mit PV waren ärztlich beraten worden

**➔ Beratung zur PV-Erstellung unzureichend!**



**FIGURE 3**



**Beachtung der Vorausverfügungen durch das Pflegepersonal (PP) am Beispiel Reanimationsversuch bei Herzstillstand in aktuellem Zustand (n = 105).** 11 Verfügungen konnten aufgrund von Fehlern bei der Pseudonymisierung nicht mehr dem jeweiligen Verfasser (Bewohner) zugeordnet werden, bei 3 weiteren Verfügungen konnte das Pflegepersonal die Schwere der Demenz nicht einschätzen.

- 1: Vorausverfügung und PP (kongruent):  
keine Aussage bzw. Absprache, also Reanimation
- 2: Vorausverfügung: keine Aussage,  
PP: Absprache 'keine Reanimation'
- 3: Vorausverfügung und PP (kongruent):  
Aussage bzw. Absprache 'keine Reanimation'
- 4: Vorausverfügung: keine Reanimation,  
PP: keine Absprache, also Reanimation

## Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege

Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal

Sarah Sommer, Georg Marckmann, Michael Pentzek, Karl Wegscheider,  
Heinz-Harald Abholz, Jürgen in der Schmittgen

Dtsch Arztebl. Int 2012;109(37):  
577-583



Patientenverfügungen sind

- meist *nicht vorhanden*,
- oft *nicht aussagekräftig* formuliert (insbes. für Notfallsituationen),
- meist *nicht nachvollziehbar verlässlich* und
- werden vom Gesundheitspersonal *nicht regelhaft befolgt*.



Die gesetzlich verankerte Patientenverfügung *allein* sichert nicht die Selbstbestimmung bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit!

Wie kann die  
Patientenverfügung effektiver  
gemacht werden?



## Erstellung



- vorhanden?
- aussagekräftig?
- verlässlich?

Patienten-  
verfügung

## Umsetzung



- auffindbar?
- beachtet?



## Gesundheitliche Vorausplanung in einer Region

### Erstellung

*professionell* begleiteter  
**Gesprächsprozess**  
(*facilitation*)

Patienten-  
verfügung

### Umsetzung

**regionale**  
**Implementierung**  
(Standards, Routinen)

Informed consent-Standard:  
⇒ Aussagekraft  
⇒ Klinische Relevanz  
⇒ Verlässlichkeit (Validität)

Umsetzung der Pläne:  
⇒ Verfügbarkeit  
⇒ Achtung der dokumentierten  
Wünsche in der Praxis

Welche Elemente gehören zu einem System der gesundheitlichen Vorausplanung?



## Elemente

1. Aufsuchendes Gesprächsangebot
2. Qualifizierte Unterstützung (*Begleitung*)
3. Professionelle Dokumentation
4. Archivierung, Zugriff und *Transfer*
5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf
6. Beachtung & Befolgung durch Dritte
7. Kontinuierliche Qualitätssicherung

in der Schmitt J, Marckmann G. Sackgasse Patientenverfügung. Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten. Zeitschrift für medizinische Ethik 2013;59(3):229-243.

Wie kann so ein System der  
gesundheitlichen  
Vorausplanung etabliert  
werden?



Rhein-Kreis Neuss

Grevenbroich



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

*Begleiter-  
Qualifizierung*

**3 Altenheime:**

20h Seminar

16h Supervision

10 x 4h Plenum

→ Zertifikation

Regionale  
Verwaltung

Landes-  
Ärztekammer

Träger & Ltg.  
Sen. Einricht.



Begleitung /  
„facilitation“



„informed consent“ für *zukünftige*  
medizinische Behandlungen



### *Professionell begleiteter Gesprächsprozess*

- Spezifisch ausgebildetes, nichtärztliches Personal: „*Begleiter*“
- Mehrzeitiger Gesprächsprozess mit **nicht-direktiver *Begleitung***
  - ↳ Allgemeine Einstellung zum Leben
  - ↳ Konkrete Behandlungswünsche
- Anknüpfung an Vorerfahrungen & Vorverständnisse
- Information: Szenarien & Behandlungsoptionen
- Hinterfragen von (vorschnellen) Festlegungen
- Beteiligung von Angehörigen
- Benennung eines Stellvertreters (Bevollmächtigten)
- Abschließendes Arztgespräch
  - Einwilligungsfähigkeit
  - Verständnis der Implikationen



Rhein-Kreis Neuss

Grevenbroich

Begleiter-  
Qualifizierung

**3 Altenheime:**  
20h Seminar  
16h Supervision  
10 x 4h Plenum  
→ Zertifikation

Hausarzt-  
Fortbildung

4h Einführung  
4 x 2h Plenum

Formular-  
Entwicklung

Patienten-  
verfügung

„Vertreter-  
Verfügung“

Notfall-  
bogen

Regionale  
Verwaltung

Landes-  
Ärztekammer

Träger & Ltg.  
Sen. Einricht.

in der Schmitt J, ....Marckmann G. A complex regional intervention to implement advance care planning in one town's nursing homes: Protocol of a controlled inter-regional study. BMC Health Serv Res 2011;11(1):14



**Szenarien**

**Prognose**

**Instrumente**

**Notfall**  
Herz-Kreislauf-Stillstand,  
Akute Bewusstlosigkeit

Kaum prognostische  
Information

Notfallbogen

**Akute  
Erkrankungen**  
Schwerer Schlaganfall  
schwere Gehirnblutung

Bereich möglicher  
Outcomes mit best.  
Wahrscheinlichkeiten

Patienten-  
verfügung  
&  
Diskussion  
mit Stellvertreter

**Chronische  
Erkrankungen**  
Fortg. Demenz; Z.n.  
schwerem Schlaganfall

*Dauerhaft* schlechtes  
Outcome



## Patientenverfügung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Modellprojekt in Grevenbroich:

- Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus
- Seniorenhaus Lindenhof
- Caritashaus St. Barbara
- Seniorenstift St. Josef Gustorf

»Dieses Schriftstück ist eine Vorausverfügung meines Willens in Fragen pflegerischer

### Abschnitte

**C** Plötzliche Unfähigkeit zu entscheiden / Notfallsituation

**D** Dauerhafte Unfähigkeit, selbst zu entscheiden

- H Besonderheiten
- I Unterschriften
- J Aktualisierung und Fortschreibung

### **A** Allgemeine Einstellung zum Leben und Sterben

Wie stehen Sie zum Leben – und wie zum Sterben? Welche Bedeutung hat es für Sie, noch lange zu leben?

---



---

### **C** Plötzliche Unfähigkeit zu entscheiden / Notfallsituation

Ein plötzliches Ereignis, z.B. Herzversagen, Schlaganfall oder auch ein schwerer Infekt mit Flüssigkeitsverlusten (Exsikkose) kann dazu führen, dass Menschen vorläufig nicht mehr selbst entscheiden können. Solche Ereignisse können lebensbedrohlich sein. In diesem Abschnitt legen Sie fest, wie Sie in einem solchen Fall behandelt werden wollen.

**Beispiele für Notfall-Behandlungen, die lebensrettend sein können:**

- Herz-Lungen-Wiederbelebung – wenn das Herz aufhört zu schlagen
- künstliche Beatmung – wenn die Atmung stillsteht
- Intensivtherapie – hochwirksame Medikamente, kontinuierliche Überwachung
- Anlage eines Herzschrittmachers, wenn der natürliche Schrittmacher erlahmt ist
- Stillung einer inneren Blutung durch eine Magenspiegelung oder Operation

#### Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)

Mein Behandlungswille hinsichtlich einer Notfallsituation aus aktuellem Befinden heraus ist in der von meinem Hausarzt und von mir unterschriebenen Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HANo) niedergelegt, die somit Teil dieser Patientenverfügung ist.

**Sie wird bei Bedarf aktualisiert:**

- von mir, wenn sich mein Wille hinsichtlich künftiger Behandlung verändert hat,
- gemäß meinen Festlegungen in Abschnitt D von meinem Vertreter, sollte ich dauerhaft entscheidungsunfähig geworden sein.

Wenn sich nach einer Notfallbehandlung **im weiteren Verlauf** herausstellt, dass die Chance auf Wiederherstellung meines bisherigen Zustands sinkt und das Risiko für bleibende körperliche oder geistige Beeinträchtigungen ansteigt, dann

*(nur eine Antwort ①②③ ankreuzen!)*

- ① soll die lebensverlängernde Behandlung so lange wie ärztlich vertretbar fortgesetzt werden, gleichgültig welche Risiken für künftige Beeinträchtigungen damit verbunden sind.
- ② soll die Chance einer Wiederherstellung mit dem Risiko künftiger Beeinträchtigungen abgewogen werden, wobei mein Bevollmächtigter / Betreuer nach bestem Wissen und Gewissen in meinem Sinne entscheiden soll.
- ③ soll die lebensverlängernde Behandlung frühzeitig und unter Inkaufnahme des dann eintretenden Todes abgebrochen werden, auch wenn dadurch Chancen der Wiederherstellung meines bisherigen Zustands ungenutzt bleiben.

# Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)



Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_

## Modellprojekt in Grevenbroich:

- Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus
- Seniorenhaus Lindenhof
- Caritashaus St. Barbara
- Seniorenstift St. Josef Gustorf

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

*Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

**A** **Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung**

**Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):**

**B0** **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**

**B1** **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung**

**B2** **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung**

**B3** **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung, keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)**

**C** **Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen**

Grevenbroich, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

„Diese HANo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

Grevenbroich, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

**X**

Unterschrift des **Betroffenen** (falls einwilligungsfähig)

„Ich nehme diese HANo zustimmend zur Kenntnis.“

**X**

Unterschrift und NAME des **Vertreters**/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

**X**

Unterschrift und NAME des **beizeitenbegleiten**<sup>®</sup>-qualifizierten **Begleiters**

**X**

Unterschrift und Stempel des **beizeitenbegleiten**<sup>®</sup>-qualifizierten **Hausarztes**

Diese HANo ist der **notfallmedizinisch relevante Teil** der Patientenverfügung / Vertreterverfügung (*Nichtzutreffendes streichen*) vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_, der ein qualifizierter Beratungsprozess zugrundeliegt. Die vorliegende HANo reflektiert den Willen des Bewohners bzw. seines Vertreters und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, **sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen** ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. *Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.*

## HANo: Hinweise zum Ausfüllen

### Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Diese Anordnung ist ein ärztliches Dokument und verwendet Fachsprache. Bitte lassen Sie sich von Ihrem Begleiter und / oder Ihrem Hausarzt erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist, und lassen Sie diese das Dokument gemäß Ihren Festlegungen ausfüllen.

Das allseits unterschriebene Original dieses Dokuments wird im Bewohnerordner des Wohnbereichs abgelegt.

### Für den Begleiter:

Diese HANo ist Teil der Patientenverfügung bzw. Vertreterverfügung. Damit sie im Notfall Wirkung entfalten kann, hat sie die Form einer ärztlichen Anordnung. Die HANo wird vom unterzeichnenden Hausarzt verantwortet; Ihre Unterschrift dokumentiert den Prozess der Begleitung.

Klären Sie stets zunächst das Therapieziel, bevor einzelne Behandlungsmaßnahmen erörtert werden. Ziel ist es, die HANo so auszufüllen, dass darin der aktuelle oder – bei fehlender Einwilligungsfähigkeit – der zuvor erklärte bzw. mutmaßliche Behandlungswille des Bewohners bestmöglich zum Ausdruck kommt.

**Achten Sie darauf, dass nur solche Ausschlüsse vorgenommen werden, bei denen sich Bewohner und / oder Vertreter ganz sicher sind. Im Zweifel die betreffende Therapieoption nicht ausschließen!**

### Für den Hausarzt:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der Betroffene bzw. sein Vertreter zum gegebenen Zeitpunkt in den hier relevanten Fragen (a) **einwilligungsfähig ist** und (b) **verstanden hat**, welche therapeutischen Konsequenzen mit den gewählten Festlegungen verbunden sind. Bitte nehmen Sie eine Kopie der HANo zu Ihrer Akte.

## HANo: Hinweise zur Umsetzung

### Stationäre Behandlung mit palliativem (linderndem) Therapieziel:

Der umseitige Ausschluss einer stationären Behandlung in den Optionen B3 und C bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung. Fälle, in denen der behandelnde Arzt die Indikation zur stationären Einweisung mit dem Behandlungsziel der Palliation (Linderung) stellt, sind hiervon unberührt! Beispiele hierfür können bestimmte Knochenbrüche oder auch im Heim nicht behandelbare Schmerzzustände sein.

**Allgemein gilt:** Ob eine bestimmte Therapiemaßnahme als »palliativ« oder »lebensverlängernd« zu bewerten ist, leitet sich im Einzelfall vom jeweiligen Therapieziel ab. So könnte z.B. bei einer Lungenentzündung ein Antibiotikum mit dem Ziel der Lebensverlängerung oder aber mit dem Ziel der Beschwerdelinderung eingesetzt werden.

### Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Heimleitung und -personal sowie Ihr Hausarzt tun ihr Mögliches, damit die Behandlung in den hier festgelegten Grenzen verbleibt. Eine **Garantie** kann jedoch **nicht gegeben** werden: In dem unglücklichen Fall, dass diese HANo im Notfall nicht verfügbar ist und keiner der Umstehenden Bescheid weiß, kann es geschehen, dass Behandlungen vorübergehend zur Anwendung kommen, die Sie ausschließen wollten.

### Für das Heim- und Rettungsdienstpersonal sowie Bereitschafts-, Not- und Krankenhausärzte:

#### Bitte überprüfen Sie vor der Befolgung dieser Anordnung:

1. ob es sich tatsächlich um den hier bezeichneten Patienten handelt,
2. ob die Anordnung korrekt ausgefüllt ist (= nur eine der Optionen A, B0, B1, B2, B3 oder C ist angekreuzt),
3. ob die Anordnung von Hausarzt und Betroffenen bzw. Vertreter unterschrieben ist.

**Fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllte HANos sind ungültig!**

## HANo: Aktualisierung

Wenn Änderungen des Willens oder des Zustands / der Prognose eine Aktualisierung der HANo erforderlich machen, ist eine neue HANo auszufüllen und die bisherige HANo durch **ganzzseitige diagonale Striche** (mit Datumsangabe und Unterschrift) zu entwerfen. Die entwertete HANo bleibt als solche Teil der Bewohnerakte.

# Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname  
geboren

Für den  
Fall

Modellprojekt in Grevenbroich:

Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus

Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Diese Anordnung ist ein ärztliches Dokument und verwendet Fachsprache. Bitte lassen Sie sich von Ihrem Begleiter und / oder Ihrem Hausarzt erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist, und lassen Sie diese das Dokument gemäß Ihren Festlegungen ausfüllen.

Das allseits unterschriebene Original dieses Dokuments wird im Bewohnerraster des Wohnbereichs abgelegt.

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

**A** 

**Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung**

**B0** 

**Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):**

**Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**

**B1** 

**Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung**

**B2** 

**Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung**

**B3** 

**Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung, keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)**

**C** 

**Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen**

Diese  
Anordnungen

Die vorliegende HANo reflektiert den Willen des Bewohners bzw. seines Vertreters und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bewohnermächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

Wenn Änderungen des Willens oder des Zustands / der Prognose eine Aktualisierung der HANo erforderlich machen, ist eine neue HANo auszufüllen und die bisherige HANo durch ganzseitige diagonale Striche (mit Datumsangabe und Unterschrift) zu entwerfen. Die entwertete HANo bleibt als solches Teil der Bewohnerakte.

en kann,  
Ihre Un-

st es, die  
Arzte bzw.

d / oder

hier re-  
mit den

handlun-  
gen Ein-  
können

erten ist,  
biotikum

gelegten  
HANo  
rdungen

kreuzt),



		HAnNo- Abschnitt	RESPEKT n= 114	Hickman et al. (2011) n=718	Hammes et al. (2012) n=255
<b>A</b>		Uneingeschränkte Therapie	8.8%	11.6%	4%
<b>B0</b>		Keine Reanimation	11.4%	46,7%	31%
<b>B1</b>		+ keine Intubation	17.5%		
<b>B2</b>		+ keine Verlegung auf ITS	23.7%		
<b>B3</b>		+ keine stat. Einweisung	9.6%		
<b>C</b>		nur palliativ	24.6%	41.8%	62%

Wie können Behandlungs-  
entscheidungen für nicht mehr  
einwilligungsfähige Menschen  
(ohne Patientenverfügung)  
vorausgeplant werden?

## Zunächst (noch) häufige Situation

- Patient ist nicht mehr urteilsfähig (z.B. Demenz)
- Es liegt keine Patientenverfügung vor

⇒ *Beizeiten begleiten*: Vorausplanung mit Stellvertreter  
(Bevollmächtigter, Betreuer)

## Basis für die Planung

- Frühere mündliche Äußerungen
- Mutmaßlicher Wille: „Wie würde der Patient sich in der vorliegenden Situation entscheiden?“
- Wohlergehen des Patienten

⇒ Schriftliche Festlegung: **Vertreterverfügung (VV)**

- RESPEKT: neue PV 19, neue VV: 30! (t1: 33 VV/40 PV)

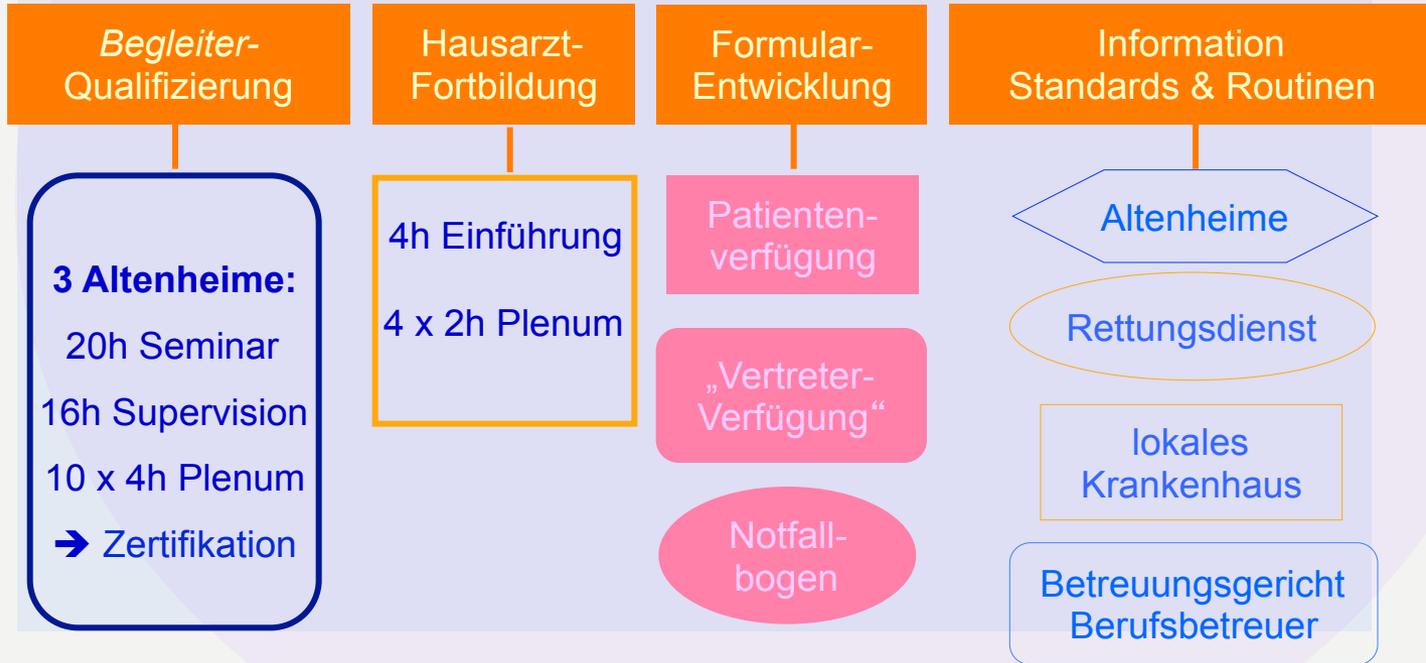
⇒ Planung für den Notfall: **HAnNo**





Rhein-Kreis Neuss

Grevenbroich



- Regionale Verwaltung
- Landes-Ärztekammer
- Träger & Ltg. Sen. Einricht.

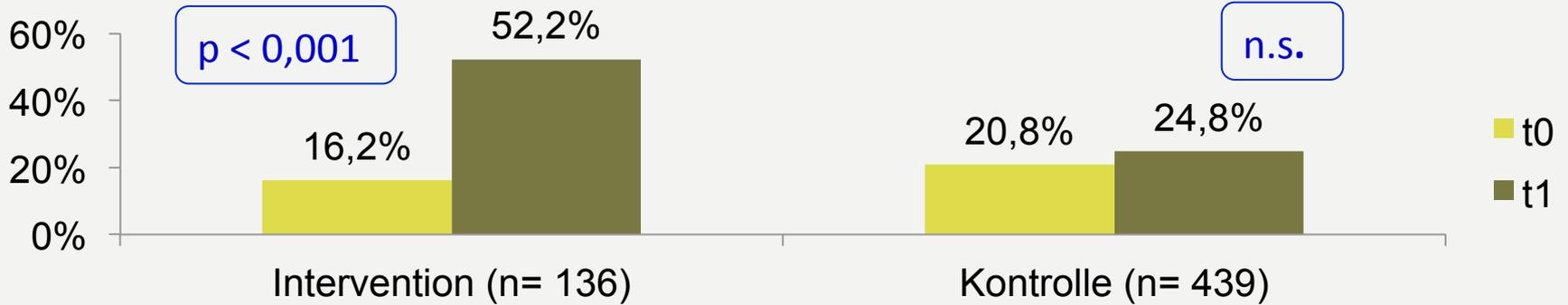
in der Schmitt J, ....Marckmann G. A complex regional intervention to implement advance care planning in one town's nursing homes: Protocol of a controlled inter-regional study. BMC Health Serv Res 2011;11(1):14

Welche Belege gibt es, dass  
so ein System der  
gesundheitlichen  
Vorausplanung funktioniert?

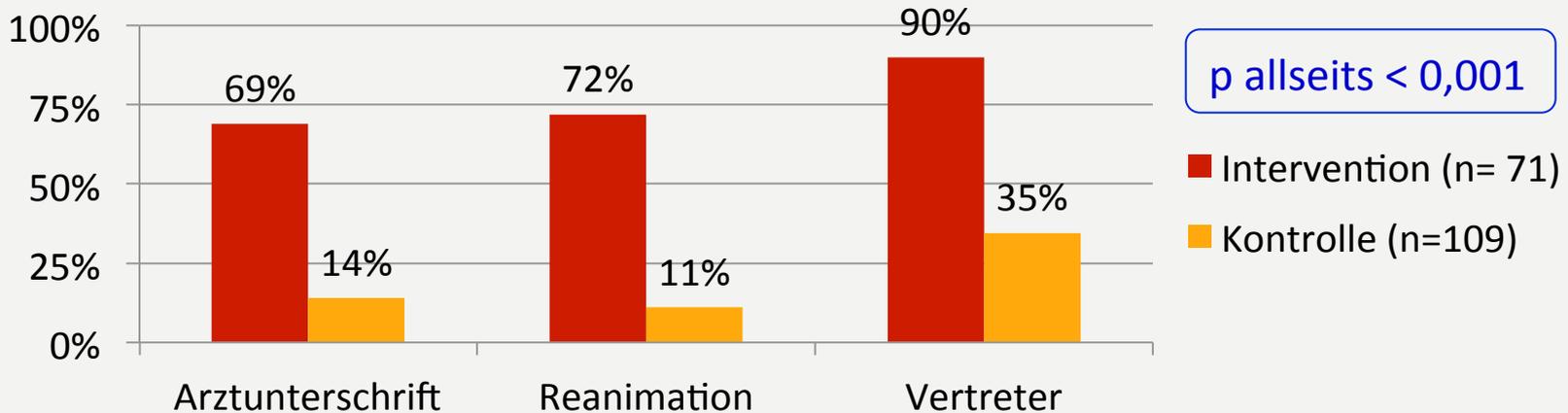


**Prävalenz der Vorausverfügungen vor und nach Intervention**

Beobachtungszeitraum: 16,5 Monate (2009 – 2010)



**Qualität: Analyse aller Vorausverfügungen zu t1**



in der Schmittgen J et al. Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention. Dtsch Arztebl Int 2014;111(4):50-7



Gesetzliche verankerte PV allein sichert nicht Selbstbestimmung am Lebensende

Effektive Vorausplanung ist alternativlos & möglich: **System der Gesundheitlichen Vorausplanung (*advance care planning*)**

### Elemente

1. Aufsuchendes Gesprächsangebot
  2. Qualifizierte Unterstützung (*Begleitung*)
  3. Professionelle Dokumentation ⇒ PV, VV & Notfallbogen
  4. Archivierung, Zugriff und *Transfer*
  5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf
  6. Beachtung & Befolgung durch Dritte
  7. Kontinuierliche Qualitätssicherung
- ⇒ Beitrag zu einer *patientenorientierten* Medizin
- ⇒ Sign. Verbesserung der Versorgung/Betreuung am Lebensende



Das hatte ich mir einfacher vorgestellt.  
Wenn ich vorher gewusst hätte, dass das so  
schwierig ist....

....hätte ich es schon längst früher gemacht !

*K. Sch. (88) im Juli 2009*

[Eingefangen von Inga Lücke, Sozialer Dienst St. Josef Gustorf]

Herzliche Einladung zum 5. Weltkongress zur  
**Gesundheitlichen Vorausplanung und  
Betreuung am Lebensende**

**München, 09.-12. September 2015**

5th International Conference on

**Advance Care Planning  
and End of Life Care**

9–12 September 2015  
Munich, Germany



[www.acpel2015.org](http://www.acpel2015.org)

**Frühbucher-Rabatt bis zum 01. Juni 2015!**

**Jürgen in der Schmitten**

Institut für Allgemeinmedizin  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Georg Marckmann**

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie  
der Medizin der LMU München