



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Georg Marckmann  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Ethische Rahmenbedingungen anästhesiologischer Tätigkeit

Seminarkongress Anästhesiologie  
Garmisch-Partenkirchen, 07. März 2018





- 41-jährige Patientin mit Subarachnoidal-Blutung (SAB) bei Aneurysma der A. carotis interna rechts
- OP: Ummantelungs-Clip, Entlastungs-Hemikraniektomie bei zunehmendem Hirndruck mit drohender Einklemmung
- Gefäßspasmen in den basalen intrakraniellen Arterien  $\Rightarrow$  Spasmolyse
- Nach 7d: Sedierung  $\downarrow$ , Patientin öffnet Augen, drückt rechte Hand, keine Kommunikation möglich
- CCT nach 14d: Multiple Ischämiezonen im Media-Stromgebiet beider Hemisphären, re  $>$  li; Hirndruck-Anstieg, Patientin bewusstlos
- Nach Rücksprache mit Vater: keine Eskalation der Therapie
- Seit 2d: Patientin atmet spontan am T-Stück, aber nicht ansprechbar
- Liquorkissen über Kraniotomiestelle  $\Rightarrow$  Indikation zur Anlage einer V-P-Shunts
- Vater: Anlage des V-P-Shunt widerspricht dem Willen seiner Tochter
- $\rightarrow$  *Ethische Fallbesprechung* über Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen



- 41-jährige Patientin mit Subarachnoidal-Blutung (SAB) bei Aneurysma der A. carotis interna rechts

### Herausforderungen

- Einschätzung der Prognose
    - Wie stark werden die bleibenden Einschränkungen sein?
  - *Bewertung* der Prognose
    - Sind die zu erwartenden Einschränkungen so gravierend, dass eine Therapiezieländerung geboten wäre?
  - Patientenwille?
    - Verlässlich übermittelt?
    - In Patientenverfügung dokumentiert?
  - In Frage steht nicht die V-P-Shunt-Anlage, sondern das **Therapieziel** (Lebensverlängerung oder nicht?)!
- *Ethische Fallbesprechung* über Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen

Leitfrage: „Was sollen wir tun?“

⇒ Zu welcher Handlung sind wir einer konkreten Situation moralisch verpflichtet?

Methodisches Vorgehen

(1) Welche Handlungsoptionen bestehen überhaupt? Was sind die (erwarteten) Ergebnisse jeder dieser Handlungsoptionen?

⇒ *Analyse der Handlungsoptionen*

(2) Mit welcher Handlungsoption erfüllen wir unsere ethischen Verpflichtungen am besten?

⇒ *Bewertung der Handlungsoptionen*

Bewertungsmaßstäbe: 4 medizinethischen Prinzipien

⇒ bestimmen den Gehalt der ethischen Argumente und liefern die ethische Begründung der Entscheidung

⇒ *prinzipienorientierte Falldiskussion*

### Prinzip des Wohltuns / Nutzens

- Wohlergehen des Patienten fördern: Lebenszeit & -qualität

### Prinzip des Nichtschadens

- Dem Patienten keinen (möglichst geringen) Schaden zufügen

### Respekt der Autonomie

- Selbstbestimmung des Patienten respektieren und fördern
- „informed consent“ (Aufklärung + Einwilligung)

### Gerechtigkeit

- Bedürfnisse Dritter, Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen

⇒ 3 Bewertungsperspektiven auf Optionen:

- (1) Wohlergehen des Patienten (Nutzen-Schadens-Abwägung)
- (2) Wille des Patienten
- (3) Verpflichtungen gegenüber Dritten



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? → Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?



- 41-jährige Patientin mit Subarachnoidal-Blutung (SAB) bei Aneurysma der A. carotis interna rechts
- OP: Ummantelungs-Clip, Entlastungs-Hemikraniektomie bei zunehmendem Hirndruck mit drohender Einklemmung
- Gefäßspasmen in den basalen intrakraniellen Arterien  $\Rightarrow$  Spasmolyse
- Nach 7d: Sedierung  $\downarrow$ , Patientin öffnet Augen, drückt rechte Hand, keine Kommunikation möglich
- CCT nach 14d: Multiple Ischämiezonen im Media-Stromgebiet beider Hemisphären, re  $>$  li; Hirndruck-Anstieg, Patientin bewusstlos
- Nach Rücksprache mit Vater: keine Eskalation der Therapie
- Seit 2d: Patientin atmet spontan am T-Stück, aber nicht ansprechbar
- Liquorkissen über Kraniotomiestelle  $\Rightarrow$  Indikation zur Anlage einer V-P-Shunts
- Vater: Anlage des V-P-Shunt widerspricht dem Willen seiner Tochter
- $\rightarrow$  *Ethische Fallbesprechung* über Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt?  $\Rightarrow$  Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?



Leitfragen: Welche Behandlungsstrategien stehen zur Verfügung?  
Wie ist jeweils der weitere Verlauf für den Patienten?

1. Zielsetzung: Lebensverlängerung, zerebrales Outcome optimieren

- V-P-Anlage, AB, Neurologische Rehabilitation, etc.
- Hohe Überlebenschance
- Schwerwiegende ischämische Schädigung beider Gehirnhälften, genaue Prognose derzeit noch nicht sicher abschätzbar
- Erhebliche körperliche sowie kognitive & kommunikative Einschränkungen sind zu erwarten

2. Zielsetzung: ausschließlich Palliation, Sterben zulassen

- Konsequenter Verzicht auf alle (potenziell) lebensverlängernden Maßnahmen
- Patientin verstirbt mit hoher Wahrscheinlichkeit am steigenden Hirndruck, evtl. Leiden durch Palliation auszuschließen
- Ggf. Verzicht auf AB

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? → Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Welche der verfügbaren Behandlungsoptionen ist für das Wohlergehen des Patienten am besten?

- Lebensverlängerung möglich, aber auch erstrebenswert?
- Schwerwiegende ischämische Schädigung beider Gehirnhälften,  
⇒ erhebliche körperliche sowie kognitive & kommunikative Einschränkungen sind zu erwarten
  - Pat. wird ihren Beruf (internationales Marketing bei einer großen Firma) sicher nicht mehr ausüben können
- Frage: Ist der Patientin unter der vorliegenden Prognose ein Weiterleben zuzumuten?
- Problem: Erfordert Bewertung der zu erwartenden *Lebensqualität*
  - Chance eine **ethischen Fallbesprechung**: Perspektiven verschiedener Disziplinen/Berufsgruppen auf das Patientenwohl verbinden
- ⇒ Tendenz: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (Option 2) entspricht eher dem Wohlergehen der Patientin



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? → Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Welche der verfügbaren Handlungsoptionen bevorzugt der/die Patient/in selbst?

Patientin ist aktuell nicht einwilligungsfähig

⇒ *Stellvertretende* Entscheidung

- (1) Patientenverfügung, frühere mündliche Äußerungen (BGB § 1901a (1))
- (2) Mutmaßlicher Patientenwille (BGB § 1901a (2))
- (3) „Objektives“ Wohl

⇒ Ermittlung des Patientenwillens im **Gespräch** mit Betreuer / Bevollmächtigtem, ggf. andere Angehörige (BGB § 1901b)

## Gespräch mit Angehörigen (Eltern & Bruder)

- Patientin: Sehr aktive, ehrgeizige, alleinstehende Frau
- Beruf bedeutete ihr sehr viel: Internationales Marketing einer größeren Firma, viele Reisen ins Ausland, spricht mehrere Sprachen
- Anlass zur Abfassung der PV mit 29 Jahren: zwei Fälle einer schweren Gehirnschädigung mit starken körperlichen & geistigen Beeinträchtigungen im nahen Bekanntenkreis
- Pat. damals: „So möchte ich auf keinen Fall leben.“

Ergebnis: *Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen entspricht dem mutmaßlichen Willen der Patienten*

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt?  $\Rightarrow$  Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?

Leitfrage: Welche Bedürfnisse anderer von der Entscheidung betroffener Personen sind zu berücksichtigen?

Angehörigen

- Eltern und Bruder tragen den mutmaßlichen Willen der Patientin mit

Andere Patienten

- Kein akuter Mangel an Intensivbetten

Ressourcenfragen

- spielten in dem Fall keine Rolle

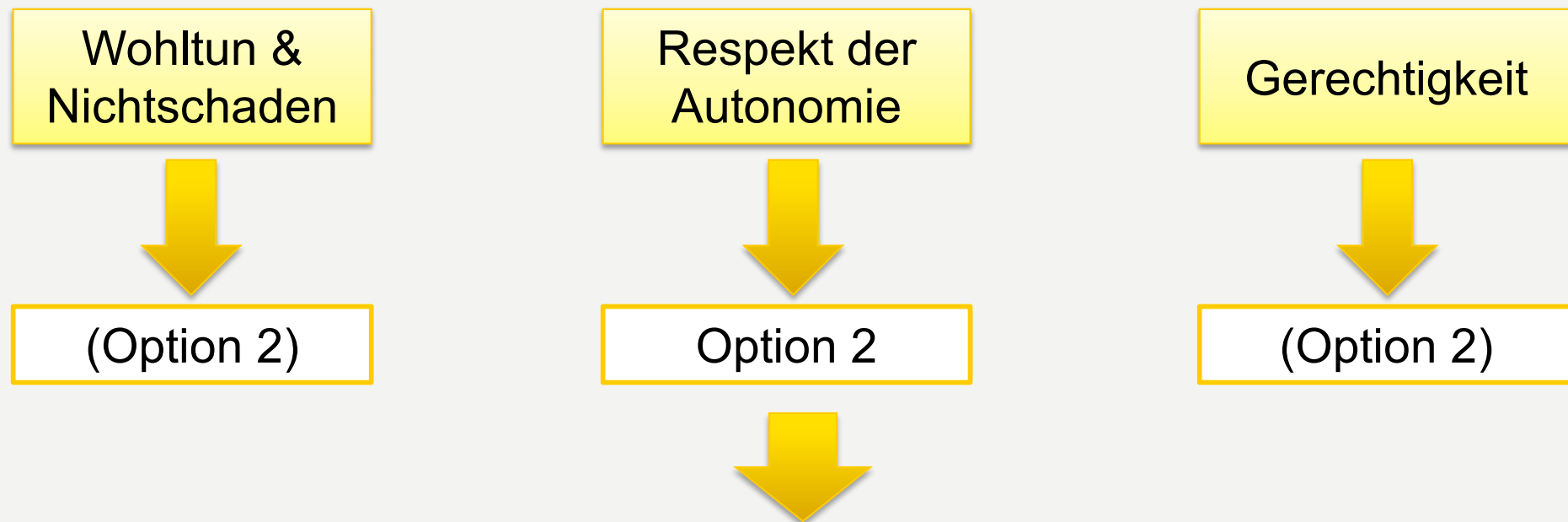
Ergebnis: Verpflichtungen gegenüber Dritten sprechen eher für Option 2 (Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen)



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
  - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
  - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt?  $\Rightarrow$  Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
  - Stärkster Einwand?
  - Vermeidung möglich?



Leitfrage: Konvergieren oder divergieren die ethischen Verpflichtungen, die aus den einzelnen Prinzipien resultieren?



Ergebnis: Es gibt gute, vor allem an der Selbstbestimmung der Patientin orientierte Gründe Option 2 zu wählen (Palliation)

⇒ Verzicht auf V-P-Shunt und andere lebensverlängernde Maßnahmen

## Leitfrage 1: Welches ist der stärkste Einwand gegen die gewählte Option?

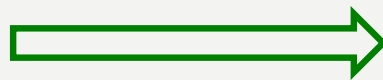
- Prognose der Patientin zu schlecht eingeschätzt?
- Würde sich die Patientin vielleicht doch mit ihren Einschränkungen arrangieren? (Vorrang der Autonomie!)

## Leitfrage 2: Hätte der ethische Entscheidungskonflikt vermieden werden können?

- Es bestand kein ethischer Entscheidungskonflikt
- Dennoch: Präzisere Vorausplanung hilfreich ⇒ konkretere Formulierung der PV

Ziel: Patienten so behandeln, wie *sie* es wünschen,  
auch wenn sie sich *aktuell nicht* mehr äußern können

Erstellung



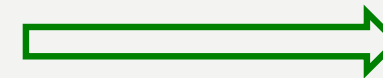
- verbreitet?
- aussagekräftig?
- verlässlich?
- aktuell?

*konventionelle*

Patienten-  
verfügung



Umsetzung



- zur Hand?
- verstanden?
- beachtet?
- befolgt?

**Dominanz akutmedizinischer Standards der Lebensrettung, Missachtung  
von Patientenwünschen, Belastung für Angehörige und Personal**

Ziel: Patienten so behandeln, wie *sie* es wünschen,  
auch wenn sie sich *aktuell nicht* mehr äußern können



## Dreifacher Kulturwandel durch ACP/BVP



### Erstellung

*Gemeinsame  
Entscheidungsfindung  
(Shared-Decision-Making)*  
⇒ *Befähigung* zu selbst-  
bestimmten Entscheidungen



*Individuelle  
Gesprächsbegleitung  
(facilitation, durch GB)*



BVP-/ACP-  
**Patienten-  
verfügung**

- Relevant
- Aussagekräftig
- Verlässlich
- Aktuell



### Umsetzung

Verantwortung für  
Vorausplanung **im System**  
+  
Achtung der **Wünsche** des  
Betroffenen



*Systemische  
Implementierung  
(Standards, Routinen)*

# Inhalte (= Abschnitte) des BVP-Gesprächs

**Akuter Verlust der  
Entscheidungsfähigkeit**

**Entscheidungsunfähigkeit  
unklarer Dauer**

**Dauerhafte  
Entscheidungsunfähigkeit**

**Begrenzte/keine prog-  
nostische Information**



**Notfall-  
Behandlung**

z.B. Herz-Kreislauf-  
Stillstand, akute  
Bewusstlosigkeit

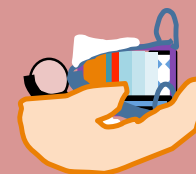
**Spektrum mögl. Outcomes  
mit bestimmten  
Wahrscheinlichkeiten**



**Akute KH-  
Behandlung**

z.B. schwerer Schlaganfall,  
längere Intensivverlauf

**Dauerhaft schlechtes  
kognitives Outcome**



**Chronische  
Behandlung**

z.B. weit fortgeschrittene  
Demenz; schwere irreversible  
Gehirnschädigung

**Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben**

**Benennung eines Stellvertreters**

Name \_\_\_\_\_ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. am \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner im Notfall (Tel.): \_\_\_\_\_

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungs- bzw. urteilsfähig ist:  
Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar**

**A** Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel**

**B0** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie

**B1** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
 Ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie

**B2** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
 Keine Behandlung auf Intensivstation  
 Ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**B3** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
 Keine Behandlung auf Intensivstation  
 Keine Mitnahme ins Krankenhaus/Spital\*  
 Ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung**

**C** Ausschließlich lindernde Maßnahmen\*  
 Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
 „Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit /  
 Urteilsfähigkeit und Verständnis der  
 Implikationen dieser Entscheidung.“

\* Ein Krisenplan wurde erstellt.

x  
 Unterschrift  
 und Stempel des zertifizierten Arztes

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
 „Diese ÄNo® ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“


x  
 Unterschrift der o.g. Person (bei Einwilligungs-/Urteilsfähigkeit)  
 „Diese ÄNo® gibt den geäußerten / mutmaßlichen  
 Behandlungswillen der o.g. Person angemessen wieder.“

x  
 Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten / Betreuers  
 „Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“  
 x  
 Unterschrift und NAME des zertifizierten Gesprächsbegleiters


Diese ÄNo® gilt solange auch im Krankenhaus/Spital, wie dort nicht aus gegebenem Anlass (z.B. OP, intensivmedizinische Behandlung oder dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit) eine abweichende Regelung gemäß dem Patientenwillen vereinbart wird.


In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungs- bzw. urteilsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar**

**A**  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel**

**B0**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
*Ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie*

**B1**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
**Keine invasive (Tubus-) Beatmung**  
*Ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie*

**B2**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
**Keine Behandlung auf Intensivstation**  
*Ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie*

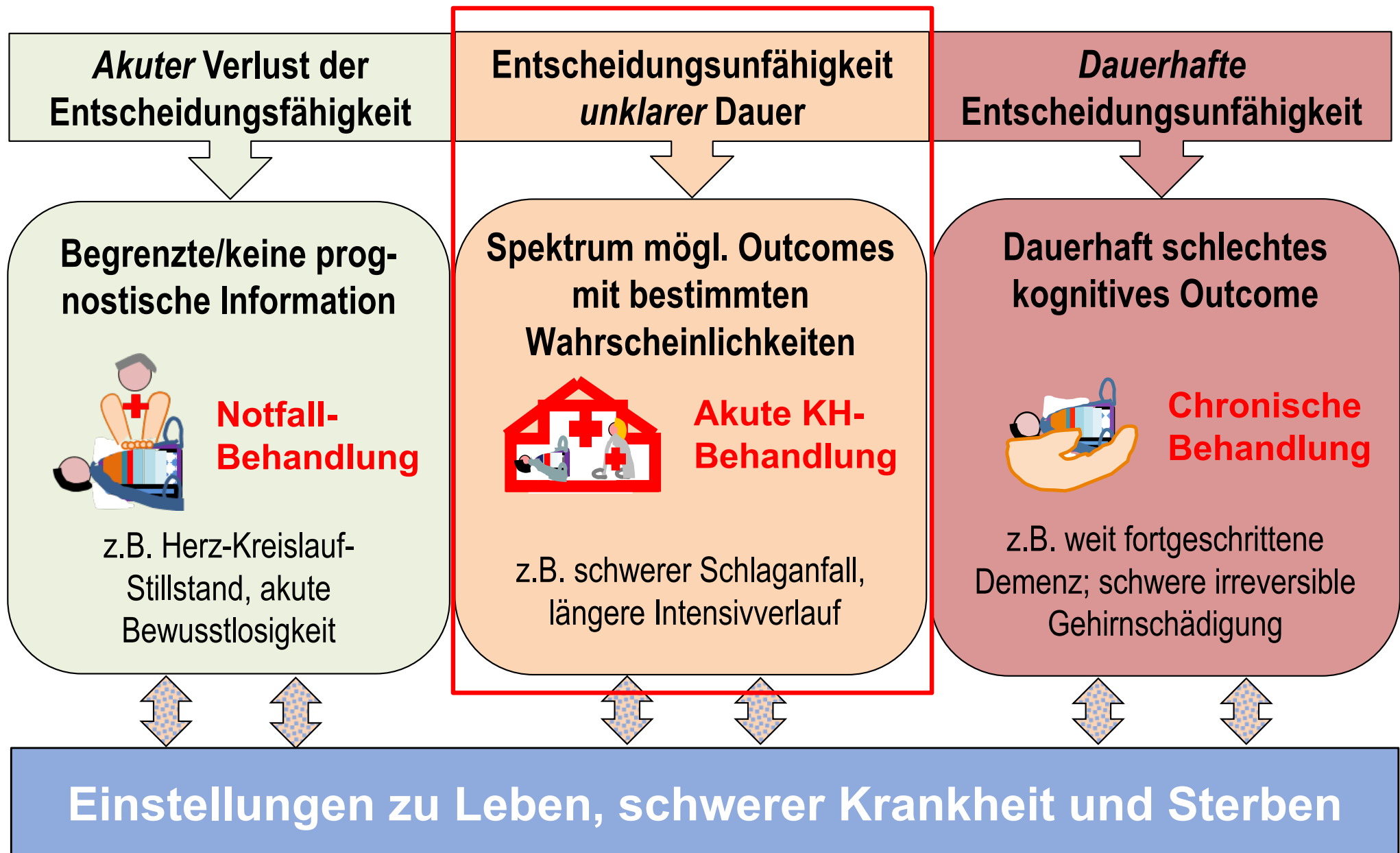
**B3**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
Keine Behandlung auf Intensivstation  
**Keine Mitnahme ins Krankenhaus/Spital \***  
*Ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie*

**THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung**

**C**  Ausschließlich lindernde Maßnahmen\*  
*Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld*




# Inhalte (= Abschnitte) des BVP-Gesprächs




# Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer

Bei stationärer Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung und unklarer Dauer der Einwilligungsunfähigkeit soll – unter Beachtung etwaiger Einschränkungen durch die ÄNo (S. 7) – gelten:

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, so weit medizinisch möglich und vertretbar**

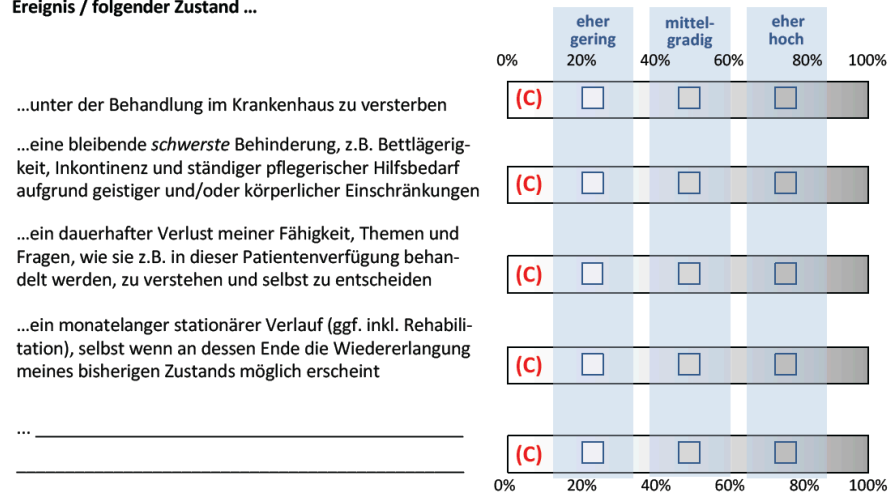
**A**  Lebensverlängernde Behandlung durchführen

**THERAPIEZIEL = abhängig von der Prognose**

**B**  Behandlung mit dem Ziel der Lebensverlängerung oder (ausschließlich) Linderung auf Grundlage der „Einstellungen“ (S. 3) und ggf. der nachstehenden prognostischen Orientierung

Ich wünsche die Unterlassung bzw. den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, wenn folgendes Ereignis / folgender Zustand ...

... mit dem nachstehend angegeben (oder einem höherem) Risiko einzutreten droht:




Jeweils max. 1 Kästchen pro Zeile ankreuzen ODER Risikoschwelle in % durch Strich | auf grauem Balken markieren.

Ich will, dass jegliche lebensverlängernde Behandlung, z.B. eine Beatmung oder künstliche Flüssigkeitszufuhr, unter Inkaufnahme des dann möglicherweise eintretenden Todes unterlassen bzw. abgebrochen wird, wenn einer der vorstehend angekreuzten Zustände mit der dazu angegebenen (oder einer höheren) Wahrscheinlichkeit einzutreten droht; statt dessen sollen palliative Maßnahmen durchgeführt werden.

**Weitere individuelle Festlegungen auf S. 11 beachten!**

**THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung**

**C**  Ausschließlich lindernde Maßnahmen; bestehende lebensverlängernde Behandlung ungeachtet der Prognose unter Inkaufnahme des dann möglicherweise eintretenden Todes abbrechen!

Datum; Name, Vorname; Handzeichen : \_\_\_\_\_

**THERAPIEZIEL = abhängig von der Prognose**



B

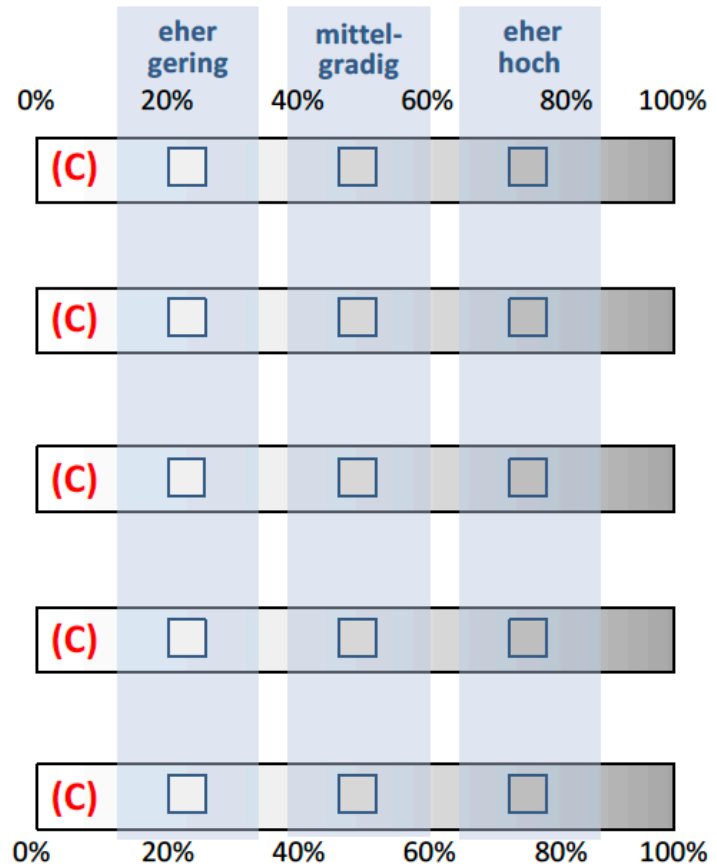


Behandlung mit dem Ziel der Lebensverlängerung oder (ausschließlich) Linderung auf Grundlage der „Einstellungen“ (S. 3) und ggf. der nachstehenden prognostischen Orientierung

**Ich wünsche die Unterlassung bzw. den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, wenn folgendes Ereignis / folgender Zustand ...**

- ...unter der Behandlung im Krankenhaus zu versterben
- ...eine bleibende *schwerste* Behinderung, z.B. Bettlägerigkeit, Inkontinenz und ständiger pflegerischer Hilfsbedarf aufgrund geistiger und/oder körperlicher Einschränkungen
- ...ein dauerhafter Verlust meiner Fähigkeit, Themen und Fragen, wie sie z.B. in dieser Patientenverfügung behandelt werden, zu verstehen und selbst zu entscheiden
- ...ein monatelanger stationärer Verlauf (ggf. inkl. Rehabilitation), selbst wenn an dessen Ende die Wiedererlangung meines bisherigen Zustands möglich erscheint
- ... \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**... mit dem nachstehend angegeben (oder einem höherem) Risiko einzutreten droht:**



Jeweils max. 1 Kästchen pro Zeile ankreuzen **ODER** Risikoschwelle in % durch Strich | auf grauem Balken markieren.

## § 132g SGB V neu (Dez. 2015): „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“

- Pflegeeinrichtungen können GKV-finanziert qualifiziertes Personal einstellen, um ihren Bewohnern Advance Care Planning (ACP)/Behandlung im Voraus planen (BVP) anbieten
- Details haben Verbände der Einrichtungsträger mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart: Umsetzung seit 2018 möglich

### Zunehmende Implementierungsbemühungen

- Verschiedene BVP-Implementierungen in D gestartet
- BVP-Gesprächsbegleiter-Schulungen & Train-the-Trainer Workshops

### Gründung einer „Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung *Behandlung im Voraus planen*“ (DiV-BVP) am 20.02.2017

- Erarbeitung von Standards für die BVP-Implementierung (Qualifizierungen etc.)
- Koordinierung & Unterstützung von Implementierungsbemühungen („road map“)



<http://www.div-bvp.de>

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**... und immer eine gute Balance bei  
der Gratwanderung zwischen Tun  
und Unterlassen!**

marckmann@lmu.de



## Literatur:

Marckmann G (Hrsg.). Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015 (Kap. II.4, 5, 7)

Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. DMW 2010;135(12):570-4.

Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

Folien: [www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)

Georg Marckmann (Hrsg.)

# Praxisbuch Ethik in der Medizin

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft