

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU

Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur umfassenden gesundheitlichen Vorausplanung

Delegiertenversammlung des Ärztlichen Kreis- und
Bezirksverbands (ÄKBV) München

München, 25. September 2014





- Ungelöste Probleme der Patientenverfügung
- Konzept des „Advance Care Planning“ –
Gesundheitliche Vorsorgeplanung in einer Region
- Internationale Erfahrungen: „Respecting choices“ in
LaCrosse (WI, USA)
- Nationale Erfahrungen: „beizeiten begleiten“ in
Grevenbroich (D)
- Umfrage zur Situation in München
- *Diskussion*



Mein Wunsch ist, ich möchte wenn ich
einmal Krank werde nicht an Geräte
angeschlossen werde. Du mein Leben verlängern.

Komplette (!) Patientenverfügung
aus einem Neusser Altenheim

Was geschieht, wenn diese 85jährige Altenheim-Bewohnerin
während der Pflege einen Herzstillstand erleidet...?



„Patientenverfügungs-Gesetz“ (2009) ⇒ Probleme gelöst??

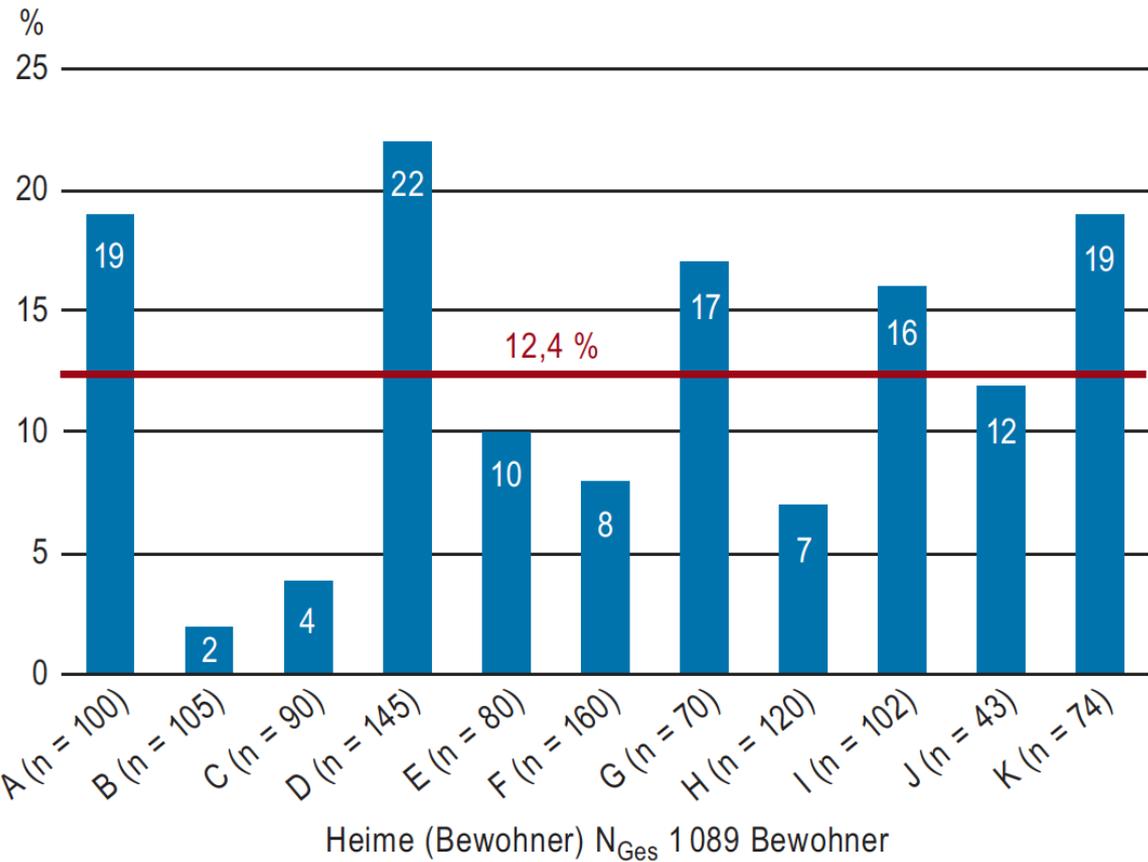


Ziel: *Selbstbestimmte* Gestaltung der Behandlung & Betreuung bei
Einwilligungsunfähigkeit ermöglichen

nicht vorhanden (Prävalenz 10-20% (-35% im höheren Alter?))



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



Ziel: *Selbstbestimmte* Gestaltung der Behandlung & Betreuung bei Einwilligungs*unfähigkeit* ermöglichen

ärztlicherseits nicht befolgt

nicht verlässlich (*valide*)

nicht aussagekräftig / belastbar (*Notfall!*)

nicht auffindbar

nicht vorhanden (Prävalenz 10-20% (-35% im höheren Alter?))



- Patientenwünsche werden nicht angemessen berücksichtigt
- Schwierige Entscheidungen für Gesundheitspersonal
- Spannungen im Team
- Belastung für Stellvertreter & Angehörige



Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich

Living wills under close scrutiny: Medical consultation is indispensable

Autoren

M. Schöffner¹ K.W. Schmidt^{2,3} U. Benzenhöfer³ S. Sahn^{4,3}

*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!



Gesundheitliche Vorausplanung in einer Region

professionell begleiteter

Gesprächsprozess

(facilitation)

Informed consent Standard

regionale

Implementierung

(Standards, Routinen)

Kultur der Vorausplanung

Patientenverfügung = *Vorsorgeplan*

⇒ strukturierendes Element in einem umfassenderen
System der Vorsorgeplanung

Wie kann ein System der
gesundheitlichen
Vorausplanung etabliert
werden?



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.

Gibt es Belege, dass so ein System der gesundheitlichen Vorrarausplanung erfolgreich sein kann?



A Comparative, Retrospective, Observational Study of the Prevalence, Availability, and Specificity of Advance Care Plans in a County that Implemented an Advance Care Planning Microsystem

Bernard J. Hammes, PhD,* Brenda L. Rooney, PhD, MPH,† and Jacob D. Gundrum, MS*

JAGS 58:1249–1255, 2010

2007/2008

ärztlicherseits befolgt	99,5%
aussagekräftig (90%: Wiederbelebung?)	93%
verfügbar	99,6%
verlässlich (vorausgegangene Begleitung)	100%
Schriftliche Vorausplanung (bei 400 Todesfällen)	96%

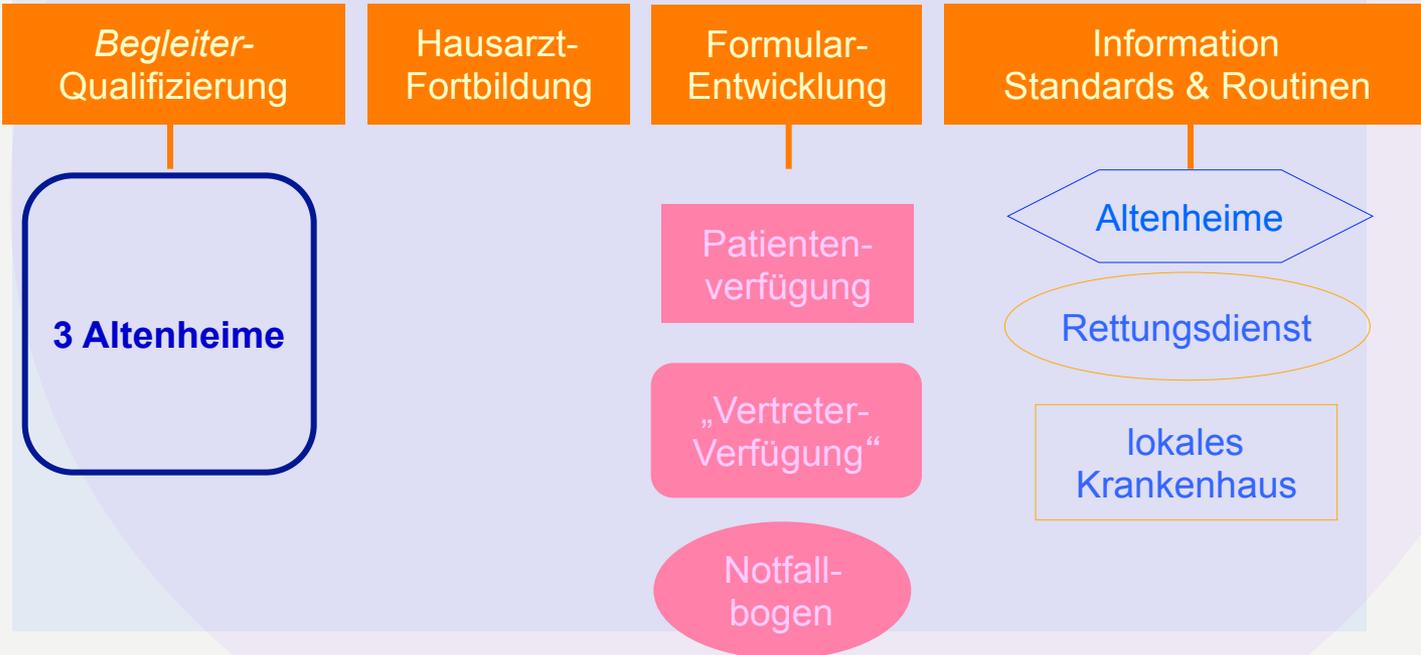
Advance Care Planning ⇒ effektive Berücksichtigung von Patientenwünschen in der letzten Lebensphase (bei niedrigeren Kosten!)

Lässt sich das Konzept des Advance Care Planning auch in Deutschland realisieren?



Rhein-Kreis Neuss

Grevenbroich



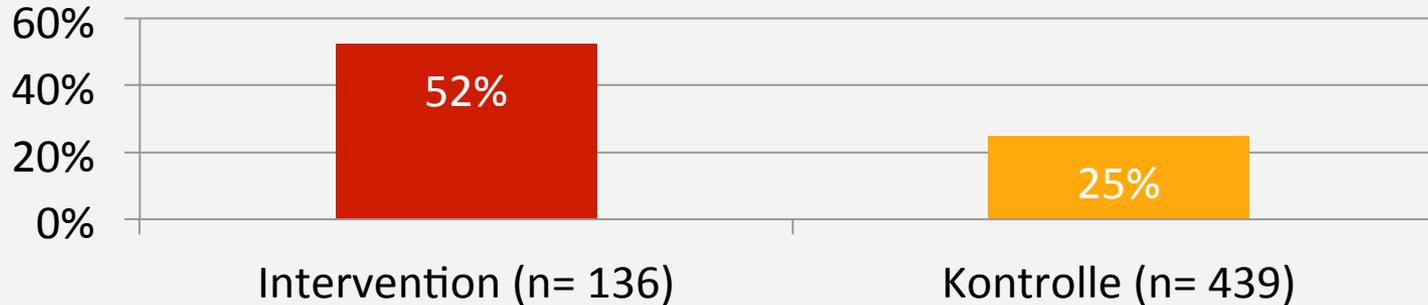
Regionale
Verwaltung

Landes-
Ärztekammer

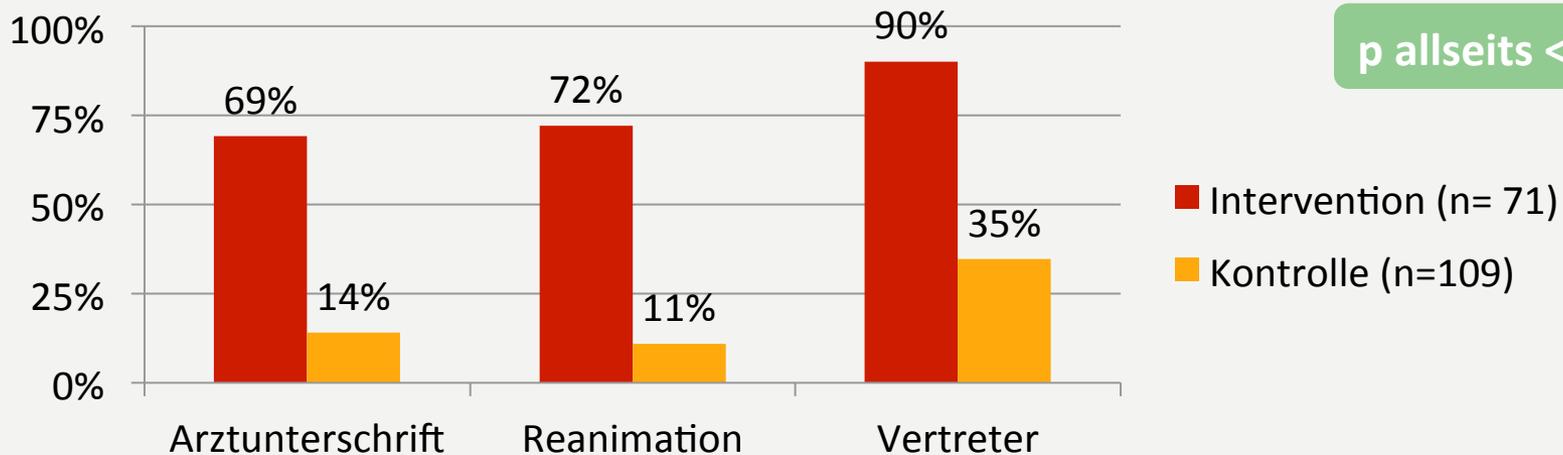
Träger & Ltg.
Sen. Einricht.

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

Anzahl Vorausverfügungen zu t1 (16,5 Mon)



Analyse aller Vorausverfügungen zu t1



in der Schmittgen J, ... , **Marckmann G**. 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

Wie lassen sich
Notfallsituationen
vorausplanen?

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**-qualifizierten **Begleiters**

X

Unterschrift und Stempel des **beizeitenbegleiten**-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 ganzseitige 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

Vers. 10-94

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 Bewohnerordner 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 Anordnung (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 solche Teil der Bewohnerakte.



		HAnNo- Abschnitt	RESPEKT n= 114
A		Uneingeschränkte Therapie	8.8%
B0		Keine Reanimation	11.4%
B1		+ keine Intubation	17.5%
B2		+ keine Verlegung auf ITS	23.7%
B3		+ keine stat. Einweisung	9.6%
C		nur palliativ	24.6%

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo)



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 HAnNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
Grevenbroich, den ____ . ____ . 20__

✗
Unterschrift des **Betroffenen** (falls einwilligungsfähig)

„Ich nehme diese HAnNo zustimmend zur Kenntnis.“

✗
Unterschrift und NAME des **Vertreters**/Angehörigen

✗
Unterschrift und Stempel des **beizeiten-
begleiten®-qualifizierten Hausarztes**

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

✗
Unterschrift und NAME des **beizeiten-
begleiten®-qualifizierten Begleiters**

Diese HAnNo ist der **notfallmedizinisch relevante Teil** der Patientenverfügung / Vertreterverfügung (Nichtzutreffendes streichen) vom ____ . ____ . 20__ der ein qualifizierter Beratungsprozess zugrundeliegt. Die vorliegende HAnNo 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 HAnNo siehe Rückseite.**

Was sieht die Situation bei uns
im Münchner Raum aus?

Beratung zur Patientenverfügung

Ein Blick in die Praxis

Eine Umfrage unter Hausärzten, Notaren, Überleitungsfachkräften sowie Mitarbeitern von
Betreuungs- und Hospizvereinen
im Raum München

durchgeführt vom

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

mit freundlicher Unterstützung durch



Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie
der Medizin
Email: Marckmann@lmu.de

Postanschrift:
Lessingstr. 2,
D-80336 München

<http://www.egt.med.uni-muenchen.de>

Kontakt:
Sabine.Petri@med.uni-muenchen.de
Fax: +49 (0)89 2180 99 72777
mob.: +49 (0) 172 909 909 6

Anzahl der in 2012 geführten Beratungsgespräche pro Berater

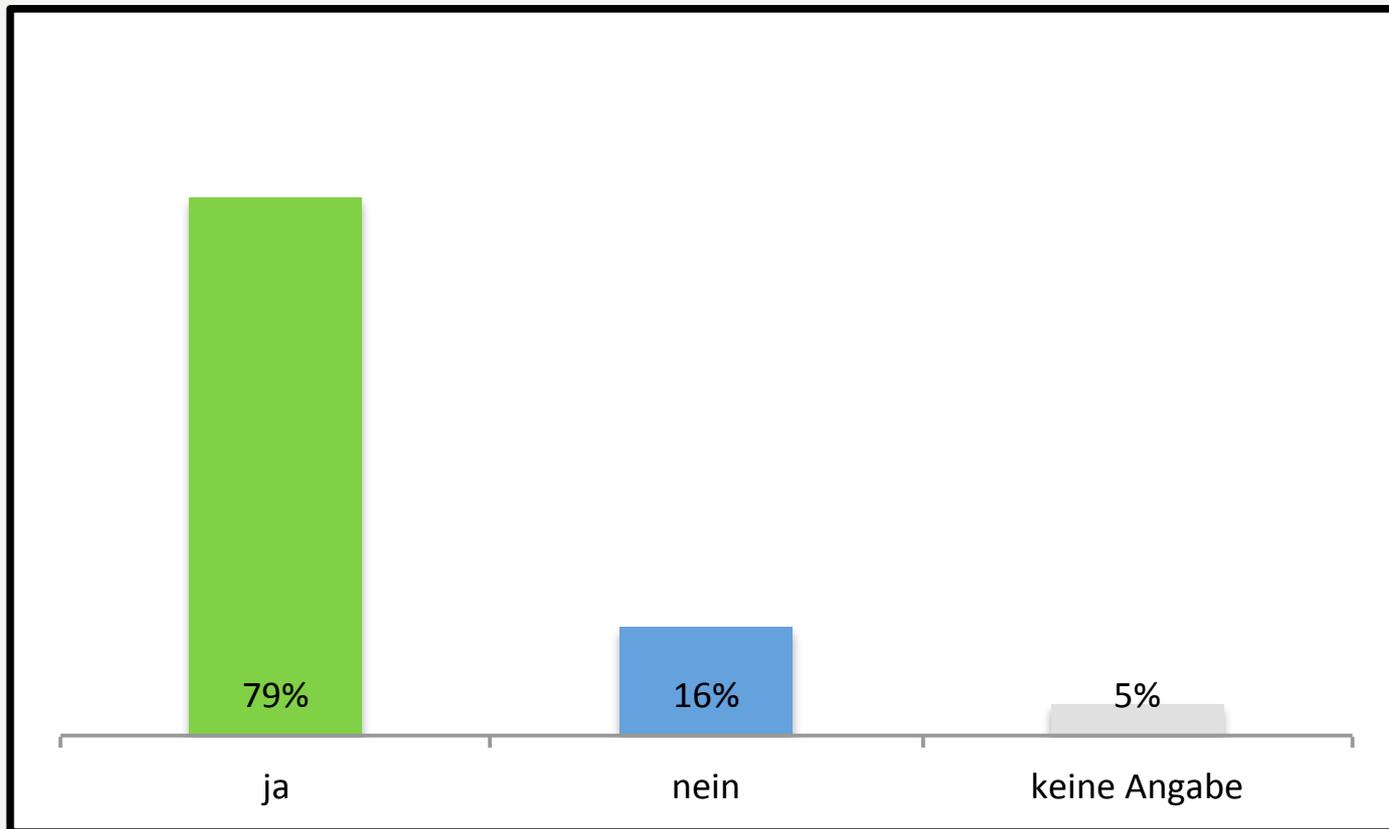
	Median	Minimum	Maximum
Hausärzte (n = 131)	10	0	150
Notare (n = 26)	50	20	120
Überleitungsfachkräfte (n = 21)	25	0	250
Mitarbeiter Hospizvereine (n = 20)	35	0	200

Hausärzte:

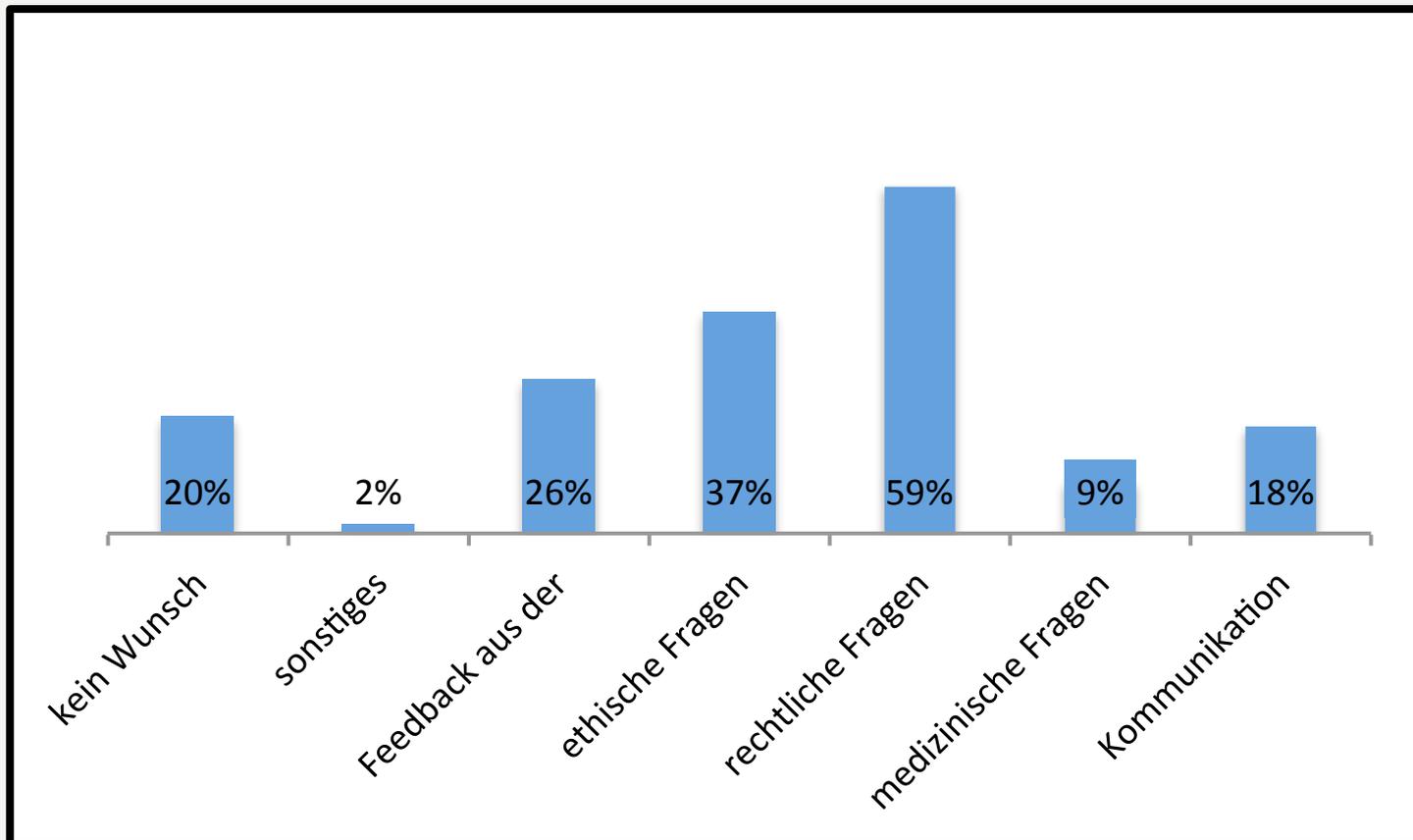
- Im Mittel 1 – 2 Gespräche/Beratung
- Dauer der Beratung: 30 (– 60) min
- gut 50% => fertiggestellte Patientenverfügung



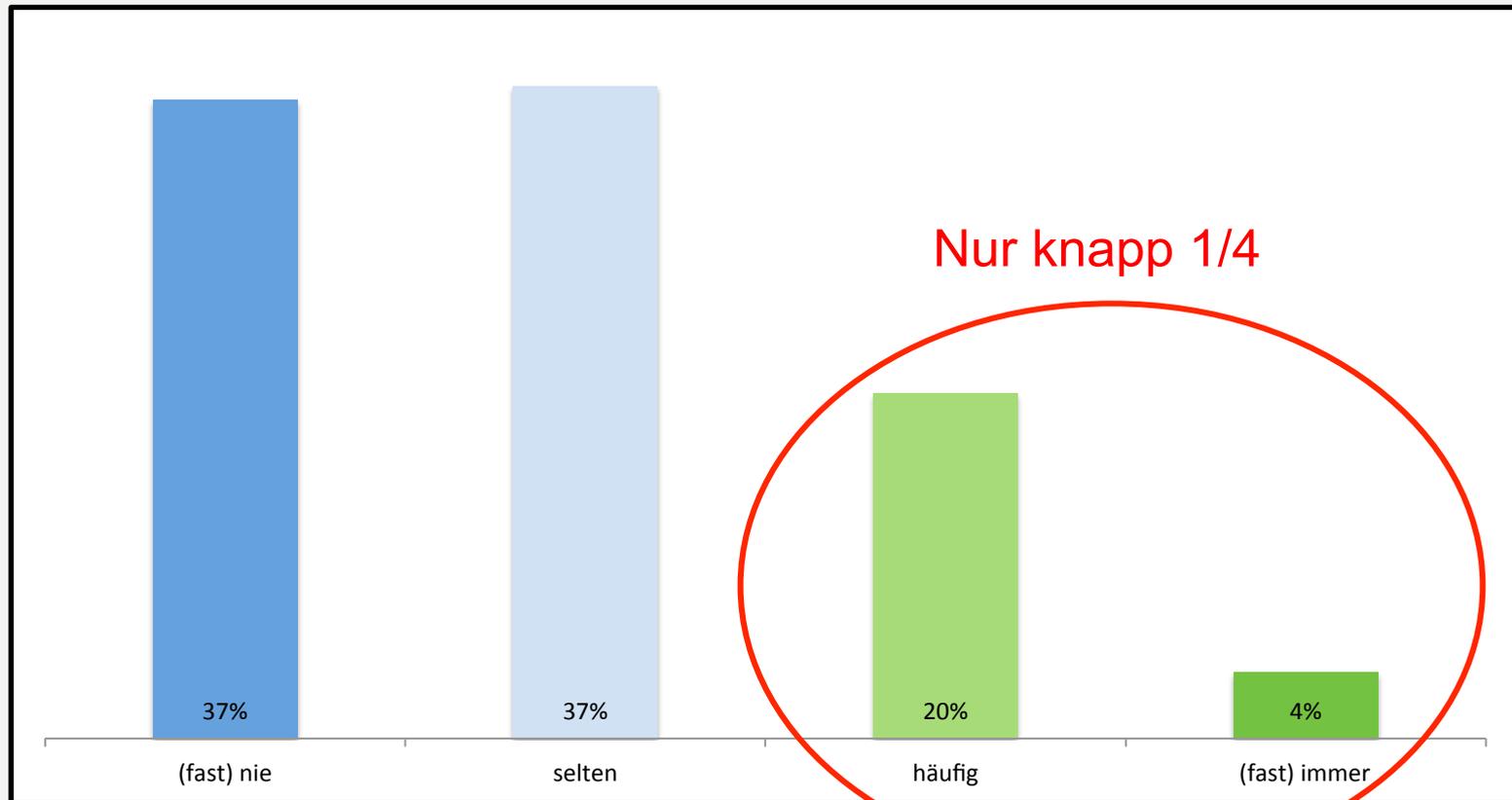
Halten Sie ein *routinemäßiges* Angebot einer Beratung zur Patientenverfügung für sinnvoll?



Bereiche, in denen mehr Information/Austausch gewünscht wird



Wie häufig erstellen Sie Notfallpläne?



Ausschuss „Gesundheitliche Vorausplanung“ (Vorsitzender: Dr. Gregor Scheible)

Teilprojekte (u.a.):

- *Umfrage zur Beratungssituation*
- Informationskarte zur Beratung im Hinblick auf Patientenverfügungen
- Modellvortrag zur Schulung im Hinblick auf Patientenverfügungen
- Notfallkarte
- Modell-Projekt in einem Seniorenheim



greifen den in der Umfrage ermittelten Bedarf auf!



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

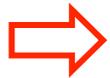
Herzliche Einladung zum 5. Weltkongress zur
**Gesundheitlichen Vorausplanung und
Behandlung am Lebensende**

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

Jürgen in der Schmitt
Institut für Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



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



Szenarien

Prognose

Instrumente

Notfall
Herz-Kreislauf-Stillstand,
Akute Bewusstlosigkeit

begrenzte / keine
prognost. 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

