



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU

# **„Advance Care Planning“ - Neue Impulse in der Patientenvorsorge -**

Fortbildung des Klinischen Ethik Komitees der Kreiskliniken  
Reutlingen GmbH

Reutlingen, 08. Dezember 2016





- Ungelöste Probleme der Patientenverfügung
- Konzept des „Advance Care Planning“ – „Behandlung im Voraus planen“ (BVP)
- Umsetzung: Erfahrungen aus dem Pilotprojekt „beizeiten begleiten“ in Grevenbroich (D)
- Aktuelle Entwicklungen: § 132g SGB V
- Handlungsspielräume für das Klinikum
- *Diskussion*



**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 erfüllt? ⇒ (überwiegend) *nein!*

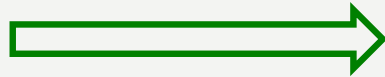


Die gesetzlich verankerte Patientenverfügung *allein* sichert nicht die Selbstbestimmung bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit!

Wie kann die  
Patientenverfügung effektiver  
gemacht werden?

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

## Erstellung



- vorhanden?
- aussagekräftig?
- verlässlich?

Patienten-  
verfügung

## Umsetzung



- auffindbar?
- beachtet?

## „Behandlung im Voraus planen“ (BVP) Regionales System der gesundheitlichen Vorausplanung

### Erstellung

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



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

**Patienten-  
verfügung**

### Umsetzung

**regionale  
Implementierung**  
(Standards, Routinen)



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 (*facilitation, Gesprächs-  
Begleitung*)
3. Professionelle Dokumentation

---

4. Archivierung, Zugriff und *Transfer*
5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf (*Prozess*)
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

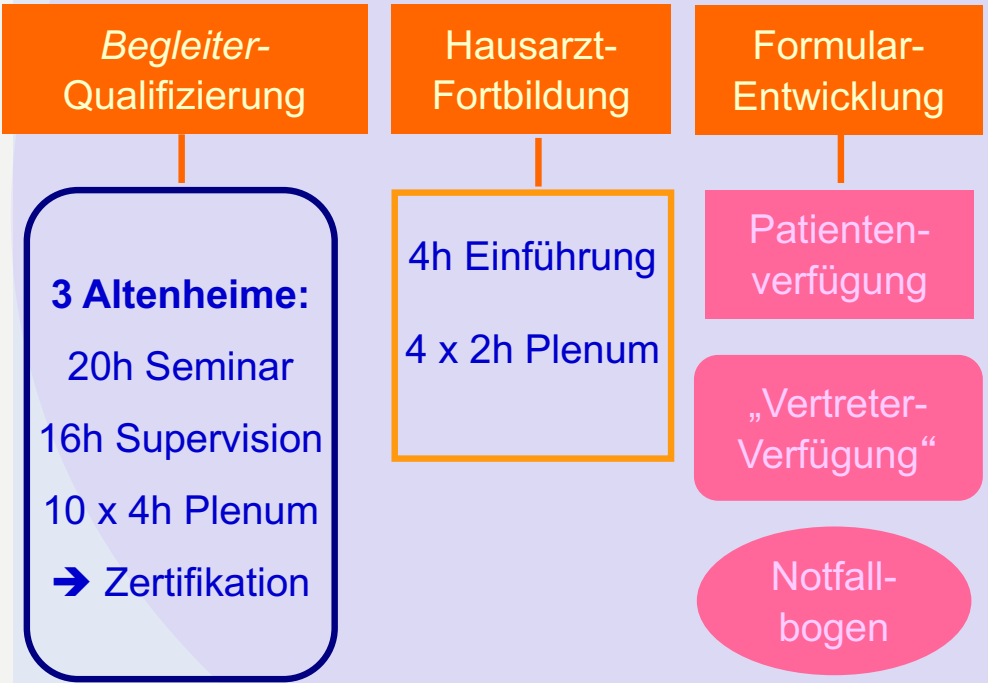
Träger & Ltg.  
Sen. Einricht.

in der Schmittgen J, ... , Marckmann G. Patientenverfügungsprogramm - Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine inter-regionale kontrollierte Interventionsstudie. Deutsches Ärzteblatt 2014;111(4):50-57.

## Rhein-Kreis Neuss



## Grevenbroich



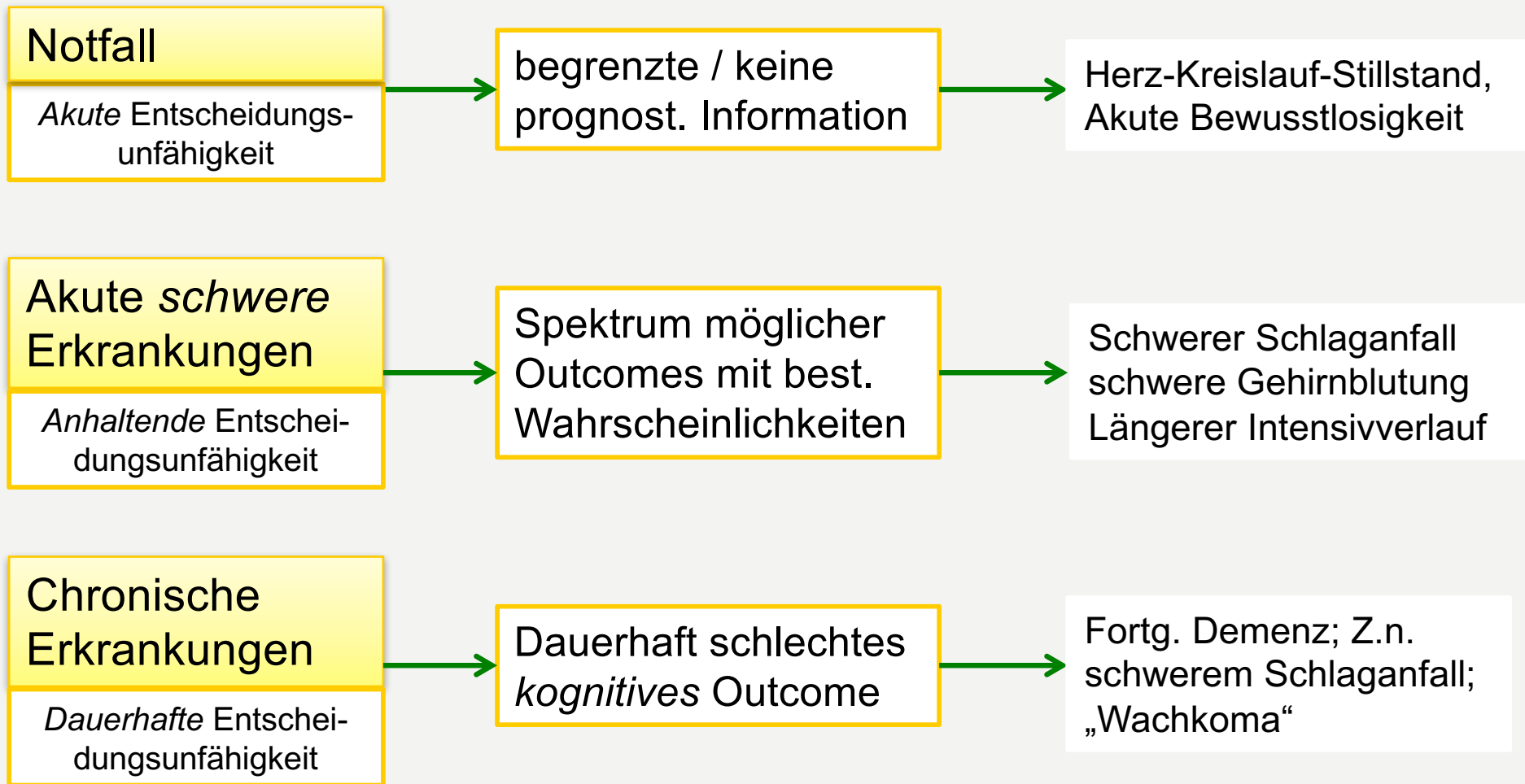
- Regionale Verwaltung
- Landes-Ärztekammer
- Träger & Ltg. Sen. Einricht.

in der Schmitt J, ... , Marckmann G. Patientenverfügungsprogramm - Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie. Deutsches Ärzteblatt 2014;111(4):50-57.

## Situationen

## Prognose

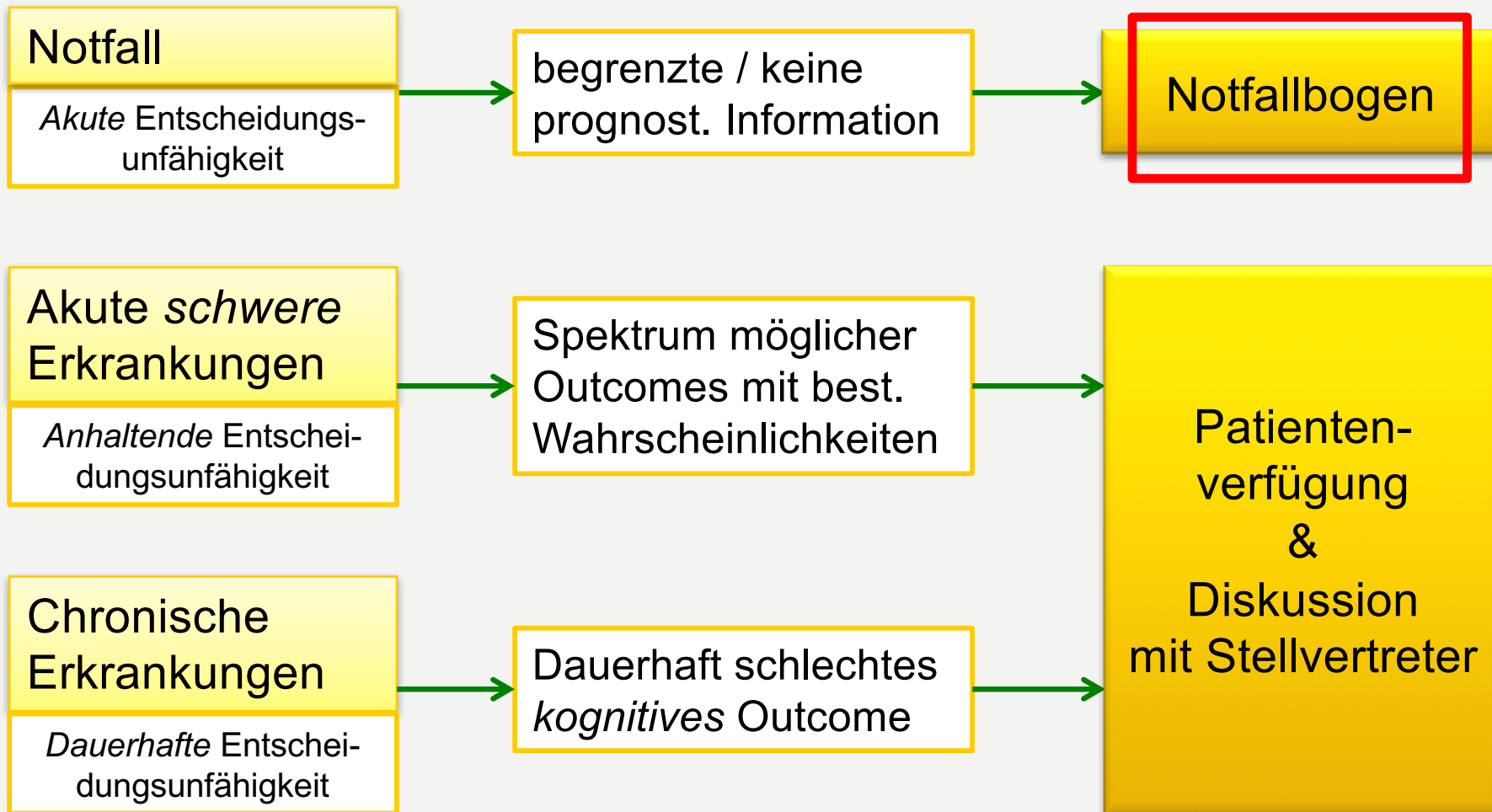
## Beispiele



## Situationen

## Prognose

## Instrumente



# (Haus-)Ärztliche Anordnung für den Notfall HAnNo®

beizeiten  
begleiten®

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

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


geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse oder ggf. Stempel der Einrichtung: \_\_\_\_\_


Für den Fall einer lebensbedrohlichen 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!*


**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar (A):**

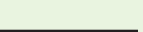
**A**  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel (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 Behandlung auf Intensivstation**

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

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

**C**  Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

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

Unterschrift und Stempel des zertifizierten (Haus-) Arztes

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

Unterschrift des **Betroffenen** (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese HAnNo gibt den geäußerten / mutmaßlichen Behandlungswillen des Betroffenen angemessen wieder.“

Unterschrift und NAME des **Vertreters** / Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und NAME des zertifizierten **Gesprächsbegleiters**

Diese HAnNo ist der **notfallmedizinisch relevante Teil** der zugehörigen Patientenverfügung / Vertreterverfügung, der ein qualifizierter Beratungsprozess gemäß *beizeiten begleiten*-Standard zugrundeliegt.

Die vorliegende HAnNo reflektiert den (mutmaßlichen) Willen des Bewohners 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.*

## HAnNo: Hinweise zum Ausfüllen

**Für den Betroffenen und / oder seinen ausgewiesenen Vertreter (Bevollmächtigten / Betreuer):**

Diese Anordnung ist ein für das Modellprojekt *beizeiten begleiten*® ([www.beizeitenbegleiten.de](http://www.beizeitenbegleiten.de)) entwickeltes ärztliches Dokument, das medizinische Fachsprache verwendet. Bitte lassen Sie sich von Ihrem zertifizierten Gesprächsbegleiter erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist, und füllen Sie das Dokument gemeinsam gemäß Ihren Festlegungen aus. In Pflegeeinrichtungen ist das Original dieses Dokuments im jederzeit zugänglichen Bewohnerordner des Wohnbereichs abzulegen; bei Einweisungen ist eine Kopie mitzugeben.

**Für den zertifizierten Gesprächsbegleiter:**

Diese HAnNo ist Teil der Patienten- bzw. Vertreterverfügung. Damit sie im Notfall bestmögliche Beachtung findet, hat sie die Form einer ärztlichen Anordnung. Die HAnNo wird vom unterzeichnenden (Haus-) Arzt verantwortet; Ihre Unterschrift dokumentiert den Prozess der Begleitung. *Rechtlich verbindlich im Sinne des Gesetzes (§ 1901 BGB) ist jedoch nur die Unterschrift des Betroffenen bzw. (falls dieser nicht einwilligungsfähig ist) des Vertreters!*

**Klären Sie stets zunächst das Therapieziel**, bevor einzelne Behandlungsmaßnahmen erörtert werden. Ziel ist es, die HAnNo 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 zertifizierten (Haus-) Arzt:**

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 HAnNo zu Ihrer Akte.

## HAnNo: Hinweise zur Umsetzung

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

Der einseitige 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 Vertreter:**

Ihre Bezugspersonen, Ihr Hausarzt und gegebenenfalls die Leitung und das Personal der Pflegeeinrichtung, in der Sie leben, werden ihr Mögliches tun, damit Ihre künftige Behandlung in den hier festgelegten Grenzen verbleibt. Eine **Garantie** kann jedoch **nicht gegeben** werden: In dem unglücklichen Fall, dass diese HAnNo 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 HAnNos sind ungültig!**

## HAnNo: Aktualisierung

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

Für den Betroffenen und / oder seinen ausgewiesenen Vertreter (Bevollmächtigten / Betreuer):  
Diese Anordnung ist ein für das Modellprojekt *beizeiten begleiten®* ([www.beizeitenbegleiten.de](http://www.beizeitenbegleiten.de)) entwickeltes ärztlich-


Name:  
Vorname  
geboren

Für den Fall einer lebensbedrohlichen 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!*

Für der einwill

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar (A):**


THERAP


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

THERAP


**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel (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 Behandlung auf Intensivstation**

THERAP

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

„Ich und“ Ents

X Unte des z

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







**C**  **Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen**

Diese H lifizierter

Die vorliegende HANNo reflektiert den (mutmaßlichen) Willen des Bewohners 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.

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



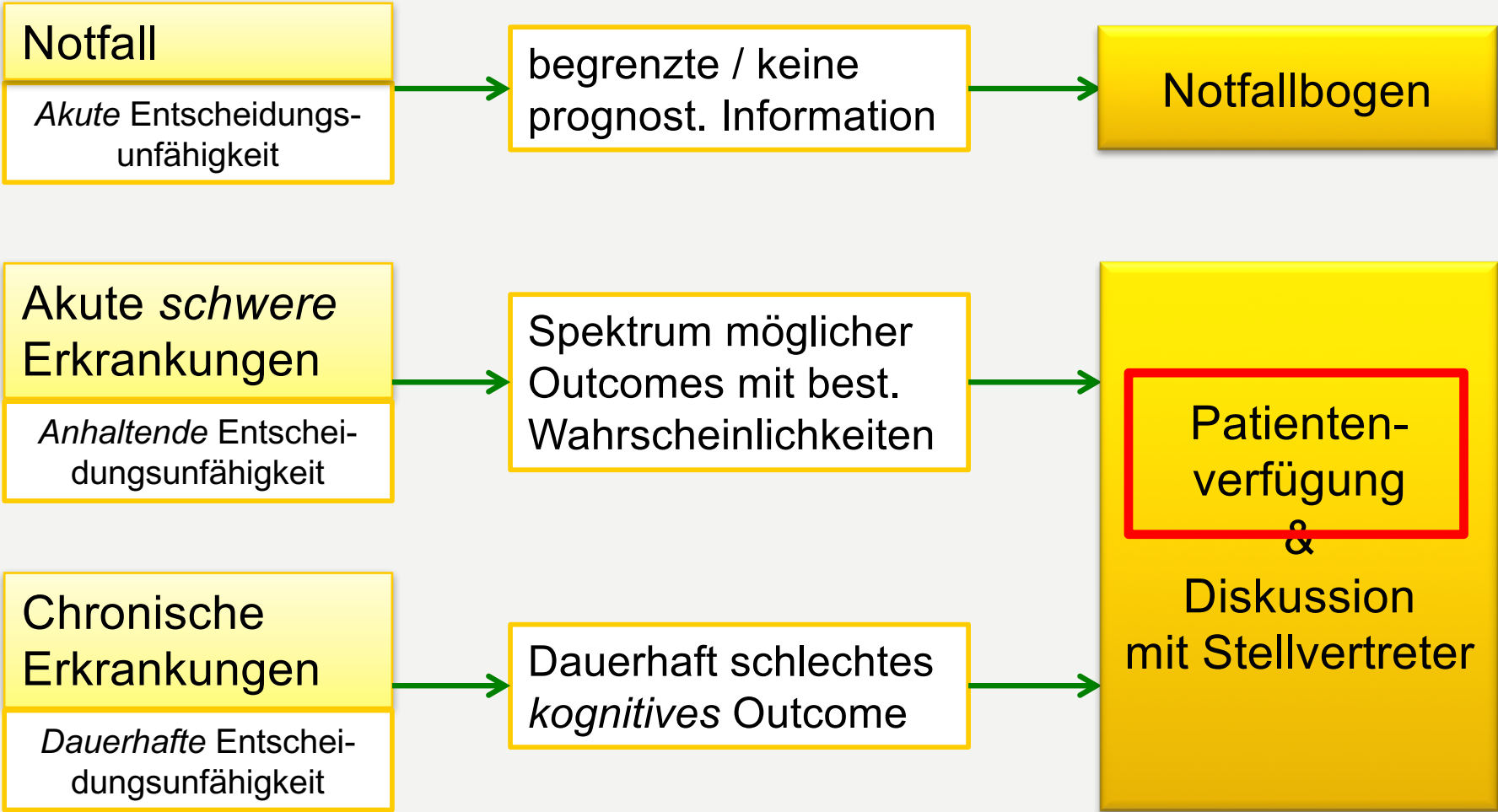
	HAnNo- Abschnitt	RESPEKT n= 114	Hickman et al. (2011) n=718	Hammes et al. (2012) n=255
<b>A</b>	 Uneingeschränkte Therapie	8.8%	11.6%	4%
<b>B0</b>	 Keine Reanimation	11.4%	46,7%	31%
<b>B1</b>	 + keine Intubation	17.5%		
<b>B2</b>	 + keine Verlegung auf ITS	23.7%		
<b>B3</b>	 + keine stat. Einweisung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



## Situationen

## Prognose


## Beispiele



**Im Falle einer intensivmedizinische Behandlung aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt:**

Analog: Schwerer Schlaganfall

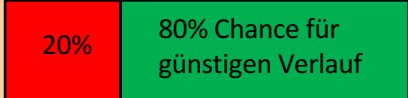

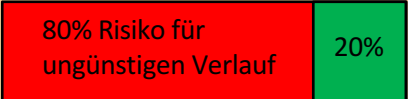
**Therapieziel = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar**

A  Lebensverlängernde Behandlung fortsetzen

**Therapieziel = in Abhängigkeit der Prognose**

B  Therapieziel nach Einschätzung des Vertreters


**Als Orientierung gilt:**

- Lebensverlängernde Behandlung nur fortsetzen, wenn Prognose eher günstig (mind. 80% Chance auf günstigen Verlauf\*) 
- Lebensverlängernde Behandlung nur fortsetzen, wenn Prognose mind. 50/50 (mind. 50% Chance auf günstigen Verlauf\*) 
- Lebensverlängernde Behandlung fortsetzen, auch wenn Prognose eher ungünstig (unter 20% Chance auf günstigen Verlauf\*) 

\* Definitionen siehe Rückseite

**Bei Unterschreiten der angegebenen Mindestchance für einen günstigen Verlauf soll die lebensverlängernde Behandlung, insbesondere auch eine Beatmung, unterlassen bzw. abgebrochen werden, unter Inkaufnahme des dann möglicherweise eintretenden Todes.**

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

C  Ausschließlich lindernde/palliative Therapie – lebensverlängernde Behandlung frühzeitig und unter Inkaufnahme des dann möglicherweise eintretenden Todes abbrechen.



**„Günstiger Verlauf“ meint hier:** Innerhalb von wenigen Wochen oder Monaten **weitgehende Wiederherstellung der früheren Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen Miteinander und allenfalls geringe bleibende Einschränkungen**, je nach Dauer der intensivmedizinischen Behandlung gegebenenfalls mit der Notwendigkeit einer Rehabilitation zur Wiederherstellung der Kräfte.

**„Ungünstiger Verlauf“ meint hier:** Die intensivmedizinische Behandlung zieht sich von Woche zu Woche, immer neue Komplikationen treten auf, immer mehr Organe sind beteiligt (z.B. bei Ausfall der Nierenfunktion vorübergehende Nierenersatztherapie (Dialyse)); langwierige Beatmungssituation mit Luftröhrenschnitt und unter Umständen monatelange Abgewöhnung vom Beatmungsgerät, zunehmender Abbau der Muskulatur, schlimmstenfalls Versterben im Krankenhaus oder Überleben mit gegenüber vorher ganz erheblich verminderter Teilhabemöglichkeit am sozialen Leben und erheblichen bleibenden Einschränkungen.



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**

# Vertreterverfügung

für eine aufgrund von \_\_\_\_\_ (Erkrankung/en) dauerhaft nicht einwilligungsfähige Person, im Folgenden als »der Betroffene« bezeichnet:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_

- Modellprojekt in Grevenbroich:
- Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus
  - Seniorenhaus Lindenhof
  - Caritashaus St. Barbara
  - Seniorenstift St. Josef Gustorf

## Übersicht

- A Ethisch-rechtliche Grundlagen dieser Vertreterverfügung
- B Legitimation des unterzeichnenden Vertreters für diese Verfügung
- C Behandlung im Notfall
- D Behandlungen von geringerer zeitlicher Dringlichkeit
- E Persönliche Hinweise für die Pflege
- F Schmerz- und Palliativtherapie
- G Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Vertreterverfügung
- H Besonderheiten
- I Unterschriften
- J Aktualisierung und Fortschreibung

## A Ethisch-rechtliche Grundlagen dieser Vertreterverfügung

In Ermangelung oder in Ergänzung einer eigenhändigen Patientenverfügung dient dieses Schriftstück der **Vorsorgeplanung** pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen. Es soll Pflegenden und Ärzten erleichtern, soweit als möglich im Sinne des Betroffenen zu handeln. Die Festlegungen erfolgen durch den unterzeichnenden Bevollmächtigten / Betreuer (*Nichtzutreffendes bitte streichen*) gemäß Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a, Abs. 2 BGB) nach bestem Wissen und Gewissen **auf folgender Grundlage:**

- Handlungsleitende, konkrete mündliche, schriftliche oder non-verbal geäußerte **Behandlungswünsche des Betroffenen**, aktuell oder zurückliegend. Erläuterung:  
\_\_\_\_\_
- Ableitung des mutmaßlichen Willens** des Betroffenen durch Interpretation früherer oder aktueller, mündlicher oder schriftlicher Äußerungen (z.B. allgemein gehaltene Patientenverfügung, aktuelle Gesten). Erläuterung:  
\_\_\_\_\_

## I Unterschriften

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

**Legaler Stellvertreter**

x \_\_\_\_\_

Unterschrift des legalen Stellvertreters

## (Weitere) Angehörige:

Ich / wir habe/n diese Vertreterverfügung besprochen.  
Ich / wir verstehe/n und respektiere/n die darin getroffenen Festlegungen.

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

1. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

Angehörige

Unterschrift

Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis mindestens zweier ausführlicher Gespräche. Dabei habe ich eine Urteilsbildung im Sinne des Betroffenen nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Hierzu bin ich durch das *beizeiten begleiten*® Training qualifiziert.

Datum und Uhrzeit des ersten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_, \_\_\_\_ :\_\_ Uhr

Datum und Uhrzeit des zweiten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_, \_\_\_\_ :\_\_ Uhr

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

Unterschrift Begleiter/in

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen mit dem unterzeichnenden Stellvertreter im Sinne von *beizeiten begleiten*® erörtert. Ich bestätige, dass der Stellvertreter bezüglich dieser Festlegungen einwilligungsfähig ist und die medizinischen Implikationen dieser Vertreterverfügung für den Betroffenen ausreichend verstanden hat. **Der notfallmedizinisch relevante Teil dieser Verfügung ist in einer separaten Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HANo) niedergelegt.** Die in dieser Vertreterverfügung niedergelegten Eckpunkte der Behandlung werde ich respektieren.

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

**Hausarzt**

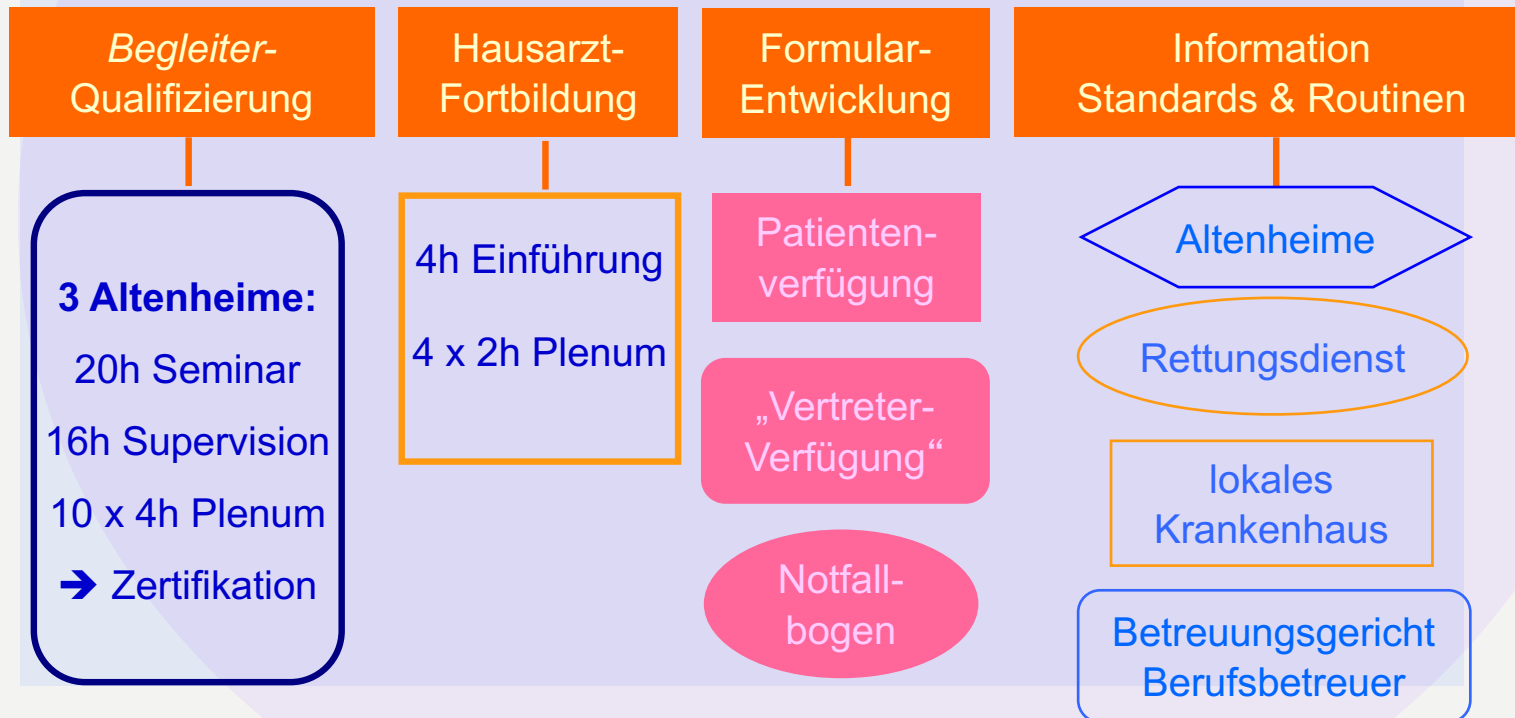
x \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des/der *beizeiten begleiten*® -qualifizierten Hausarztes/Hausärztin

## Rhein-Kreis Neuss



### Grevenbroich



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

in der Schmitt J, ... , Marckmann G. Patientenverfügungsprogramm - Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine inter-regionale kontrollierte Interventionsstudie. Deutsches Ärzteblatt 2014;111(4):50-57.





## Verhalten im medizinischen Notfall

### Bei Herzstillstand



Kein  
Anhänger

- Sterbebegleitung
- Arzt und Angehörige informieren

- Reanimation, falls nicht offenkundig unsinnig
- Notarzt oder Hausarzt rufen

### In jedem anderen Fall



oder

Kein  
Anhänger

Handeln wie gewohnt:  
Pflegerische Versorgung  
und wenn nötig den Arzt rufen  
**Dem Arzt die HAnNo vorlegen**

beizeiten  
**begleiten**

**Keine Wiederbelebung!**

beizeiten  
**begleiten**

Gesundheitliche Vorausplanung

## Bedeutung der Etiketten am Ordnerrücken

**Keine Wiederbelebung !**  
Ausdrücklicher und dokumentierter  
Bewohnerville hat für alle Gültigkeit



Hausärztliche Anordnung im Notfall  
dem Arzt vorlegen und  
mitgeben bei Krankeneinweisung







## VA Umgang mit Verfügungen und Vollmachten

### Zu den Verfügungen und Vollmachten - im Sinne dieser VA - gehören:

- Patientenverfügung
- Patiententestament
- Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Betreuungsvollmacht
- Nachweis gesetzlichen Betreuung
- Nachweis einer Vormundschaft

### Beschreibung der Arbeitsschritte:

Nr.	Arbeitsschritte	Beteiligte	Arbeitsmittel Dokumentation
1	Patient wird aufgenommen		
2	Klärung, ob eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, HANo o.ä. existiert. (ab dem Erstkontakt) Dafür Patienten selber, Angehörige, Begleitpersonen oder ggf. Pflegeeinrichtung befragen.	M-PD M-ÄD	Aufnahmebögen Anamnesebögen Pflegeanamnese
3	Wenn vorhanden, eine Kopie anfertigen, diese in eine gelbe Prospekthülle stecken und in der Patientenakte abheften. Vorgang dokumentieren.	M-PD M-ÄD	Patientenakte
4	Berücksichtigung der Verfügung und/oder der Vollmacht bei allen Schritten im Behandlungsablauf.	Alle Mitarbeiter	
5	Nach der Entlassung wird die Verfügung und/oder Vollmacht mit der gelben Hülle in die jeweilige Archivakte abgeheftet.	M-Stationsekretariat M-PD Station	Archivakte

### Begriffe

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

## USA: LaCrosse/Wisconsin



Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD. 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. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(7):1249-55.



## Australien



Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345.

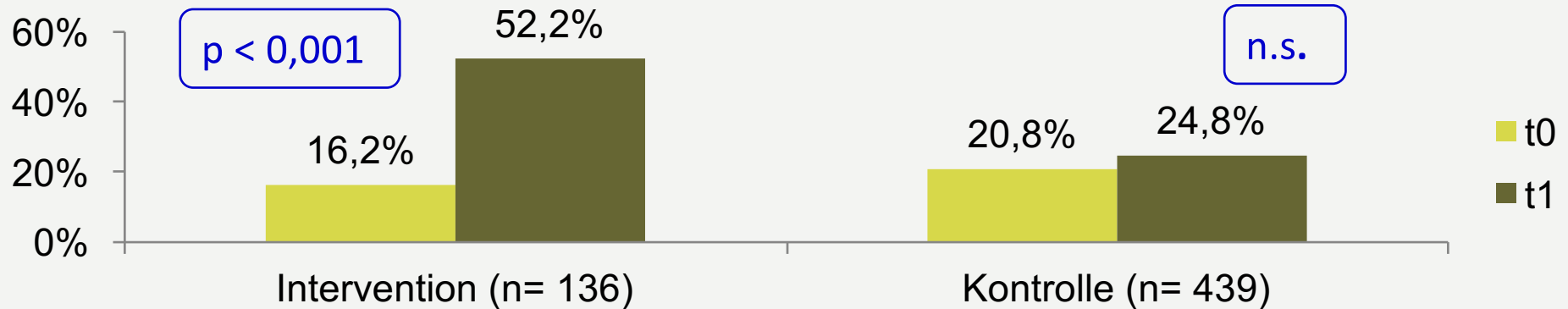


- ⇒ **Erhöhte Anzahl** an Vorausverfügungen (Respecting Choices: annähernd 100%!)
  - ⇒ **Bessere Qualität** der Vorausverfügungen (Aussagekraft, regelhafte Gesprächsbegleitung ⇒ Verlässlichkeit)
  - ⇒ Aktuelle Behandlung stimmt mit vorausverfügten Wünschen überein: **Regelmäßige Beachtung** der Vorausverfügungen
  - ⇒ **Geringere Belastung** für Angehörige in der letzten Lebensphase

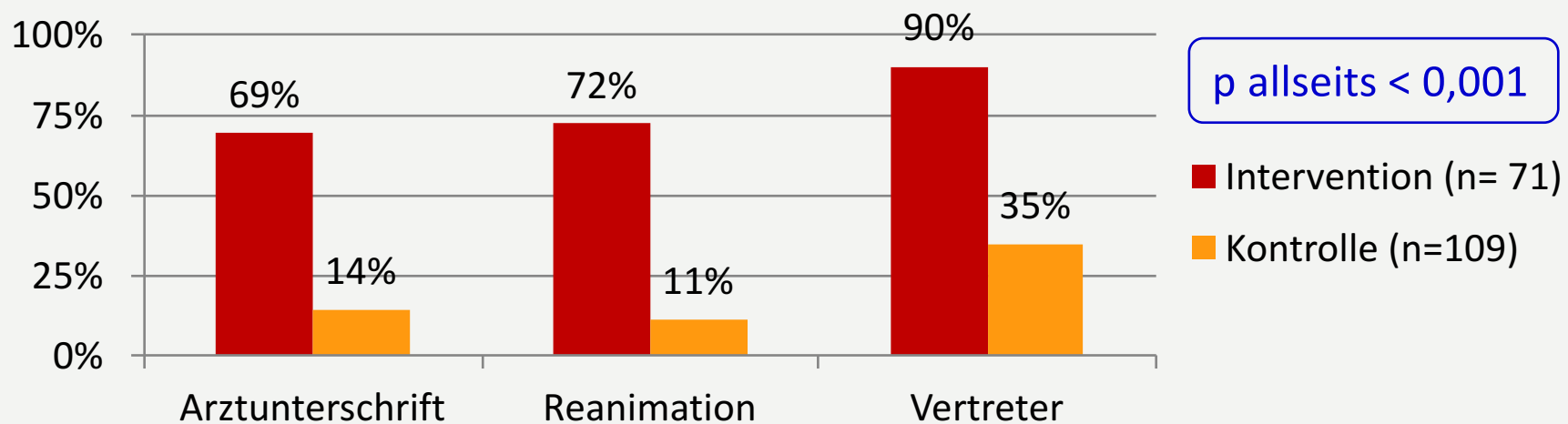


### Prävalenz der Vorausverfügungen vor und nach Intervention

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

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

- Stationäre Pflegeeinrichtungen können Bewohnern ACP zu Lasten der Krankenkassen anbieten
- Taskforce an der DGP erarbeitet Qualitätsstandard für Umsetzung und Qualifizierung der Gesprächsbegleiter („Behandlung im Voraus planen, BVP“)
- Aktuell: Verbände der Träger der Einrichtungen verhandeln Details der Umsetzung mit GKV-Spitzenverband, Ergebnisse Anfang 2017 zu erwarten

### Zunehmende Implementierungsbemühungen

- Verschiedene bb-Implementierungen in D gestartet (u.a. Düsseldorf, Neuss, Bochum, Frankfurt/Main, München)
- Erste bundesweite ACP-Gesprächsbegleiter-Schulung in FfM (Mai 2016)

### Größte Herausforderungen

- Qualifizierung einer ausreichenden Anzahl von Gesprächsbegleitern
- Regionale Implementierung (⇒ Projektverantwortlicher?)

„Behandlung im Voraus planen“ (BVP)  
Regionales System der gesundheitlichen Vorausplanung

Erstellung

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

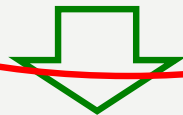


Informed consent-Standard:  
⇒ Aussagekraft  
⇒ Klinische Relevanz  
⇒ Verlässlichkeit (Validität)

Patienten-  
verfügung

Umsetzung

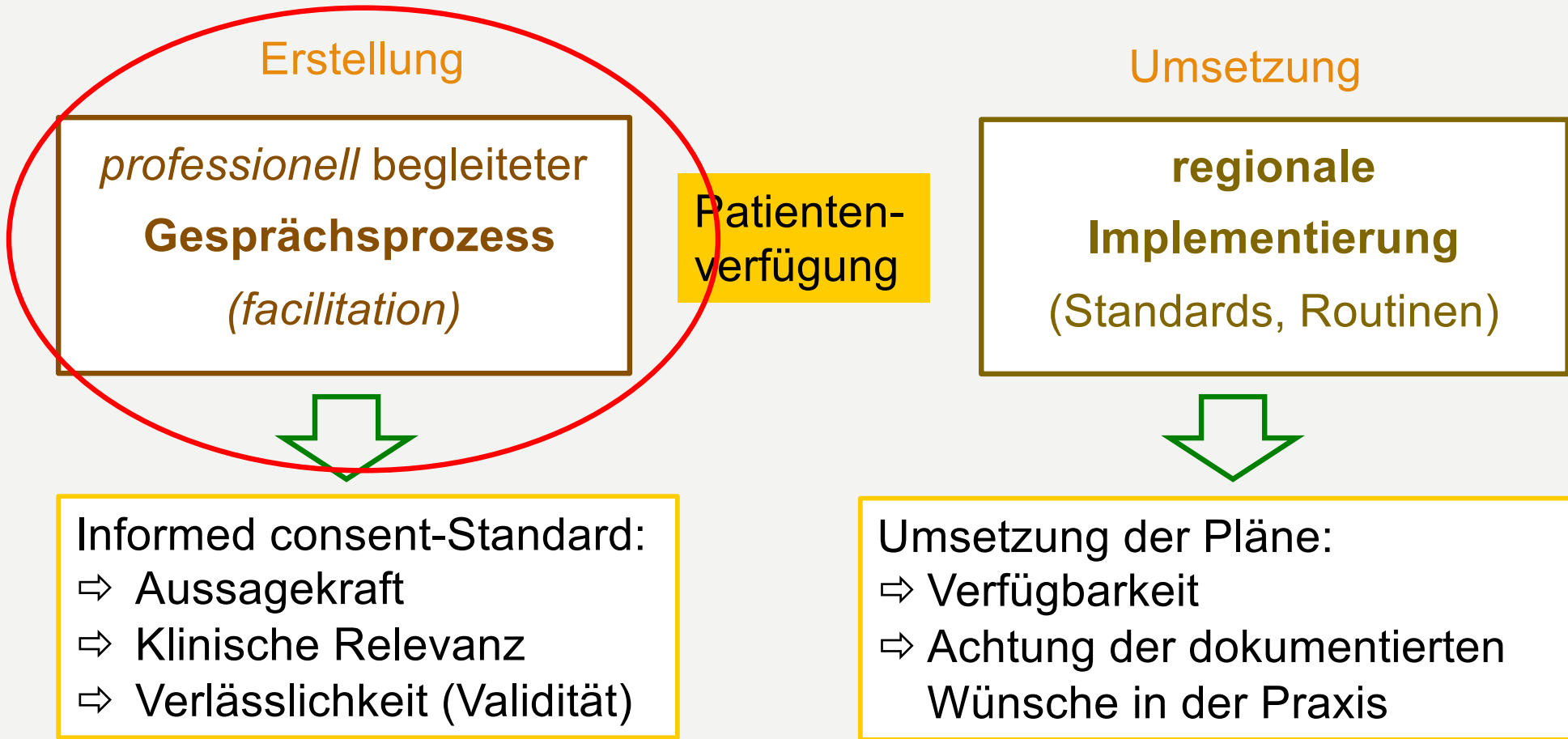
**regionale**  
**Implementierung**  
(Standards, Routinen)



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

- Mit Umsetzung § 132g SGB V zunehmende Etablierung von ACP zu erwarten ⇒ zunehmende Prävalenz von PV, VV & Notfallbögen (z.B. HAnNo)
- ⇒ Regelmäßig *Erfassung* von Vorausplanungs-Dokumente bei der Aufnahme ins Klinikum (Abfrage)
  - ⇒ *Dokumentation* der Vorausplanungsdokumente in der Patientenakte & im Patienteninformationssystem (inklusive Notfallplanung!)
  - ⇒ Verfahrensanweisung zum Umgang mit Vorausverfügungen & Vorsorgevollmacht (vgl. RKN)
  - ⇒ Schulung der Mitarbeiter im angemessenen Umgang mit PV, VV & Notfallbögen (z.B. Leitlinie Therapiezieländerung)

„Behandlung im Voraus planen“ (BVP)  
Regionales System der gesundheitlichen Vorausplanung





- (1) Aktualisierung bzw. Fortführung externer Vorausplanungsgespräche mit Blick auf die aktuelle gesundheitliche Situation der Betroffenen
  - Schulung von Mitarbeitern
  - Dokumentation der Gespräche (Patienteninformationssystem, Vorausverfügung)
- (2) Angebot einer (Erst-)Vorausplanung für Patienten des Klinikums
  - Vgl. MAPS-trial in Zürich (Tanja Krones)
  - Problem: Eigentlich „zu spät“, oft bereits schlechter gesundheitlicher Zustand der Patienten
  - Dennoch in vielen Fällen sinnvoll
- (3) Präoperative Vorausplanung für postoperative Komplikationen/protrahierter Verlauf (insbes. bei Hochrisiko-OPs)
  - Strong et al. 2005: präoperatives ACP bei cardiac surgery
    - Kongruenz zwischen Patient & Stellvertreter sign. erhöht
    - Entscheidungskonflikte für Patienten signifikant reduziert
    - hohe Akzeptanz bei Pat, kein Unterschied im Angst-Level

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]



Zeitschrift für Palliativmedizin 2016;17:177-195

# 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 Schmitten<sup>1</sup>, F. Nauck<sup>2</sup>, G. Marckmann<sup>3</sup>

Coors, Jox, in der Schmitten (Hrsg.)

## Advance Care Planning

Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung

Kapitel 5.3:  
Vorausplanung und  
Vorausverfügung in der  
Psychiatrie

Kapitel I.6: Vorausschauende  
Behandlungsplanung  
Kapitel III.10: Ethische  
Herausforderungen bei Patienten  
mit psychischen Erkrankungen

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

Georg Marckmann (Hrsg.)

## Praxisbuch Ethik in der Medizin





- Ziel: *informed consent* bzgl. zukünftiger medizinischer Situationen bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit
- ⇒ Patienten aufklären und Verständnis prüfen!
- Deutlich machen: Vorausplanung ist Bestandteil einer guten medizinischen Betreuung („Standard“)
- Informationsmaterial aushändigen (Broschüre „Patientenverfügung“ des Landesethikkomitees)
- *Nicht-direktive Unterstützung: “facilitation” = “Gesprächsbegleitung”*
- Wenn möglich Angehörige / Stellvertreter mit einbeziehen (⇒ müssen später Umsetzung der PV mit tragen)
- Suggestive oder gar manipulative Äußerungen vermeiden
- Vorschnelle Festlegungen verhindern
- Radikale Positionen („Ich will alles“/“Ich will gar nichts“) herausfordern
- Fragen zur Verbindlichkeit der PV besprechen
- Gespräch dokumentieren, ggf. Folgetermine festlegen



1. **Allgemeine Einstellungen** zu Leben, Sterben & medizinischer Behandlung
  - Grundlage für weitere Planung
  - Entscheidungshilfe bei Situationen, die nicht von PV abgedeckt sind
2. Behandlungswünsche für typische **klinische Entscheidungssituationen**
  - (1) **Akute** Entscheidungsunfähigkeit: *medizinischer Notfall*
  - (2) **Anhaltende** Entscheidungsunfähigkeit
    - *Intensivmedizinische Behandlung* bei einer akuten, lebensbedrohlichen Erkrankung
    - Behandlung bei *akutem schweren Schlaganfall*
  - (3) **Dauerhafte** Entscheidungsunfähigkeit: Demenz, „Wachkoma“
3. Auswahl & Benennung eines **Stellvertreters**: Bevollmächtigung einer Vertrauensperson ⇒ **Vorsorgevollmacht**