

# Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria

Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria • Graseggerstraße 105 • 50737 Köln

Graseggerstraße 105  
50737 Köln  
Tel 0221-974514-35  
Fax 0221-974514-985  
info@cellitinnen.de  
www.seniorenhausgmbh.de

07.09.2020

## **Projektbericht zur einrichtungsinternen und regionalen Implementierung gesundheitlicher Versorgungsplanung (§132g SGB V) - Behandlung im Voraus planen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit März 2018 implementieren wir das Konzept Behandlung im Voraus planen - BVP in unseren Seniorenhäusern und engagieren uns in der regionalen Vernetzung.

Im März dieses Jahres sollte der Abschluss des zweijährigen Projektes festlich begangen werden, doch durch Corona mussten wir die gemeinsame Feier leider absagen. Inzwischen haben wir uns entschlossen den Termin nicht nachzuholen, um kein Risiko einzugehen.

So möchten wir Ihnen auf diesem Weg unseren herzlichen Dank für Ihr Interesse, Ihre Unterstützung und Ihren Einsatz aussprechen.

Gerne übersenden wir Ihnen das Grußwort von Frau Stephanie Kirsch, Geschäftsführerin der Seniorenhaus GmbH und Monsignore Rainer Hintzen, Leiter der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen im Erzbistum Köln zum Abschluss des Projektes.

Um Sie über die Konzeption, den Prozess und die Ergebnisse ausführlich zu informieren, übermitteln wir Ihnen den Projektbericht und wünschen viel Freude und gute Erkenntnisse beim Lesen.

Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria • Registergericht Köln, HRB 24196  
Geschäftsführer: Thomas Gäde, Stephanie Kirsch  
Steuer-Nr. 217/5962/0848 • USt-IdNr. DE 815139967  
Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft • Kto.-Nr. 1 239 900 • BLZ 370 205 00  
IBAN: DE91 3702 0500 0001 2399 00 • BIC: BFSWDE33XXX  
Kreissparkasse Köln • Kto.-Nr. 94 799 • BLZ 370 502 99  
IBAN: DE59 3705 0299 0000 0947 99 • BIC: COKSDE33

  
**Cellitinnen**  
Der Mensch in guten Händen

# Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria

Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit und auf ein hoffentlich baldiges Wiedersehen.

Herzliche Grüße



Sabine Westerfeld  
BVP Gesprächsbegleiterin  
Projektleiterin



Dr. Thomas Otten  
Diözesanbeauftragter für Ethik im  
Gesundheitswesen  
Abteilung Seelsorge im Sozial- und  
Gesundheitswesen, Erzbistum Köln

# Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria

Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria • Graseggerstraße 105 • 50737 Köln

Graseggerstraße 105  
50737 Köln  
Tel 0221-974514-35  
Fax 0221-974514-985  
info@cellitinnen.de  
www.seniorenhausgmbh.de

im September 2020

## Zum Abschluss des Projektes zur Implementierung von BVP

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Abschluss des BVP-Projekts möchten ich Ihnen allen sehr herzlich zum erfolgreichen Verlauf gratulieren. Ich danke Ihnen für die Erprobung und Umsetzung eines im wahrsten Sinne wertvollen Konzepts, das Bewohnerinnen und Bewohnern eine umfassende und nachhaltige Begleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung anbietet.

Bereits seit Mitte der 1990er-Jahre haben wir in den Einrichtungen der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria Erfahrungen mit strukturierter Werte- und Ethikarbeit. Dank engagierter Unterstützung der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen des Erzbischöflichen Generalvikariats Köln konnten wir in der Folgezeit ein Konzept zur Bearbeitung ethisch problematischer Praxisfälle entwickeln und zum Bestandteil unseres Qualitätsmanagements werden lassen. Ethische Konsile sind in jeder Einrichtung etabliert und ein eigenständiges Ethikkomitee als Beratungsgremium für den Seniorenhausbereich gehört dazu.

Umso mehr war und ist uns das Zusammenwirken mit dem Erzbistum Köln im Rahmen des BVP-Projekts und darüber hinaus ein wichtiges Anliegen. Über unsere vier Kölner Seniorenhäuser hinaus, konnte der BVP-Prozess auch bereits in zwei weiteren unserer Einrichtungen in Bonn und in Nideggen eingeführt werden.

Eine intensive Kommunikation, geleitet von klaren Qualitätskriterien, zeichnet das erprobte Konzept aus. Die Gesprächspartner mit ihren Bedürfnissen, mit ihren Fragen und Wünschen stehen dabei im Mittelpunkt der Arbeit. So erbringt die

Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria • Registergericht Köln, HRB 24196  
Geschäftsführer: Thomas Gäde, Stephanie Kirsch  
Steuer-Nr. 217/5962/0848 • USt-IdNr. DE 815139967  
Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft • Kto.-Nr. 1 239 900 • BLZ 370 205 00  
IBAN: DE91 3702 0500 0001 2399 00 • BIC: BFSWDE33XXX  
Kreissparkasse Köln • Kto.-Nr. 94 799 • BLZ 370 502 99  
IBAN: DE59 3705 0299 0000 0947 99 • BIC: COKSDE33

  
**Cellitinnen**  
Der Mensch in guten Händen

# Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria

Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

Beratung im empathischen Zuhören und in der Wertschätzung ermittelter Vorstellungen einen wesentlichen Beitrag zur Reflexion komplexer Lebensfragen hochbetagter Menschen.

Mit nochmals vielem lieben Dank für Ihr großartiges Engagement wünsche ich Ihnen zum weiteren Gelingen viel Kraft und Ausdauer unter Gottes Segen sowie eine stets gute Zusammenarbeit im Bereich der regionalen Kooperationen.



Stephanie Kirsch  
Geschäftsführerin

## Grußwort zum Abschluss des BVP-Projekts

(Msgr. Rainer Hintzen)

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Projekt-Teilnehmende,

In der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts haben sich die medizinischen Möglichkeiten, am Lebensende Einfluss auf den menschlichen Sterbeprozess nehmen zu können, in nie gekannter Weise vergrößert. Diese Entwicklung ist ein Segen - zugleich ist sie aber auch eine Bürde. Denn sie bürdet die Last auf, Entscheidungen über Leben und Tod treffen zu müssen. Ein Vorgang, den sich noch die Generation unserer Großeltern überhaupt nicht hätte vorstellen können.

Seit ihrer Gründung ist auch die Reflexion der durch die moderne Medizin entstandenen und entstehenden Herausforderungen an den Grenzen des Lebens ein Schwerpunkt der Arbeit unserer Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen; damit auch die Suche nach einem verantwortlichen Umgang mit diesen Fragestellungen.

Das besondere Merkmal des Konzeptes Advance Care Planning (deutsch: Behandlung im Voraus planen) ist, dass es betroffene Menschen selber befähigt, sich frühzeitig mit den mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit in ihrem Leben einmal eintretenden Behandlungsentscheidungen auseinanderzusetzen und diese auf dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte und der eigenen Wertvorstellungen frühzeitig abzuwägen. Diese neue Qualität der Patientenzentrierung, gerade im Hinblick auf Menschen, die in einer akuten Entscheidungssituation nicht mehr einwilligungsfähig sind, erscheint mir im Hinblick auf unser christliches Menschenbild als Gewinn.

Wir freuen uns, mit der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria einen Kooperationspartner gefunden zu haben, mit dem wir gemeinsam aus einem anfangs zarten Projekt-Pflänzchen in der Kölner Region Pionierarbeit leisten konnten. Nach Projektende blicken wir nun schon auf eine ansehnliche Pflanze, die vielfältige Früchte getragen hat: einer mittlerweile schon relativ breit aufgestellten BVP- Community, mit einer ganzen Reihe Einrichtungsträger „an Bord“. Auch nach Abschluss des Projekts werden wir diese wichtige Arbeit aus innerer Überzeugung gerne weiterhin unterstützen.

Für die gute und erfolgreiche Zusammenarbeit danke ich der Seniorenhaus GmbH herzlichst:  
Vergelt's Gott

*Rainer Hintzen*

Msgr. Rainer Hintzen  
Diözesankrankenhausseelsorger  
Leiter der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen

## **Behandlung im Voraus Planen**

### Projektbericht

zur einrichtungsinternen und regionalen Implementierung  
gesundheitlicher Versorgungsplanung (§ 132g SGB V)  
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe  
der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria

Projektzeitraum 01.03.2018 bis 28.02.2020

Eingereicht zum Projektabschluss

durch die Projektleitung Sabine Westerfeld

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis .....	2
1. Einleitung.....	5
2. Ziel des Projektes .....	7
3. Gesetzlicher Hintergrund .....	8
3.1. Orientierung am internationalen Konzept Advance Care Planning .....	10
3.2. Reichweite und Wirksamkeit von Patientenverfügungen.....	10
3.3. Qualifizierung der Gesprächsbegleiter .....	12
3.4. Schnittstelle Palliative Care und Gesundheitliche Versorgungsplanung .....	13
4. Organisation, Umsetzung und quantitative Ergebnisse .....	14
4.1. Teilnehmende Seniorenhäuser .....	15
4.2. Möglichkeiten und Vorgaben im § 132g SGB V .....	16
4.3. BVP Gesprächsbegleitung.....	16
4.4. Projekt-Steuerungsgruppe .....	23
5. Interne Implementierung.....	24
6. Regionale Implementierung .....	27
6.1. Implementierung im medizinischen Rahmen.....	29
6.1.1. Hausärzte .....	29
6.1.2. Krankenhäuser .....	30
6.1.3. Rettungsdienste .....	31
7. Auswertung und Fazit .....	32
8. Literaturverzeichnis .....	41
9. Anhang .....	43

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: BVP gesamt 1.3.2018 – 29.02.2020.....	19
Abbildung 2: angebotene BVP Gespräche Köln.....	20
Abbildung 3: angebotene BVP Gespräche Köln nach SH.....	21
Abbildung 4: erstellte BVP PV/VD Köln.....	21
Abbildung 5: erstellte BVP PV/VD nach SH.....	22
Abbildung 6: angebotene Gespräche pro GB/Monat.....	23
Abbildung 7: erstellte PV/VD pro GB/Monat.....	23
Abbildung 8: Sicherheit durch BVP in gesundheitlichen Krisen.....	35
Abbildung 9: Emotionale Entlastung durch BVP.....	36
Abbildung 10: Beachtung von BVP in Notfallsituationen.....	37
Abbildung 11: BVP führt zu Beachtung des Behandlungswunsches in med. Krisensituationen.....	38
Abbildung 12: Kulturwandel durch BVP - Ärzte.....	39
Abbildung 13: Kulturwandel durch BVP - Mitarbeiter.....	39

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ACP	Advance Care Planning
ALPHA	<b>A</b> nsprechstellen im <b>L</b> and Nordrhein-Westfalen zur <b>P</b> alliativversorgung, <b>H</b> ospizarbeit und <b>A</b> ngehörigenbegleitung
Amb.	Ambulant
Ang.	Angehöriger
ÄNo	Ärztliche Anordnung für den Notfall
APG NRW	Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen
AZ	Allgemeinzustand
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BVP	Behandlung im Voraus planen
BW	Bewohner
bzw.	beziehungsweise

ca.	circa
d.h.	das heißt
DiV	Deutsche interprofessionelle Vereinigung
e.V.	Eingetragener Verein
GB	Gesprächsbegleiter
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HA	Hausarzt
HÄ	Hausärzte
hl.	heiligen
inkl.	inklusive
KH	Krankenhaus
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PFK	Pflegefachkräfte
PV	Patientenverfügung
QZ	Qualitätszirkel
SGB	Sozialgesetzbuch
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SH	Seniorenhaus / Seniorenhäuser
SHL	Seniorenhausleitung
St.	Sankt
u.a.	unter anderem
UE	Unterrichtseinheiten
USA	United States of America
VD	Vertreterdokumentation
VK	Vollzeitkraft
z.B.	zum Beispiel

## Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich das männliche Genus verwendet.

## **Dank**

Mein Dank gilt besonders Herrn Dr. Thomas Otten sowie Herrn Thomas Nauroth für die hervorragende Zusammenarbeit, stetige Begleitung und Reflexion.

## 1. Einleitung

Seit Anfang der 1970er Jahre gibt es Patientenverfügungen. Bislang war die Initiative, eine Patientenverfügung zu erstellen, ausschließlich im privaten Bereich verankert. Häufig sind Patientenverfügungen nicht aussagekräftig, so dass sie in Entscheidungssituationen wenig hilfreich sind und deshalb keine Verwendung finden. Seit den 1990er Jahren wurde das Konzept 'Advance Care Planning' (ACP) – deutsch: 'Behandlungen im Voraus planen' (BVP) entwickelt, zunächst in den USA, dann in zahlreichen anderen Ländern. Im Dezember 2015 trat in Deutschland das Hospiz- und Palliativgesetz in Kraft, welches den Pflegeeinrichtungen erstmalig ermöglicht, ihren Bewohnern eine refinanzierte Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten. Dabei bezieht sich die individuelle Planung auf die medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung. Hinsichtlich der internen und regionalen, d.h. externen Implementierung liegen bundesweit bislang nur sehr wenige dokumentierte Erfahrungen vor, die Träger oder Einrichtungen bei der eigenen Implementierung von ACP/BVP nutzen könnten.<sup>1</sup>

Bereits 2017, vor der Veröffentlichung der 'Vereinbarung nach §132g Abs. 3 SGB V über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase', hat sich die Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria in Zusammenarbeit mit der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen im Erzbistum Köln entschlossen, das durch die 'Deutsche interprofessionelle Vereinigung' (DiV) entwickelte Konzept 'Behandlung im Voraus planen' zu implementieren. Dieses Konzept unterliegt klaren Qualitätskriterien und beinhaltet neben dem ergebnisoffenen kommunikativen Prozess zur Ermittlung, Dokumentation und Umsetzung der Wünsche des Bewohners einerseits die Etablierung von Prozessen und Haltungen im Seniorenhaus zur Sicherstellung der Kontinuität und andererseits die regionale Implementierung zur Sicherstellung der Umsetzung der Wünsche bei Nichteinwilligungsfähigkeit im klinischen Kontext.

---

<sup>1</sup> Von Januar 2015 bis April 2017 führte der Münchner Diözesan Caritasverband ein BVP-Projekt durch. Der Fokus lag nicht auf der Frage der internen und externen Implementierung. Ein Projektbericht liegt vor: Petri (2017), Projekt zur Schulung von Vorsorgebegleitern zur Durchführung gesundheitlicher Vorausplanung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe; Caritasverband der Erzdiözese München und Freisingen e.V.

Der zweijährige Projektzeitraum vom 01.03.2018 bis zum 28.02.2020 wurde durch den Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. finanziell gefördert, da von der transferfähigen Ergebnissicherung auch andere Einrichtungen und Träger profitieren können.

Die Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria und die dazugehörige St. Gertrud Seniorenhaus GmbH gehören zur gleichnamigen Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria mit Sitz in Köln. Sie ist Trägerin von insgesamt 19 Seniorenhäusern in den Regionen Köln, Düren und Bonn/Kleve und beschäftigt mehr als 1.900 Mitarbeiter. Die Einrichtungen der Cellitinnen bieten alternden Menschen je nach den individuellen Wünschen und Bedarf Servicewohnungen für Senioren und, bei bestehendem Pflegebedarf, professionelle Pflege in verschiedenen Wohnformen an. Insgesamt werden 1.552 Menschen in den Einrichtungen in voll- und teilstationärer Pflege betreut. Der Leitsatz 'Der Mensch in guten Händen' ist den Mitarbeitern der Seniorenhaus GmbH immer wieder Ansporn, ihre Fachlichkeit weiterzuentwickeln und die Leistungen zu verbessern. Besonders auch in der Begleitung von Senioren mit schweren Erkrankungen und am Lebensende sind die Wünsche und Bedürfnisse sowie die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen ein besonderes Anliegen. Im Projektzeitraum erfolgte die Umsetzung in sechs vollstationären Senioreneinrichtungen.

Im vorliegenden Projektbericht werden zunächst die Ziele des Projektes dargestellt sowie der gesetzliche Hintergrund und die damit verbundenen Rahmenbedingungen herausgestellt. Danach wird die Organisation und Umsetzung innerhalb des Projektes erläutert und quantitative Ergebnisse der im Projektzeitraum durchgeführten Gesprächsprozesse aufgezeigt. Anschließend richtet sich der Blick auf die interne Implementierung, um dann im Folgenden die regionale Implementierung darzulegen. Im Kapitel Auswertung und Fazit werden die Erkenntnisse und Erfahrungen reflektiert, durch eine statistische Erhebung besprochen und ein Ausblick für die weitere Implementierung in den Seniorenhäusern der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria gegeben.

## 2. Ziel des Projektes

Bei der Entscheidung der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria im Jahr 2017, dem hohen Standard der DiV zu folgen und ACP/BVP in den Seniorenhäusern zu implementieren, stand zunächst einmal ein Ziel im Vordergrund:

*„Die Übereinstimmung medizinischer Behandlungen von Menschen im Falle schwerer und chronischer Erkrankung mit deren persönlichen Behandlungspräferenzen in Situationen, in denen diese selber aktuell nicht mehr einwilligungsfähig sind.“<sup>2</sup>*

Dabei beruht das Prinzip von ACP/BVP auf zwei Säulen:

- *„Der professionell begleitete Prozess zur Ermittlung und Dokumentation des Willens des Bewohners.“*
- *Die regionale Implementierung von Strukturen, die die Ermittlung, Dokumentation und Umsetzung der Wünsche unterstützen.“<sup>3</sup>*

Das übergeordnete Ziel und das Prinzip von ACP/BVP ist Grundlage in der Vorbereitung des Projektes und in der weiteren Ausgestaltung, Konkretisierung und Differenzierung.

Die im Projekt gemachten Erfahrungen und Maßnahmen der internen und regionalen Implementierung werden dokumentiert und ausgewertet, um auch andere Träger und Einrichtungen in der Implementierung von ACP/BVP zu unterstützen.

Benannt wurden als weitere wesentliche Ziele:

- In den beteiligten Einrichtungen stehen qualifizierte Gesprächsbegleiter zur Verfügung, die eine kompetente Begleitung der Bewohner sicherstellen.
- Die Selbstbestimmung der Bewohner ist über ein aufsuchendes Beratungsangebot mit Beteiligung der verantwortlichen Berufsgruppen und Akteure sichergestellt.

---

<sup>2</sup> Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria (2018); Flyer: Behandlung im Voraus planen – ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen

<sup>3</sup> ebd.

- Die Wünsche und die Selbstbestimmung der Bewohner in Bezug auf Behandlungsoptionen im Notfall sowie hinsichtlich der Versorgungssituation am Lebensende sind umgesetzt (Vermeidung psychisch und physisch belastender Handlungsroutinen sowie nicht erwünschter Krankenhauseinweisungen).
- Die im Projektkontext agierenden Kooperationspartner haben einen angemessenen Wissensstand über die Handlungsrichtlinien und setzen diesen klientenorientiert um. Ebenso sind die sektorenübergreifende Vernetzung und der regelmäßige Informationsaustausch sichergestellt.
- Die gesundheitliche Versorgungsplanung ist im Pflegeprozess verankert und somit Teil der regelmäßigen Evaluation der individuellen Versorgungssituation. Zudem ist auf Seiten der Pflegemitarbeiter eine hohe Handlungssicherheit bezüglich Notfallsituationen erreicht.

Ob und in welcher Ausprägung besonders die regionalen Ziele erreicht werden, ist vor allem auch abhängig von dem öffentlichen Interesse an einem Kulturwandel in Bezug auf die Ermittlung und Beachtung der vorausverfügten Patientenwünsche.<sup>4</sup>

### **3. Gesetzlicher Hintergrund**

Im vorliegenden Kapitel werden neben dem gesetzlichen Hintergrund die damit verbundenen Rahmenbedingungen und die Orientierung am internationalen Konzept 'Advance Care Planning' (ACP) beleuchtet sowie die Reichweite und Wirksamkeit von Patientenverfügungen hinterfragt. Im Weiteren werden die Vorgaben zur Qualifizierung der Gesprächsbegleiter mit dem Schulungskonzept der DiV-BVP in einigen Aspekten verglichen und die Schnittstelle zwischen Palliative Care und dem ACP/BVP Konzept thematisiert.

Der gesetzliche Rahmen für die Implementierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung in Einrichtungen der Altenpflege sowie der Eingliederungshilfe geht zurück auf das im November 2015 vom Deutschen

---

<sup>4</sup> in der Schmitt, Nauck, Marckmann (2016), Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, S. 191-192

Bundestag verabschiedete „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)“<sup>5</sup>. Darin heißt es im § 132g:

*„Zugelassene Pflegeeinrichtungen [...] können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden.“*

*[...] In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen.“<sup>6</sup>*

Im Dezember 2017 wurde eine Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V veröffentlicht, die durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Bundesverbände der Einrichtungsträger ausgehandelt wurden.<sup>7</sup> Sie beschreibt die Inhalte, Anforderungen und Mindeststandards der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und ermöglicht die qualifizierte Begleitung für Bewohner der vollstationären Pflege und der Eingliederungshilfe. Vier Aspekte werden nachfolgend näher beleuchtet.

---

<sup>5</sup> Deutscher Bundestag (2015): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Bundesgesetzblatt 2015:2114-8

<sup>6</sup> ebd.

<sup>7</sup> Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017

### **3.1. Orientierung am internationalen Konzept Advance Care Planning**

In der Präambel des § 132g SGB V wird deutlich, dass der Auftrag der Gesprächsbegleiter darin besteht, die Vorausplanenden zu befähigen, autonom ihre Wünsche über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen festzulegen. Diese Selbstbestimmung kann allerdings nur gelingen, wenn die Person entsprechend ihrer individuellen gesundheitlichen Situation aufgeklärt wurde, die Information verstanden hat und nach reiflicher Überlegung und Beratung (insbesondere mit ihren Vertrauenspersonen) frei entscheidet – im Sinne des Informed Consent, wie es das internationale Konzept ACP vorsieht.<sup>8</sup> Entsprechend wird in der Präambel des § 132g weiter ausgeführt, dass sich die 'Gesundheitliche Versorgungsplanung' an eben diesem ACP Konzept orientiert.

Eine Übersetzung von ACP wurde von der Task Force Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Jahr 2016 geprägt: 'Behandlung im Voraus planen' - BVP. Im Jahr 2017 ging die 'Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus planen e.V.' - DiV-BVP aus eben dieser Task Force ACP hervor, deren Standards in enger Kooperation mit internationalen ACP Programmen kontinuierlich weiterentwickelt werden, die ein spezifisches BVP-Gesprächsbegleiter-Curriculum anbietet und bis heute als einziger Anbieter in Deutschland ein ebensolches Trainer-Curriculum entwickelt hat.<sup>9</sup>

### **3.2. Reichweite und Wirksamkeit von Patientenverfügungen**

Ziel von ACP/BVP ist die Übereinstimmung medizinischer Behandlung von Menschen im Falle schwerer und chronischer Erkrankung mit deren persönlichen Behandlungspräferenzen in Situationen, in denen diese selber aktuell nicht mehr einwilligungsfähig sind. Diese Zielsetzung wird grundsätzlich auch in Deutschland verfolgt. Hierzulande werden zunächst einmal alle medizinischen Eingriffe laut Patienten-Selbstbestimmungsrecht juristisch formal als Körperverletzungen gewertet. Daher bedarf es immer der (mutmaßlichen) Einwilligung der betroffenen Person. Eine einwilligungsfähige Person kann somit einer medizinische Behandlung zustimmen oder diese ablehnen, selbst wenn sie aus medizinischer

---

<sup>8</sup> Coors, Jox, in der Schmitt (2015): Advance Care Planning: Qualifizierte Gesprächsbegleitung bei der Abfassung einer Patientenverfügung, S. 32-35

<sup>9</sup> <https://www.div-bvp.de/schulungen/>; 21.04.2020

Sicht dringend erforderlich wäre, um das Leben zu retten. Die rechtliche Legitimation einer solchen individuellen Entscheidung findet sich in Artikel 2, Abs. 2 des Grundgesetzes im Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit.<sup>10</sup> Auch im 'Patientenverfügungsgesetz' (BGB §§ 1901a bis 1904) wurde 2009 die Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen abgelehnt und festgestellt, dass der in einer Patientenverfügung im Voraus festgelegte Wille unbeschränkte Gültigkeit hat, sofern dieser auf die vorliegende Entscheidung anwendbar ist.<sup>11</sup>

In der Praxis fühlen sich Menschen mit dem Verfassen einer entsprechend konkreten Patientenverfügung aber häufig überfordert. Die Folge ist, dass entweder keine Patientenverfügung erstellt oder aber auf Vordrucke z.B. aus dem Internet zurückgegriffen wird. Diese bekannten herkömmlichen Patientenverfügungen sind in ihrer Reichweite in der Regel auf vier Situationen beschränkt (unmittelbarer Sterbeprozess, Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, irreversible schwere Gehirnschädigung, Demenz mit schwerster Dysphagie) und arbeiten überwiegend mit vorformulierten Textbausteinen. Sie finden in der Behandlungspraxis oft keine Anwendung, da sie in der konkreten Situation nicht zutreffend oder nicht ausreichend valide sind. Auch ist zu bedenken, dass Textbausteine durch ihre pauschale Vorfestlegung, wie die Behandlungswünsche eines Menschen auszusehen haben, als kritisch zu betrachten sind, weil einerseits medizinische Maßnahmen oder Grenzen impliziert werden und andererseits maßgebliche Behandlungssituationen weder mit dem Vorausplanenden besprochen noch eindeutig festgelegt werden.

Die im Vergleich zur herkömmlichen Patientenverfügung deutlich nachhaltigere Effektivität von ACP/BVP beruht auf dem professionell begleiteten Prozess zur Ermittlung und Dokumentation des Willens des Vorausplanenden. Der Gesprächsbegleiter *„[...] steuert als professioneller Moderator diesen Prozess, in welchem der Betroffene seine Werte, Grundhaltungen und Ziele reflektiert, relevante künftige hypothetische Szenarien kennen- und so weit wie nötig verstehen lernt und seine entsprechenden individuellen Behandlungspräferenzen im Austausch mit seinem designierten Vertreter (Angehörigen) entwickelt und*

---

<sup>10</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1949), Artikel 2, Abs. 2

<sup>11</sup> Bürgerliches Gesetzbuch (2017), §§ 1901 - 1904

artikuliert.“<sup>12</sup> Die hohe Verantwortung der Gesprächsbegleiter ist somit, die Menschen zu befähigen im Sinne des Informed Consent eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

### 3.3. Qualifizierung der Gesprächsbegleiter

Die Gesprächsbegleitungen erfordern eine sehr hohe empathische Herangehensweise, eine ausgeprägte Kommunikationskompetenz und eine konsequente klientenorientierte Gesprächsführung. Darüber hinaus bedarf es spezifischer Kenntnisse, um dem Vorausplanenden medizinische Situationen und Szenarien anschaulich aufzuzeigen, seine Festlegungen und Entscheidungen zu hinterfragen, ohne diese suggestiv oder gar manipulativ zu beeinflussen.<sup>13</sup>

Die Vereinbarung vom 13.12.2017 zur Umsetzung des § 132g SGB V legt Inhalte und Mindeststundenzahl für die Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleitern fest. Dabei sind in Teil eins der Qualifizierung 48 Unterrichtseinheiten (UE) theoretischer Input inkl. Intensivtraining mit Rollenspiel sowie 12 UE für insgesamt zwei begleitete Gesprächsprozesse (vier Gespräche) durch die Dozenten mit anschließender Reflexion vorgesehen. Eine spezifische Qualifikation der Trainer sieht die Vereinbarung nicht vor. Ein einheitliches Dokumentationsverfahren, um die regionale oder gar bundesweite Implementierung zu erleichtern, ist nicht vorgegeben.

Wie bereits beschrieben, ist ein Kernelement von ACP/BVP die qualifizierte Begleitung im Gesprächsprozess. Die Qualifizierung zum Gesprächsbegleiter entsprechend der DiV-BVP umfasst insgesamt neun Tage (72 UE) Theorie. Das Intensivtraining erfolgt in Kleinstgruppen mit Schauspielpatienten. Zwischen den drei Modulen sind jeweils sechs selbständig durchzuführende Übungsgespräche zu absolvieren, entsprechend den Vorgaben zwei durch den Trainer begleitete Prozesse, bei denen der Trainer persönlich vor Ort ist. Zu allen anderen erhalten die Teilnehmer ein Feedback durch den Trainer anhand der Dokumentation. Dieses Curriculum der DiV-BVP geht auf das im Jahr 2008 entwickelte Forschungsprojekt 'beizeiten begleiten' zurück. Seit den Jahren 2015 ist es in

---

<sup>12</sup> Coors, Jox, in der Schmittgen (2015): Advance Care Planning: Advance Care Planning: eine Einführung, S.

13

<sup>13</sup> Coors, Jox, in der Schmittgen (2015): Advance Care Planning: Advance Care Planning: eine Einführung, S.

14

zahlreichen Kursen vielfach erprobt worden und wird ständig weiterentwickelt. Die Trainer absolvieren ihrerseits wieder eine Weiterbildung und werden von Trainer-Trainern qualifiziert, die ihre Kenntnisse u.a. in den USA erworben haben und international zum Thema ACP im ständigen Austausch sind.<sup>14</sup>

Die Gewährleistung einer qualifizierten Gesprächsbegleitung ist für die DiV-BVP das Wesentliche im BVP-Prozess. Um die individuellen Festlegungen zu verschriftlichen und damit die Umsetzung im Anwendungsfall zu gewährleisten, bedarf es aussagekräftiger Formulare, die über Jahre von der DiV entwickelt, erprobt und evaluiert wurden und weiterhin werden (siehe Anhang 1). Neben persönlichen Angaben, Wünschen in der Palliativversorgung, Erläuterungen und Unterschriften sind *„[...] vier zentrale Planungsbereiche umfasst, in denen die Vorausplanenden ihre Präferenzen dokumentieren können:*

*(1) Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben als allgemeine Standortbestimmung zur Therapiezielfindung*

*(2) Die Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNO) mit Festlegungen für lebensbedrohliche Notfallsituationen mit Verlust der Einwilligungsfähigkeit aus dem aktuellen Gesundheitszustand heraus*

*(3) Festlegungen für eine Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer*

*(4) Festlegungen für die Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit*

*[...] Für die Vorausplanung für eine nicht einwilligungsfähige Person [...] durch dessen rechtlichen Vertreter [...] hat die DiV-BVP ein Formular für eine Vertreterdokumentation [...] entwickelt. [...]*<sup>15</sup>

Die Ausführung in der Vertreterdokumentation ist angelehnt an die Struktur der Patientenverfügung.

### **3.4. Schnittstelle Palliative Care und Gesundheitliche Versorgungsplanung**

Bewohner, die sich in bestimmten Situationen eine palliative Behandlung wünschen und dies in der ACP/BVP Begleitung entsprechend festgelegt haben,

<sup>14</sup> <https://www.div-bvp.de/schulungen/>; 21.04.2020

<sup>15</sup> <https://www.div-bvp.de/implementieren/#BVP-Dokumentation>; 21.04.2020

müssen sicher gehen können, dass die Einrichtung eine entsprechende palliative Kompetenz aufweist und in der Versorgung mit anderen relevanten Diensten, besonders den Hausärzten, der SAPV oder den ambulanten Hospizdiensten eng kooperiert. Insofern besteht eine bedeutsame Schnittstelle zwischen Palliative Care und der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V. Es ist naheliegend, dass der Gesetzgeber die gesundheitliche Versorgungsplanung deshalb im Hospiz- und Palliativgesetz verankert hat. Entschließt sich ein Träger zur Umsetzung des § 132g, gilt es jedoch zu bedenken dass die gesundheitliche Versorgungsplanung allen Bewohnern der vollstationären Pflege und der Eingliederungshilfe angeboten wird, unabhängig davon, ob der Bewohner sich in einer palliativen Versorgungssituation befindet oder ob es in seinem Leben je zu einer palliativen Situation kommt.

ACP/BVP legt seinen Fokus auf die persönliche Einstellung des Vorausplanenden zum Leben sowie dem Behandlungsziel und die daraus resultierende individuelle ergebnisoffene Entscheidung, also einer lebensverlängernden oder palliativen medizinischen Therapie, für gesundheitliche Krisensituationen. Darüber hinaus können Wünsche in Bezug auf zukünftige ggf. palliative Pflegesituationen sowie psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse thematisiert und dokumentiert werden. Diese ergänzen ggf. die bereits im Palliativkonzept der Einrichtung ermittelten Anliegen und Willensbekundungen.

#### **4. Organisation, Umsetzung und quantitative Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden zunächst die teilnehmenden Seniorenhäuser benannt und kurz die gesetzlichen Möglichkeiten und Vorgaben zum Einsatz der Gesprächsbegleiter in den Seniorenhäusern dargestellt. Es folgt die Beschreibung der Organisation und Umsetzung zur Qualifizierung der Gesprächsbegleiter inkl. der Darstellung der quantitativen Ergebnisse der Gesprächsprozesse im Verlauf des Projektes. Von zentraler Bedeutung für die Implementierung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung ist die Bildung der Projekt-

Steuerungsgruppe, die hier in ihrer Zusammensetzung der Teilnehmer vorgestellt wird.

#### **4.1. Teilnehmende Seniorenhäuser**

Im Projekt erfolgte die Implementierung von ACP/BVP zunächst in sechs Seniorenhäusern von insgesamt 19 Einrichtungen der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen. Aus der Region Köln nehmen alle vier Seniorenhäuser der Seniorenhaus GmbH teil. Zeitversetzt begann sechs Monate später aus den Regionen Bonn sowie Düren jeweils eine Einrichtung.

Köln.

- Seniorenhaus St. Maria (Innenstadt), 99 vollstationäre Pflegeplätze, 5 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
- Seniorenhaus St. Anna (Lindenthal), 118 vollstationäre Pflegeplätze, 5 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze, 12 Tagespflegeplätze
- Seniorenhaus Heilige Drei Könige (Ehrenfeld), 27 vollstationäre Pflegeplätze, 48 Plätze in Hausgemeinschaften, 12 Kurzzeitpflegeplätze
- Hausgemeinschaften St. Augustinus (Nippes), 59 vollstationäre Pflegeplätze, 12 Kurzzeitpflegeplätze

Bonn:

- Seniorenhaus St. Adelheidis-Stift (Bonn-Vilich), 84 vollstationäre Pflegeplätze, 11 Kurzzeitpflegeplätze, 12 Tagespflegeplätze

Düren:

- Seniorenhaus Marienkloster (Düren-Niederau), 67 vollstationäre Pflegeplätze, 12 Kurzzeitpflegeplätze

Das Deutschordens-Wohnstift Konrad Adenauer e.V/gGmbH. in Köln (Neubrück) und das Deutschordens-Altenzentrum Pfarrer-Braun-Haus gGmbH in Lindlar planten zum Projektbeginn ebenfalls die Implementierung von ACP/BVP in ihren Einrichtungen. Auf diesem Hintergrund nahmen Mitarbeiter dieser Seniorenhäuser an der Qualifizierung zum Gesprächsbegleiter im Projekt teil und wurden selbstverständlich in den kollegialen Austausch mit der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen integriert.

#### **4.2. Möglichkeiten und Vorgaben im § 132g SGB V**

Die Verantwortung zur Umsetzung und Organisation im Sinne des § 132g SGB V obliegt dem Träger. § 7, Abs. 2 der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g stellt den Trägern dabei drei Möglichkeiten zur Auswahl:

- a. durch qualifizierte eigene Mitarbeiter der Einrichtung
- b. durch qualifizierte Mitarbeiter des Trägers für mehrere Einrichtungen, auch trägerübergreifend mit entsprechender vertraglicher Vereinbarung
- c. in Kooperation mit einem externen regionalen Anbieter, auch hier unter der Voraussetzung einer vertraglichen Vereinbarung.

In den §§ 10 und 11 der Rahmenvereinbarung wird die Information, Schulung und Vernetzung aller intern und extern in die zukünftige medizinische Versorgung der Betroffenen ggf. einzubeziehenden Akteure ausdrücklich anerkannt, der erforderliche enorme personelle, organisatorische und finanzielle Aufwand allerdings nicht eigens geregelt. Der Schwerpunkt der regionalen Implementierung im Projekt der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria lag aufgrund der Anzahl der beteiligten Seniorenhäuser in der Region Köln.

#### **4.3. BVP Gesprächsbegleitung**

Für die Implementierung in den Seniorenhäusern entschied sich der Träger für die Variante „a“ - qualifizierte Mitarbeiter der eigenen Einrichtung - zur Umsetzung entsprechend § 7, Abs. 2 der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V. In Kooperation mit dem Erzbistum Köln, Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen, wurden Anfang des Jahres 2018 die ersten Gesprächsbegleiter in drei Seminarabschnitten à 2,5 Tagen (inzwischen auf je 3 Tage geändert) nach den Vorgaben der DiV-BVP qualifiziert. Ziel war es, in jedem Seniorenhaus möglichst zwei Gesprächsbegleiter einzusetzen, um folgende Vorteile zu erzielen:

- gegenseitige Unterstützung in der internen Implementierung
- interne Austauschmöglichkeit
- geklärte Vertretungsregelung bei Abwesenheit
- erleichterte Ansprache und Zugang zu Bewohnern und Zugehörigen, da Gesprächsbegleiter als Mitarbeiter im Seniorenhaus bekannt sind

- Frequenz der Beratungsgespräche kann interne Gegebenheiten berücksichtigen.

Bereits während der Qualifizierungsmaßnahme musste erkannt werden, dass auch bei größtmöglicher Sorgfalt in der Auswahl potentieller zukünftiger Gesprächsbegleiter die anspruchsvollen und spezifischen Aufgaben der BVP Gesprächsbegleitung Mitarbeiter überfordern können und persönliche Belastungsgrenzen überschritten werden. Im weiteren Verlauf wurden daher in der Regel Leitungskräfte zu Gesprächsbegleitern qualifiziert, da diese zum einen die notwendige kommunikative und fachliche Kompetenz mitbrachten und zum anderen ihre Arbeitszeit selbst strukturieren und planen konnten.

Der zur Verfügung stehende Stellenanteil liegt je nach Größe der Einrichtung bei durchschnittlich 0,19 VK, was einer wöchentlichen Arbeitszeit von 7,4 Stunden entspricht. Teilt man dies auf zwei Gesprächsbegleiter auf, so ist maximal ein Gespräch pro Woche inkl. Vor- und Nacharbeiten möglich, wobei die interne oder gar externe Implementierung hier noch keine Berücksichtigung findet. Angesichts der komplexen Anforderungen an die Leitungskräfte im Alltag erwies es sich als schwierig, eine Kontinuität in der Durchführung von Gesprächsbegleitungen sicherzustellen. Dies hatte zur Folge, dass aufgrund von konkurrierenden Prioritäten BVP-Gespräche nicht erfolgen konnten. Folglich gab es zu wenig Gespräche, um ausreichend Erfahrung und Sicherheit aufbauen zu können. Die erwünschte Lernkurve blieb entsprechend flach. Denn aufgrund der beschriebenen Hemmnisse wurden im ersten Jahr des Projektes in den jeweiligen Seniorenhäusern zwar entsprechend der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V die notwendigen Gespräche zur Anerkennung der Gesprächsbegleiter-Qualifizierung Teil zwei (weitere sieben durchgeführte Gesprächsprozesse innerhalb eines Jahres) geführt, aber nur wenige darüber hinaus. Auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht muss der Einsatz von Gesprächsbegleitern in geringen Stellenanteilen wegen der aufwendigen und kostenintensiven Qualifizierung als wenig effizient bewertet werden.

Anfang des Jahres 2019 fasste die Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zu hl. Maria den Entschluss, für die vier Kölner Seniorenhäuser eine qualifizierte Gesprächsbegleiterin freizustellen und diese übergreifend in diesen Seniorenhäusern einzusetzen. Der Stellenumfang ergab aufgrund der

gesetzlichen Vorgaben von 400 zu 1 VK einen Stellenanteil von 0,75 VK. Um die regionale Implementierung voranzutreiben, erfolgte vom Träger eine Ausweitung der Stelle um 0,25 VK auf eine Vollzeitstelle. Da sich das Aufgabengebiet nun ausschließlich auf die Gesprächsbegleitung, Implementierung und Vernetzung bezog, konnten in den vier Seniorenhäusern von April 2019 bis zum Ende des Projektes 185 Gesprächsangebote zur gesundheitlichen Versorgungsplanung unterbreitet werden, von denen 102 Gesprächsprozesse in eine BVP-PV/VD mündeten. Dieses Ergebnis macht deutlich, wie hoch der positive Effekt ist, wenn der Gesprächsbegleiter keine konkurrierenden Prioritäten in seinen Aufgaben setzen muss und sich stattdessen ganz auf die Aufgabe der Gesprächsbegleitung konzentrieren kann. Auch die anfängliche Sorge, der Zugang und die Kontaktaufnahme mit dem vorausplanenden Bewohner sei für den 'von außen' kommenden Gesprächsbegleiter schwerer, kann nicht bestätigt werden. Die Erfahrung zeigt im Gegenteil, dass es für Bewohner und auch für die Zugehörigen vielfach leichter ist, die Themen mit einer professionellen Begleitung zu besprechen, die nicht in die persönliche tägliche Pflege und Betreuung involviert ist. Der Gesprächsbegleiter kann seinerseits den Gesprächsverlauf leichter steuern, da die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche klar abgegrenzt sind. Auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es für den Träger sinnvoller, für vier Seniorenhäuser einen anstatt acht Gesprächsbegleiter zu qualifizieren, was eine erhebliche Kostenersparnis zur Folge hat. Legt man die aktuellen Kosten für eine Qualifizierung in Köln nach Vorgabe der DiV-BVP zugrunde, kostet ein Qualifizierungsblock 600 €. Für die Zertifizierung sind drei Blöcke zu absolvieren, somit fallen insgesamt 1.800 € pro Teilnehmer an. Entsprechend ergibt sich eine Kostenersparnis für den Träger in diesem Fall in Höhe von 12.600 €.

Die nachfolgenden Abbildungen 1 - 5 zeigen Auswertungen der Gesprächsprozesse unter Beachtung verschiedener Aspekte.

Abbildung 1 gibt zunächst einen Gesamtüberblick über den Projektzeitraum in allen sechs Seniorenhäusern.

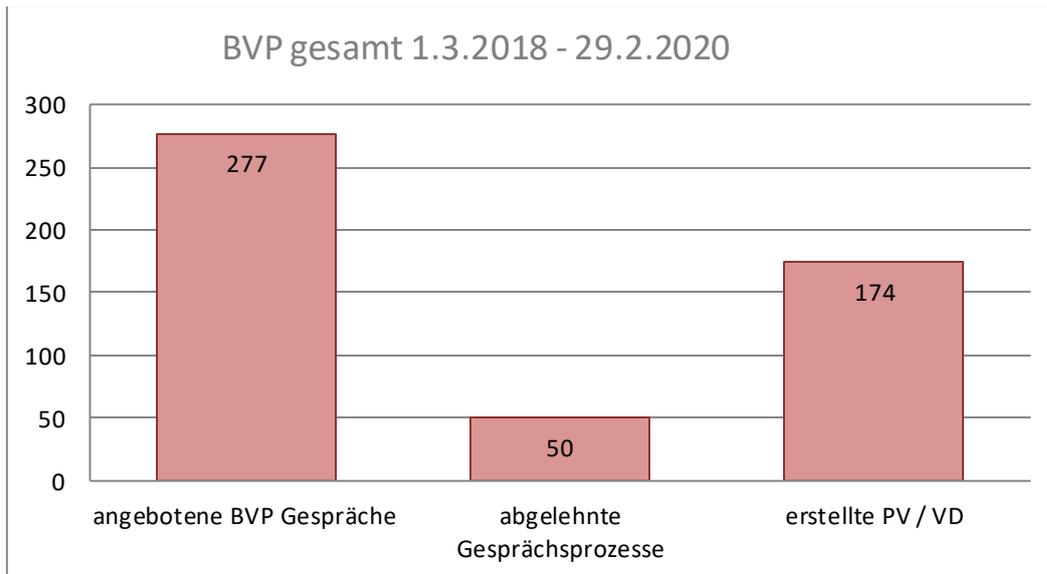


Abbildung 1: BVP gesamt 1.3.2018 – 29.02.2020

Insgesamt wurden 277 Gesprächsangebote unterbreitet, davon wurden 18 % abgelehnt. Dabei lohnt es sich, die Gründe für die Ablehnungen zu hinterfragen. Bei 67 % der abgelehnten Gesprächsprozesse bestand der Grund in einer bereits vorhandenen Patientenverfügung. 10 % der Ablehnungen erfolgten ohne Begründung, weitere 10 % waren aufgrund einer psychischen Überforderung nicht in der Lage, den Prozess zu beginnen oder brachen ihn nach dem ersten Gespräch ab. 8 % der Bewohner verstarben während des Gesprächsprozesses, was aus statistischen Gründen als Ablehnung gewertet wurde. In 5 % der Situationen gab es anderweitige Begründungen durch Berufsbetreuer.

Abbildungen 2 und 3 beziehen sich auf die vier Kölner Seniorenhäuser und zeigen die Anzahl der Gesprächsangebote in den Zeiträumen vom 01.03.2018 bis 31.03.2019 sowie vom 01.04.2019 bis 29.02.2020. Während im ersten Zeitraum in allen Seniorenhäusern Gespräche durch die dortigen qualifizierten GB geführt wurden, die diese Aufgabe zusätzlich zu ihren bisherigen Aufgaben übernahmen, zeigt der nachfolgende Zeitraum die Gesprächsbegleitungen durch einen freigestellten GB. Dabei wird deutlich, wie sinnvoll, bezogen auf die quantitative Durchführung, die Freistellung eines Gesprächsbegleiters ist. Zudem bestätigt die Auswertung die bereits beschriebenen Schwierigkeiten in der Kontinuität der Durchführung bei fehlender Freistellung der Gesprächsbegleiter.

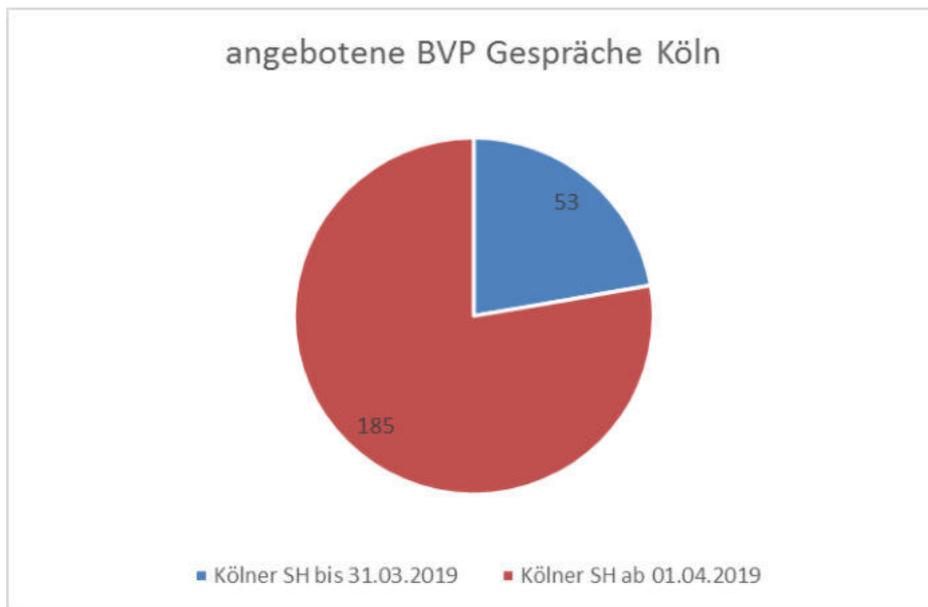


Abbildung 2: angebotene BVP Gespräche Köln

In der nachfolgenden Darstellung der angebotenen Gesprächsbegleitungen ist erklärend hinzuzufügen, dass im Seniorenhaus Heilige Drei Könige und den Hausgemeinschaften St. Augustinus jeweils zwei Gesprächsbegleiter und im Seniorenhaus St. Maria ein Gesprächsbegleiter ausgebildet wurde. Im Seniorenhaus St. Anna beendete der Mitarbeiter die Qualifizierung nicht. In der Grafik wird auch deutlich, dass der freigestellte Gesprächsbegleiter seinen Schwerpunkt in drei Seniorenhäusern hatte, da einerseits das Ziel verfolgt wurde, durch eine hohe Frequenz die Implementierung im Seniorenhaus nachhaltig voranzutreiben und andererseits die Praxis zeigte, wie schwierig es für den Gesprächsbegleiter war, in allen vier Seniorenhäusern parallel mit der gleichen Intensität zu agieren.

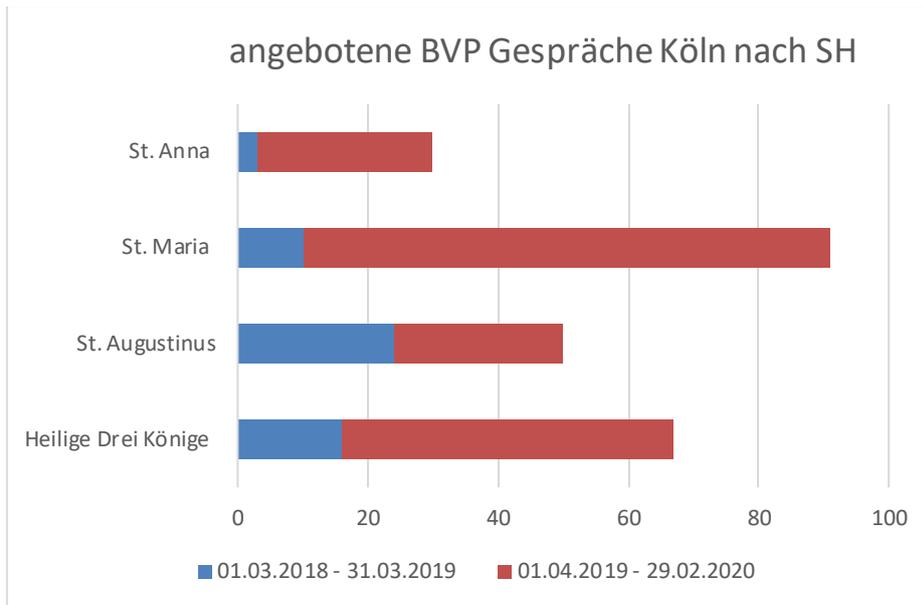


Abbildung 3: angebotene BVP Gespräche Köln nach SH

Abbildungen 4 und 5 zeigen die erstellten Patientenverfügungen (PV) oder Vertreterdokumentationen (VD) des gleichen Zeitraumes, wiederum zunächst in der Übersicht aller vier Seniorenhäuser und dann in der Einzeldarstellung.

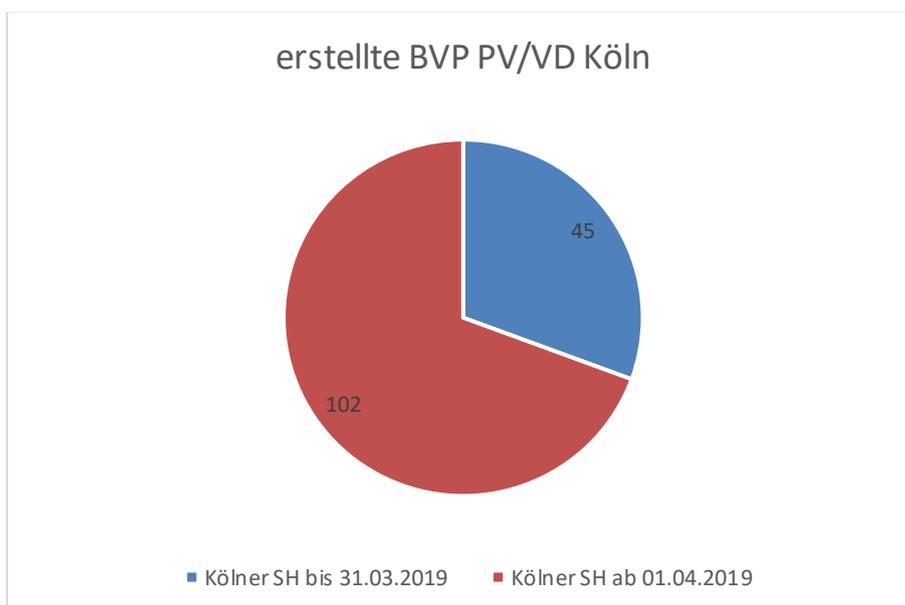


Abbildung 4: erstellte BVP PV/VD Köln

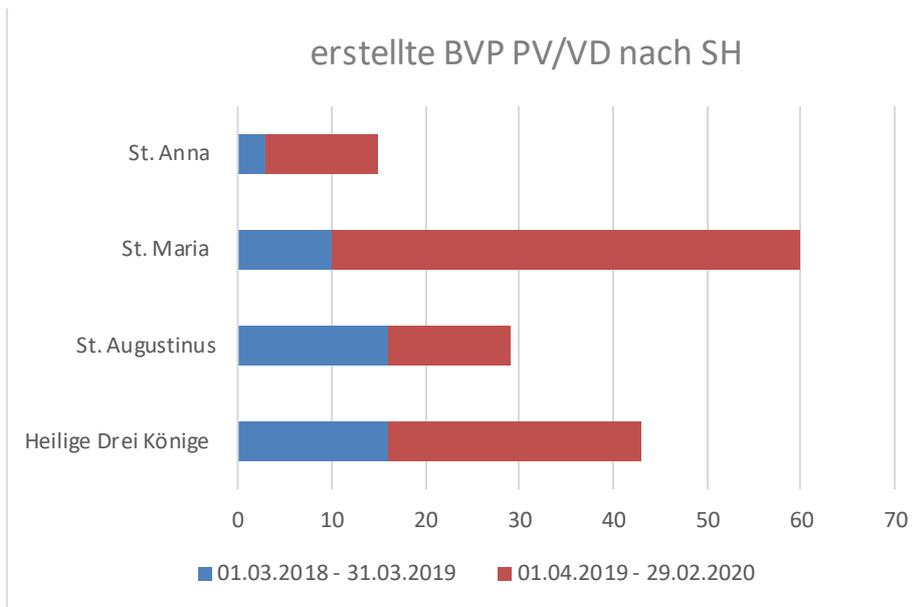


Abbildung 5: erstellte BVP PV/VD nach SH

Nachdem die vier Kölner Seniorenhäuser im April 2018 mit der Implementierung starteten, begannen die Seniorenhäuser 'Marienkloster' und 'St. Adelheidis-Stift' zeitversetzt ein halbes Jahr später mit der Begleitung in den Gesprächsprozessen. Die beteiligten Seniorenhäuser hatten im Projektzeitraum also sowohl eine unterschiedliche Anzahl von Gesprächsbegleitern als auch unterschiedliche Zeiträume. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, werden in den Abbildungen 6 und 7 die angebotenen Gespräche und die erstellten PV/VD pro Gesprächsbegleiter pro Monat dargestellt. Auch dieser Vergleich bestätigt die Annahme, dass eine anhaltende Kontinuität der Gesprächsprozesse lediglich durch die Freistellung eines Gesprächsbegleiters gelingen kann.

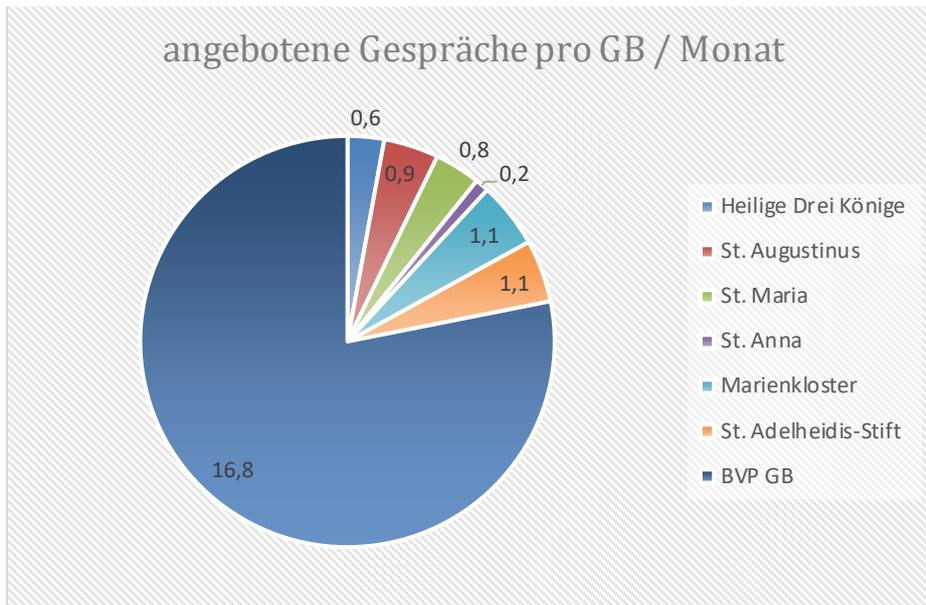


Abbildung 6: angebotene Gespräche pro GB/Monat

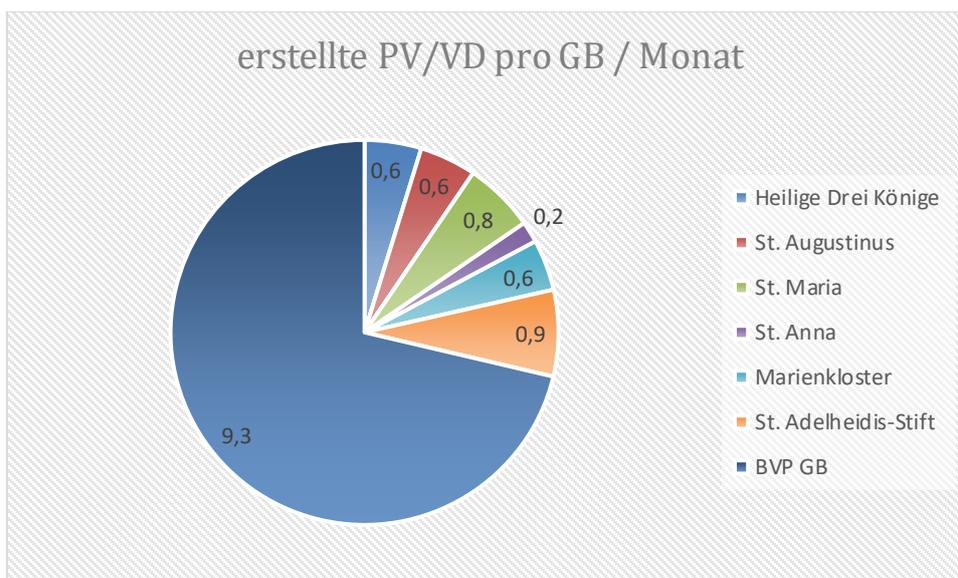


Abbildung 7: erstellte PV/VD pro GB/Monat

#### 4.4. Projekt-Steuerungsgruppe

Um sowohl die interne als auch die externe Implementierung zu planen, zu steuern und voranzutreiben, wurde eine Projekt-Steuerungsgruppe gebildet. Die Teilnehmer sind als Akteure im Gesundheitssektor tätig, von der Notwendigkeit des Systemwandels überzeugt und befürworten das Konzept ACP/BVP.

Teilnehmer der Projekt-Steuerungsgruppe sind:

- Diözesanbeauftragter für Ethik im Gesundheitswesen und DiV-BVP Trainer, Erzbistum Köln, Abteilung Seelsorge im Sozial und Gesundheitswesen
- Zwei Seniorenhausleiter (SHL) mit der Qualifikation als DiV-BVP Gesprächsbegleiter, wobei ein SHL die Funktion der Projektleitung übernimmt
- Qualitätsmanager des trägerinternen Qualitätsinstitutes mit der Qualifikation als DiV-BVP Gesprächsbegleiter
- Lokaler Hausarzt mit der Qualifikation als DiV-BVP Gesprächsbegleiter
- Palliativ- und Notfallmedizinerin der Berufsfeuerwehr der Stadt Köln mit der Qualifikation als DiV-BVP Gesprächsbegleiterin

Allen Beteiligten ist bewusst, dass eine erfolgreiche Implementierung von ACP/BVP nur gelingen kann, wenn die Leitung der beteiligten Seniorenhäuser das Konzept entschlossen befürwortet und verantwortliche Mitarbeiter des Leitungsteams als Botschafter das Konzept mittragen. Daher ist eine regelmäßige transparente Information, ein fachlicher Austausch und eine kritische Reflexion, um bei Hindernissen oder Problemen entsprechende Veränderungen einleiten zu können, von größter Bedeutung.

In den folgenden zwei Kapiteln der internen sowie der regionalen Implementierung werden die verschiedenen Aufgaben und durchgeführten Maßnahmen der Projekt-Steuerungsgruppe dargestellt und gleichzeitig Bewertungen und Empfehlungen aufgezeigt.

## **5. Interne Implementierung**

In der internen Implementierung galt es zunächst, die sich in Ausbildung befindlichen Gesprächsbegleiter zu unterstützen, indem z. B. die Bedeutung zeitlicher Ressourcen zur Planung, Durchführung und Dokumentation der BVP-Übungsgespräche deutlich kommuniziert wurde. Hilfreich hat sich hierbei erwiesen, diese Zeiten bereits bei der Erstellung des Dienstplanes entsprechend festzulegen und die Notwendigkeit im Team zu kommunizieren. Die Festlegung

und sichtbare Darstellung im Dienstplan ermöglichte den Gesprächsbegleitern, die Termine im Vorfeld mit Bewohnern und Zugehörigen abzustimmen und ersparte weitere Rechtfertigungen innerhalb der Teams.

Um die Kompetenzentwicklung der BVP-Gesprächsbegleiter zu unterstützen und professionelle Reflexion zu ermöglichen, erfolgt die Organisation und Durchführung regelmäßiger Plenartreffen ca. alle zwei Monate. Hier erhalten die Gesprächsbegleiter, inzwischen auch diverser anderer Träger, die Möglichkeit, ihre Fragen (rechtlicher und ethischer Natur) und ggf. Unsicherheiten zu besprechen und zu klären. Weiterhin werden sie über den aktuellen Stand der Weiterentwicklung von BVP z. B. bei Veränderungen in den Dokumenten informiert und geschult. Nicht zuletzt dient dieses Treffen der Vernetzung und Kontaktpflege, um alle in der Region aktiven 'BVP'ler über den Stand der regionalen Implementierung zu informieren.

In allen Einrichtungen der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria ist die Pflege und Betreuung im Konzept Palliative Care, inkl. der Durchführung ethischer Fallbesprechungen, bereits seit geraumer Zeit implementiert, so dass eine grundsätzliche hospizische Haltung bei den Mitarbeitern vorhanden ist. In jedem Seniorenhaus sind Fachkräfte nach dem 'Basiscurriculum Palliative Care von M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer' weitergebildet, und viele Mitarbeiter haben zudem an einer Grundqualifikation Palliative Betreuung & Pflege teilgenommen. Von großem Vorteil sind ebenfalls die bereits vorhandenen und gepflegten Netzwerke zu den Hausärzten und Palliativmedizinern, der SAPV sowie zu den ambulanten Hospizdiensten und Seelsorgern der Kirchengemeinden. Es war trotz dieser bereits bestehenden sehr guten Voraussetzungen weiter von Bedeutung, in den Seniorenhäusern eine Kultur zu schaffen, in welcher der Bewohner den Raum erhält, seine Behandlungswünsche kommunizieren zu können und in der diese im Notfall bzw. in den definierten Lebenssituationen Beachtung finden. Dazu wurden und werden kontinuierlich alle im Seniorenhaus tätigen Berufsgruppen und insbesondere alle Pflegemitarbeiter zum ACP/BVP-Konzept informiert und geschult. Die ersten Schulungen richteten sich an alle Mitarbeiter des Seniorenhauses und informierten bzgl. eines Basiswissens in Bezug auf ACP/BVP. Inhalte der Basisschulung waren unter anderem:

- Was ist ACP/BVP?

- Herkunft von ACP/BVP
- Unterschied zu herkömmlichen Patientenverfügungen
- gesetzliche Anspruchsberechtigung
- Ansprechpartner im Seniorenhaus für die Durchführung
- Wo finden sich weitere Informationen?

In weiterführenden Fortbildungen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen mit direktem Bewohnerkontakt, besonders Pflegefachkräften, erweiterte sich die Qualifizierung durch u.a. folgende Themen:

- Rechtliche Grundlagen von ACP/BVP
- Kenntnisse und Verstehen der DiV-BVP Dokumentation (Patientenverfügung und Vertreterdokumentation)
- Verstehen der Ablage und Abrufmechanismen der BVP-Dokumentation
- Initiierung von BVP-Gesprächen und Vermittlung an den BVP-Gesprächsbegleiter

Ein wichtiger Meilenstein war die Erarbeitung eines Standards inkl. mitgeltender Formulare, der die konkrete Umsetzung des BVP-Konzeptes im Seniorenhaus beschreibt (siehe Anhang 2). Um die Implementierung des Standards zu fördern, wurden die Verantwortlichen der Seniorenhäuser in die Standardentwicklung einbezogen.

In der Information der Seniorenhausbeiräte, der Bewohner und Zugehörigen werden die Verantwortlichen der Seniorenhäuser durch die Bereitstellung von Vorlagen z.B. für Informationsbriefe oder Texte für die Seniorenhauszeitung unterstützt. Zusätzlich werden im Rahmen der öffentlichen Veranstaltungen des 'Forum Gesundheit' der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen Vorträge zu ACP/BVP durchgeführt.

In einem von 2009 bis 2011 durchgeführten Forschungsprojekt wurde das regionale BVP-Programm 'beizeiten begleiten' entwickelt und eine Informationsbroschüre herausgegeben. Diese wurde nun, mit Genehmigung der DiV-BVP, durch die Projekt-Steuerungsgruppe aktualisiert und an die BVP-Gegebenheiten angepasst. Sie richtet sich in erster Linie an Bewohner, Zugehörige und Betreuer und erläutert die Hintergründe von ACP/BVP sowie den gesamten Beratungsprozess anhand von konkreten verständlichen Beispielen (siehe Anhang 3).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es für eine nachhaltige interne Implementierung wesentlich war, die Projektarbeit transparent zu kommunizieren und die Leitungsebene über die Entwicklungsschritte regelmäßig zu informieren. Dieses Vorgehen stellte sicher, dass Leitungsverantwortliche das Konzept befürworteten und entschlossen mittrugen. Die Schulungen in den Projekthäusern sorgten dafür, dass die Mitarbeiter das Konzept unterstützen und sich verpflichten, in kritischen Situationen den Behandlungswillen des Bewohners zu respektieren und sich in ihrem Handeln daran orientieren. Dabei galt es, kritische Diskussionen und Einwände von Seiten der Mitarbeiter zuzulassen, bei denen es beispielsweise um die Frage der unterlassenen Hilfeleistung einerseits und die Durchsetzung des Bewohnerwillens andererseits ging. Ebenfalls lässt sich herausstellen, dass mit zunehmender Anzahl von vorliegenden PV bzw. VD und den entsprechenden Übergaben in den Teams die Handlungssicherheit der Mitarbeiter in Krisensituationen deutlich zunimmt und sie somit entlastet.

## **6. Regionale Implementierung**

Damit der vorausverfügte Patientenwille in medizinischen Krisensituationen in Senioreneinrichtungen, bei Rettungseinsätzen und in Krankenhäusern Beachtung findet, ist ein kultureller Wandel sowohl in der Gesellschaft als auch im professionellen Gesundheitsbereich notwendig. Es ist nicht weniger als ein Paradigmenwechsel nötig, um einer Patientenverfügung den Stellenwert in der Umsetzung zu verleihen, der ihr aufgrund der rechtlichen Grundlagen gebührt. Denn es gibt in den unterschiedlichen Einrichtungen der Gesundheitsbranche noch sehr viel Unkenntnis in Bezug auf die rechtliche Bindung einer Patientenverfügung und nicht zuletzt auch ethische Implikationen, die dem Patienten nicht den gesetzlich gesicherten Entscheidungsrahmen gewährt.

Wenn die gesundheitliche Versorgungsplanung in einer Region gelingen soll, bedarf es der Einbeziehung und des Engagements aller beteiligten Akteure und vor allem deren enger Kooperation und regionalen Vernetzung. Die Aufgabe der regionalen Vernetzung hat der Gesetzgeber den Gesprächsbegleitern übertragen.

In der Qualifizierung sind für die Themen Dokumentation, Ziel und Zweck von Notfalldokumenten sowie der Organisation interner und externer Vernetzung lediglich vier Unterrichtseinheiten vorgesehen.<sup>16</sup> Hierin liegt ein eklatantes Manko, da spezifische Fähigkeiten im Change Management erforderlich sind und diese sich von den Anforderungen und Kompetenzen an eine ACP/BVP-Gesprächsbegleitung unterscheiden, um diese zentrale Aufgabe in der regionalen Implementierung leisten zu können. Die Vernetzung mit Kontaktaufnahme, Kontaktpflege, Information und Schulung der regionalen Organisationen im Gesundheitswesen ist zudem mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden, der in dem notwendigen Maße keine Refinanzierung erfährt. Im Rahmen des Projektes der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen wurde die regionale Vernetzung von Beginn an durch die Steuerungsgruppe geplant und mit hohem Engagement in Angriff genommen.

Im April 2018 startete die regionale Implementierung mit dem ersten Treffen interessierter Berufsgruppen in Köln mit folgenden Teilnehmern:

- Trägervertreter der Altenhilfe
- Krankenhausärzte
- Hausärzte und Palliativmediziner
- Notfallmediziner der Berufsfeuerwehr
- Vertreter von Hospiz- und Palliativnetzwerken
- Berufsbetreuer
- Vertreter der Stadt Köln

Seither trifft sich dieser 'Regionale Arbeitskreis BVP - Köln' 2 x jährlich, um die Vernetzung und Implementierung zu fördern und als Multiplikatoren in anderen Sitzungen und Gremien zu fungieren. In einer schriftlichen Konzeption haben die Akteure ihr Interesse und ihre aktive Mitarbeit bezeugt (siehe Anhang 4).

Die Teilnahme von Vertretern der Stadt Köln zeigt dabei deutlich das Interesse der Stadt, ein einheitliches Konzept zu etablieren. Nach einer Präsentation von ACP/BVP bei Vertretern der Heimaufsicht sowie in der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege gemäß § 8 APG NRW hat die Amtsleiterin des Amtes für Soziales, Arbeit und Senioren in einem Schreiben an die Spitzenverbände für ein

---

<sup>16</sup> Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017; Seite 17

einheitliches Konzept geworben und BVP als erprobtes und überzeugendes Konzept hervorgehoben.

Seit August 2018 treffen sich zudem alle interessierten Träger von stationären Pflegeeinrichtungen, um das ACP/BVP-Konzept bekannt zu machen und eine Vernetzung innerhalb der Region Köln weiter auszubauen. Die Teilnahme steht allen Trägern offen, unabhängig mit welchem Konzept sie in der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) arbeiten. Neun Träger in Köln, davon vier überregional agierende Trägerschaften, haben sich bisher entschlossen, den Bewohnern ihrer Einrichtungen die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach dem Konzept der DiV-BVP anzubieten.

## **6.1. Implementierung im medizinischen Rahmen**

Die Information und Schulung der Ärzte in den verschiedenen Sektionen (Hausarzt, Notfallmedizin, Krankenhäuser) stellte sich im Verlauf des Projektes als größte Herausforderung dar. Nachfolgend werden die Bemühungen, Maßnahmen und Ergebnisse in den unterschiedlichen Sektionen Hausärzte, Krankenhäuser und Rettungsdienste dargestellt.

### **6.1.1. Hausärzte**

Die Hausärzte der im Projekt beteiligten Seniorenhäuser wurden zunächst schriftlich informiert und mittels des für im Gesundheitsbereich Tätige entwickelten Flyers 'Behandlung im Voraus planen – ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen' (siehe Anhang 5) informiert und die Kontaktaufnahme angekündigt. Drei angebotene Schulungen für Hausärzte wurden nur in geringem Maße angenommen. Daher wurden und werden mit hohem zeitlichem Aufwand die mit den Seniorenhäusern kooperierenden Hausärzte in den Praxisräumen aufgesucht, um dort das ACP/BVP - Konzept zu erläutern und anhand einer erstellten BVP-Patientenverfügung (aus Datenschutzgründen ausschließlich ein Patient des Hausarztes) zu verdeutlichen. Die Resonanz auf das Konzept ist sehr positiv, und häufig wird im Gespräch die Möglichkeit einer Begleitung für weitere Patienten erfragt. Aufgrund der fehlenden Refinanzierung ist dies zurzeit nicht möglich, zeigt aber, dass der Bedarf weit über

das derzeitige Angebot hinausgeht. Eine Bekanntmachung des ACP/BVP - Konzeptes kann ebenfalls durch die Teilnahme an bereits vorhandenen (Palliativ-) Qualitätszirkeln oder anderen ärztlich/pflegerischen Netzwerken erreicht werden. So nahmen Mitglieder der Projekt-Steuerungsgruppe z.B. am Palliativ Qualitätszirkel Köln Nord teil.

### **6.1.2. Krankenhäuser**

In Düren erfolgte die Vorstellung des Projektes zur Implementierung von ACP/BVP und die Darstellung des Konzeptes bei den leitenden Ärzten, Pflegedirektion und Sozialarbeitern der St. Augustinus Klinik. Bei der Auswahl der Krankenhäuser in Köln haben wir uns in der Implementierung auf die Krankenhäuser in Trägerschaft der Cellitinnen zur hl. Maria fokussiert, da diese überwiegend in unmittelbarer Nachbarschaft zu den beteiligten Seniorenhäusern liegen. Es hat sich als sehr effektiv erwiesen, nach einer Information der Geschäftsführung die Ethikkomitees der Kliniken auf das Thema Patientenverfügungen anzusprechen. Die dortige Konzeptvorstellung machte deutlich, dass ein großer Bedarf für Schulungen in den Krankenhäusern gesehen wird und Ärzte Patientenverfügungen erwarten, die valide und aussagekräftig sind und die individuellen Grenzen lebensverlängernder Maßnahmen nachvollziehbar festlegen. Über die Teilnehmer der Ethikkomitees wurden die Kontakte zu den Chefärzten hergestellt, so dass wir in den morgendlichen Frühbesprechungen Ärzte über das Projekt informieren und Interesse für Fortbildungen zu dem ACP/BVP-Konzept wecken konnten. Hierbei lag die Konzentration, neben der Notfallambulanz, auf folgenden Fachabteilungen:

- Intensivmedizin
- Palliativmedizin
- Anästhesie
- Innere Medizin
- Chirurgie
- Neurologie
- Geriatrie

In einem nächsten Schritt werden Fortbildungen (zwei Unterrichtseinheiten à 45 Minuten) durchgeführt, die folgende Inhalte berücksichtigen:

- Das Konzept ACP/BVP – mit dem Fokus auf die ärztliche Perspektive in der Klinik
- Der Prozess der Gesprächsbegleitung
- Festlegung der Behandlungspräferenzen in den Formularen
- Umsetzung des Patientenwillens in der Praxis

Dabei sind Raum für Fragen und Diskussion unbedingt zu berücksichtigen. Mit den Fortbildungen wird neben ärztlichem Personal selbstverständlich auch das Pflegepersonal mit seinen Leitungskräften angesprochen. Um das Konzept innerhalb Kölns in allen 18 Krankenhäusern, die entsprechende Abteilungen führen, bekannt zu machen und gesichert zu implementieren, wird es einen wesentlich längeren Zeitraum als die Projektzeit benötigen. Mit jedem eingewiesenen Patienten, der eine entsprechende Patientenverfügung aufweist, kann die Implementierung sich jedoch mehr und mehr verfestigen.

### **6.1.3. Rettungsdienste**

Besonders für Notfallsituationen ist die Qualifizierung der Notärzte und der Rettungssanitäter der Feuerwehr und weiterer Hilfsorganisationen unerlässlich. Besonders vor dem Hintergrund, dass den Rettungssanitätern auch heute noch gelehrt wird, eine Reanimation durchzuführen bis der Notarzt kommt, und dies unabhängig davon, ob eine valide Patientenverfügung vorliegt, die auch die Verfügung in lebensbedrohlichen Notfallsituationen abbildet. Die besondere Herausforderung liegt hier sicher im grundsätzlichen Auftrag der Feuerwehr – Leben zu retten – und lässt sich für viele Mitarbeitenden zurzeit nur schwer mit ihren beruflichen Vorstellungen vereinbaren. Der Weg der Aufklärung muss hier zunächst über die Verantwortlichen erfolgen, bevor auch der Lernerhalt in den Ausbildungen angepasst werden kann. Bereits tätige Notärzte und Rettungssanitäter müssen jährliche Pflichtfortbildungen absolvieren. Daher wäre es naheliegend, in diesem Rahmen das ACP/BVP-Konzept zu erläutern und Rechtssicherheit zu geben. Durch die aktive Mitarbeit einer Notärztin im Projekt konnten bereits mit den Verantwortlichen Gespräche geführt und ein Denkprozess zur Veränderung angestoßen werden.

Die gewünschte Vernetzung und die damit einhergehende Implementierung von ACP/BVP bedürfen einer kontinuierlichen Beziehungsarbeit und stetigen Information und Schulung der Akteure im Gesundheitsbereich. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Wünsche und Festlegungen der Vorausplanenden im Anwendungsfall berücksichtigt werden. Die Erfahrungen im Projektverlauf zeigen jedoch deutlich, dass aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen und der notwendigen Präsenz bei Fortbildungen und Informationsveranstaltungen besonders die Implementierung im medizinischen Gesundheitswesen eine hohe Herausforderung darstellt und eines langen Zeitraumes bedarf.

## **7. Auswertung und Fazit**

Nach zweijähriger Projektzeit sind wir mit dem Ergebnis sehr zufrieden und haben unsere Erkenntnisse und Erfahrungen als Empfehlungen für die interne und regionale Implementierung in einem Leitfadens zusammengefasst (siehe Anhang 9).

In der internen Implementierung konnten wir folgende allgemeine Erkenntnisse gewinnen:

- Bewohner benötigen eine einfache Sprache in der Kontaktaufnahme und Zeit, sich gedanklich auf das Thema lebensverlängernder Maßnahmen einzulassen. Der Aussage, „meine Kinder wissen, was ich will und machen das schon“, muss der Gesprächsbegleiter erklärend begegnen und aufzeigen, dass ein gemeinsames Gespräch häufig auch eine Entlastung der Angehörigen bedeutet, ohne jedoch emotionalen Druck aufzubauen.
- Auch an Demenz erkrankte Bewohner können sich oftmals zu ihrer persönlichen Situation und ihren Wünschen äußern. Dies ist besonders in der Begleitung der Bevollmächtigten/Zugehörigen/Betreuer zur Erstellung einer VD von Bedeutung und entlastet diese bei der Festlegung des Therapiezieles.
- Hausärzte fragen nach der Möglichkeit des Angebotes für ihre ambulanten Patienten und zeigen dadurch einerseits, dass es im ambulanten Bereich

einen hohen Bedarf an Begleitung gibt, den sie selbst aufgrund fehlender Zeitressourcen nicht leisten können. Andererseits macht es deutlich, dass die Hausärzte das Konzept befürworten und von seiner Validität überzeugt sind.

- Zugehörige und Mitarbeiter erfragen die Möglichkeit der ACP/BVP Begleitung für sich selbst, da sie durch den erlebten Gesprächsprozess oder durch die Erfahrungen in Krisensituationen erkennen, wie wirksam dieses Instrument im Gegensatz zu herkömmlichen Patientenverfügungen ist.

Um ein aussagekräftiges Ergebnis in der Implementierung zu erhalten, wurden nicht nur die quantitativen Ergebnisse der angebotenen und durchgeführten Gesprächsprozesse, wie im Kapitel 4.3. dargestellt, erhoben, sondern auch eine qualitative Auswertung zu den BVP-Gesprächsprozessen durchgeführt. Hierfür wurde eine nicht repräsentative Befragung bei Pflegefachkräften (PFK), Bevollmächtigten/Zugehörigen/Betreuern und Hausärzten mittels Fragebogen (siehe Anhang 6) durchgeführt.

Zur Messung der Einstellungen wurden Items formuliert, die überwiegend mittels Likert Skala<sup>17</sup> beantwortet werden konnten. Dabei reichte die vorgegebene fünfstufige Antwortskala von 'trifft gar nicht zu' (1 Punkt) bis 'trifft in hohem Maße zu' (5 Punkte). Zu jeder Frage konnten zudem in einem Freitextfeld Anmerkungen erfolgen. Die Fragen zielen bei Bevollmächtigten/Zugehörigen/Betreuern und bei den Mitarbeitern einerseits auf die persönliche emotionale Entlastung/Belastung und Sicherheit in Krisensituationen ab und andererseits auf die Einschätzung zur Beachtung der Selbstbestimmung des Bewohners in Krisensituationen. Im Fragebogen der Ärzte liegt neben der Frage zur Beachtung der Selbstbestimmung des Bewohners der Schwerpunkt auf der Arzt – Patientenbeziehung.

Die Beteiligung an der Befragung war besonders bei den PFK mit 76 % (53 beantwortete Fragebögen) sehr hoch. Ein ebenfalls hoher Rücklauf konnte mit 64 % (7 beantwortete Fragebögen) bei den befragten Ärzten erreicht werden. Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige beteiligten sich mit 33 % (23 beantwortete Fragebögen).

---

<sup>17</sup> <https://novustat.com/statistik-blog/likert-skala-fragebogen-anwendung.html>; 27.04.2020

Die Auswertung unterstreicht die bereits im Projektverlauf gewonnenen Erkenntnisse in beeindruckender Weise. Bei der folgenden Analyse sind, wenn nicht anders erläutert, die Punktwerte 1 & 2 als 'trifft nicht zu' sowie 4 & 5 als 'trifft zu' summiert dargestellt.

Ziel von Patientenverfügungen ist es sicherzustellen, dass der Vorausplanende bei Nichteinwilligungsfähigkeit entsprechend seiner Wünsche behandelt wird. Um dies zu gewährleisten, werden die Bevollmächtigten/Zugehörigen/Betreuer in den Gesprächsprozess zur Erstellung der Patientenverfügung intensiv einbezogen. Hierdurch gewinnen sie Sicherheit in Bezug auf die medizinischen Behandlungsentscheidungen, die der Vorausplanende getroffen hat, und haben so eine klare Richtschnur zur Durchsetzung der Festlegungen gegenüber den Ärzten und dem Gesundheitspersonal. 87 % der befragten Zielgruppe bestätigen diese Annahme. Zudem hilft die frühzeitige Ermittlung des mutmaßlichen Willens von dauerhaft nichteinwilligungsfähigen Personen, z. B. aufgrund einer Demenzerkrankung, den Bevollmächtigten/Zugehörigen/Betreuern, in einer medizinischen Krisensituation nicht ad hoc, gesteuert durch die eigenen Emotionen zu reagieren, sondern sich auf die ermittelten Wünsche des zu Vertretenden stützen zu können. Diese Klarheit führt zu einer emotionalen Entlastung, die 78 % der Befragten bestätigen. Die Stellungnahme eines Hausarztes zu der Frage der emotionalen Entlastung unterstreicht dies deutlich: *"Vor allem bei den Vertreter-Verfügungen habe ich den Eindruck, dass die Beratung die Angehörigen entlastet und das Gefühl der Überforderung reduziert. Es gibt Klarheit auch in der Pandemiesituation (Corona) bemerke ich in den Gesprächen mit Angehörigen."*

Die vorausplanenden Bewohner, sofern sie sich gegenüber ihren Zugehörigen äußerten (14 Antworten), empfanden die Gespräche überwiegend als nicht belastend. Ein Vorausplanender empfand eine Belastung aufgrund seiner starken Schwerhörigkeit und einer *„lebenslangen Schwermütigkeit“*. Ein weiterer Vorausplanender äußerte sich neutral (Punktwert 3). 12 Vorausplanende äußerten keine Belastung durch die geführten Gespräche. Ein Bevollmächtigter schreibt dazu: *„Aufgrund ihrer Demenz war es meiner Mutter nur möglich am Erstgespräch der Behandlung im Voraus planen teilzunehmen. Sie schien mir sichtlich erleichtert, dass das Thema "Sterben" angesprochen wurde. "weil man darüber auch mal reden muss und das nicht mit jedem machen kann [...].“* Im Ergebnis

äußerten sich sieben von 12 vorausplanenden Bewohnern durch die Festlegung der Behandlungswünsche als emotional entlastet, fünf Bewohner äußerten sich neutral.

Auch für die PFK sind gesundheitliche Krisensituationen der Bewohner häufig mit einer hohen emotionalen Belastung aufgrund der Stresssituation verbunden. Das beeindruckende Resultat zeigt, dass die vorliegende BVP PV/VD 83 % der PFK mehr Sicherheit gibt und 75 % der PFK sich durch die BVP in diesen herausfordernden Situationen emotional entlastet fühlen.

Vier von sieben Hausärzten kennen durch die PV die konkreten Behandlungswünsche ihrer Patienten besser, was den Schluss zulässt, dass auch sie dadurch mehr Sicherheit in gesundheitlichen Krisensituationen ihrer Patienten gewinnen. Ein Hausarzt äußert sich neutral, weitere zwei Hausärzte stimmen dem nicht zu.

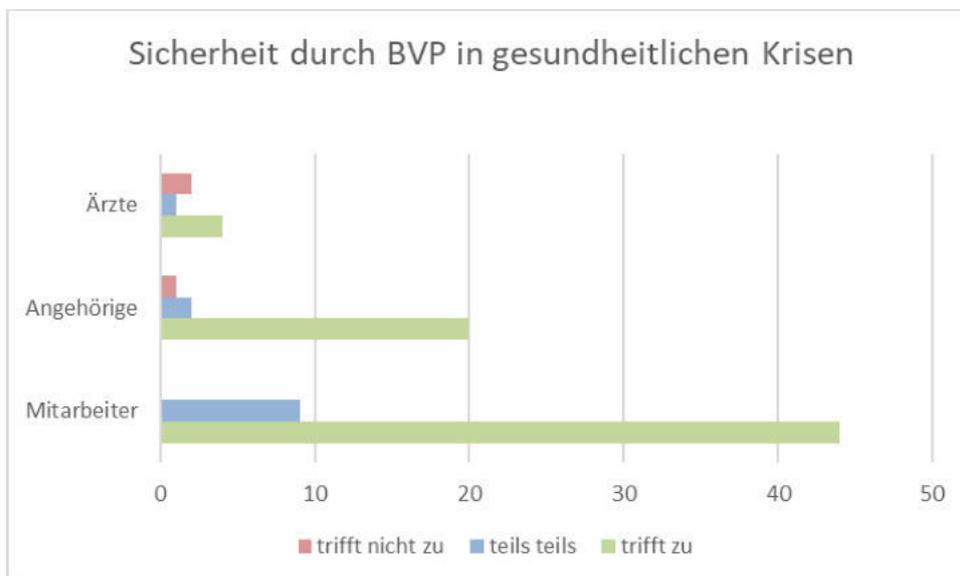


Abbildung 8: Sicherheit durch BVP in gesundheitlichen Krisen

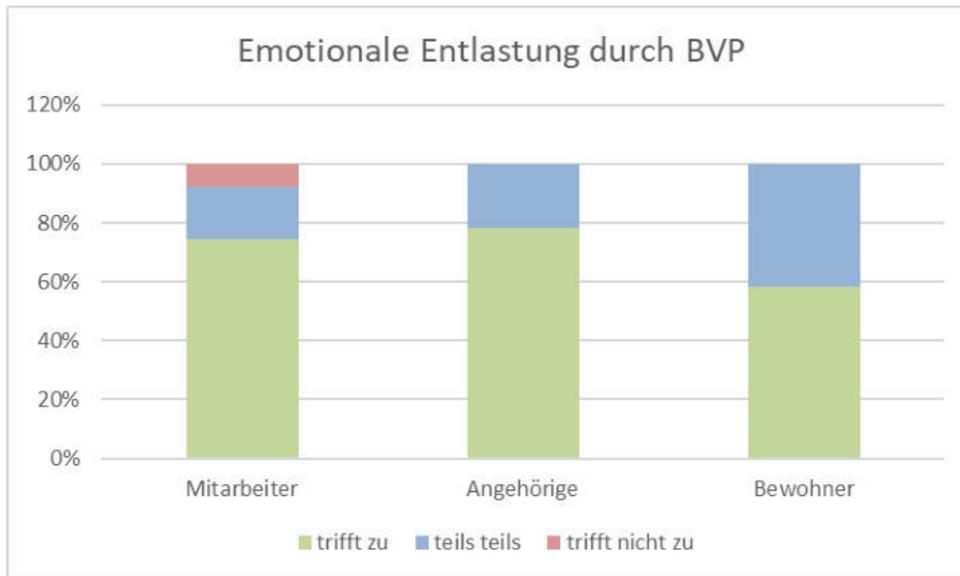


Abbildung 9: Emotionale Entlastung durch BVP

Aufgabe der Ärzte ist es, im Arzt/Patientengespräch gewünschte Therapien in Krisensituationen mit ihren Patienten zu besprechen. Diese Gespräche gab es selbstverständlich immer schon. Dennoch bestätigen zwei von sieben Hausärzten, dass der BVP - Prozess dazu geführt hat, ein vertiefendes Gespräch zu den Behandlungswünschen des Patienten mit den Beteiligten geführt zu haben. Bei den weiteren fünf Hausärzten führte dies teilweise zu einem vertiefenden Gespräch. Somit ist die zusätzliche Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Bevollmächtigten ein weiterer positiver Aspekt der Implementierung von BVP.

Die bisher auf dem Markt angebotenen und genutzten Patientenverfügungen, die überwiegend mittels Ankreuzverfahren ausgefüllt werden, geben in medizinischen Krisensituationen bei Einwilligungsunfähigkeit keine valide Grundlage für die Entscheidung einer Therapiezieländerung, da sie mehrheitlich weder persönliche Einstellungen noch Festlegungen zu möglichen Erkrankungsfolgen bzw. Behandlungsergebnissen berücksichtigen. Daher sind wir davon überzeugt, dass die BVP PV/VD im Vergleich zu herkömmlichen PV mehr Sicherheit gibt. Die Meinung der Hausärzte zu dieser Hypothese ist geteilt, allerdings überwiegend ablehnend. Zustimmung findet die Annahme bei drei Ärzten, vier Ärzte stimmen nicht zu. Bei den PFK zeigt sich ein gänzlich anderes Bild. 92 % antworten, dass ihnen die BVP PV/VD mehr Sicherheit in gesundheitlichen Krisen der Bewohner gibt als herkömmliche PV.

Besonders die Übersichtlichkeit der Dokumentation und das Formular 'Ärztliche Anordnung für den Notfall' (ÄNo) werden von PFK und Hausärzten als Grund hierfür genannt. Auch Notärzte äußern sich sehr zufrieden mit der transparenten Dokumentation der ÄNo, die in ihrer einfachen Lesbarkeit durch das Farbsystem unterstützt wird. Bereits 65 % der teilnehmenden PFK konnten diesbezüglich in Notfallsituationen persönliche Erfahrungen sammeln (Abbildung 10). Zwar kommt es vereinzelt zur Nichtbeachtung, oder es bedarf eines guten fachlichen Standings der PFK, allerdings ist es bemerkenswert, dass 26 (84 %) der PFK mit persönlicher Erfahrung mitteilen, dass die ÄNo durch das Rettungspersonal beachtet und dadurch die Selbstbestimmung des Betroffenen anerkannt wird.

Abbildung 10 zeigt zudem die Einschätzung der PFK (27 %), die bisher keine persönliche Erfahrung zur Beachtung der ÄNo sammeln konnten und folglich ihre Einschätzung auf der Grundlage der Informationen durch Kollegen zum Ausdruck brachten. 8 % der PFK machte keine Angaben, woher ihre Informationen stammen.

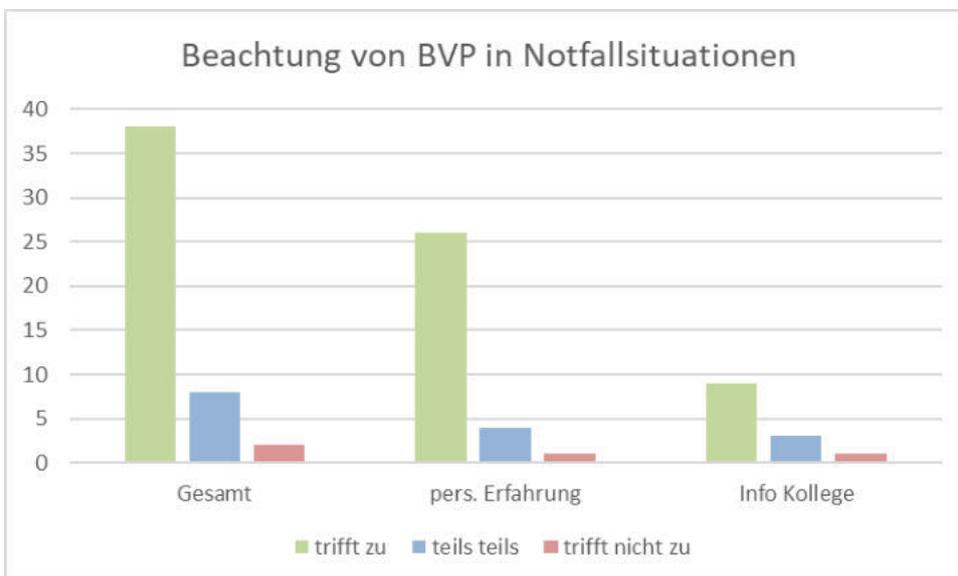


Abbildung 10: Beachtung von BVP in Notfallsituationen

Auch Bevollmächtigte/Zugehörige/Betreuer und Hausärzte erklären, dass in Krisensituationen bzw. Notfallsituationen bei vorliegender BVP PV/VD Krankenhauseinweisungen verhindert werden konnten und die BVP-Gespräche und Dokumentationen dazu führen, dass die Bewohner in gesundheitlichen

Krisensituationen in einem höheren Maße so behandelt werden, wie sie es wünschen. Ebenso formuliert ein Hausarzt: *"Wichtig dass alle (Angehörige, Pflegende und Ärzte, auch wenn notfallmäßig dazu gerufen oder nur vertretungsweise vor Ort) sich klar orientieren können."*

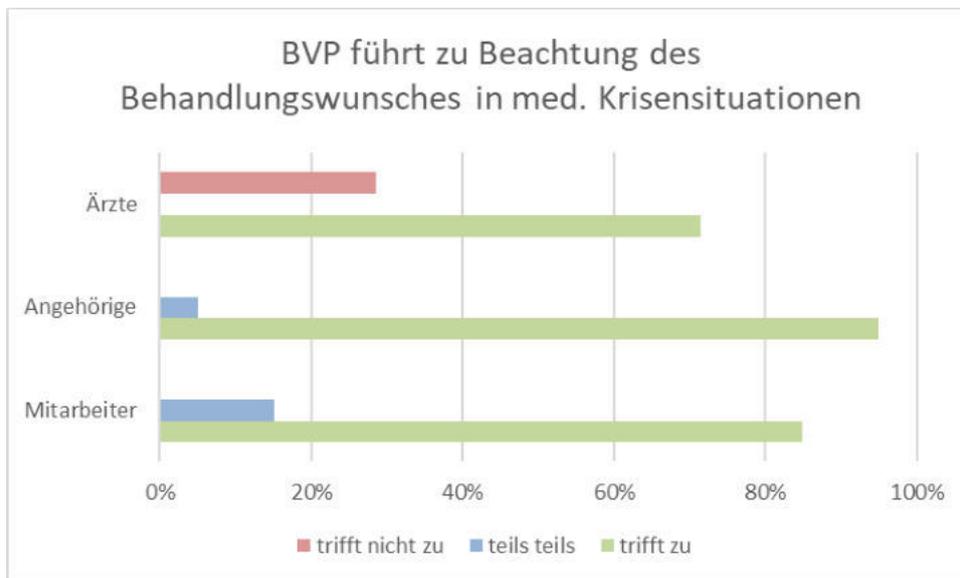


Abbildung 11: BVP führt zu Beachtung des Behandlungswunsches in med. Krisensituationen

In der Frage, ob die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach dem BVP Konzept zu einem Kulturwandel im Hinblick auf den Stellenwert der Selbstbestimmung der Bewohner im Seniorenhaus führt, zeigt sich ein gemischtes Meinungsbild. Während je 29 % der Hausärzte angeben, dass BVP nicht oder lediglich zum Teil (Punktwert 3) zu einem Kulturwandel in Bezug auf die Selbstbestimmung der Bewohner beiträgt, bekunden 43 % der Hausärzte, dass BVP zu einem Kulturwandel führt. Die überwiegende Anzahl der PFK bestätigen BVP als einen Weg zum Kulturwandel in Bezug auf die Selbstbestimmung der Bewohner, was verdeutlicht, dass sie vom Effekt und seiner Nachhaltigkeit überzeugt sind.

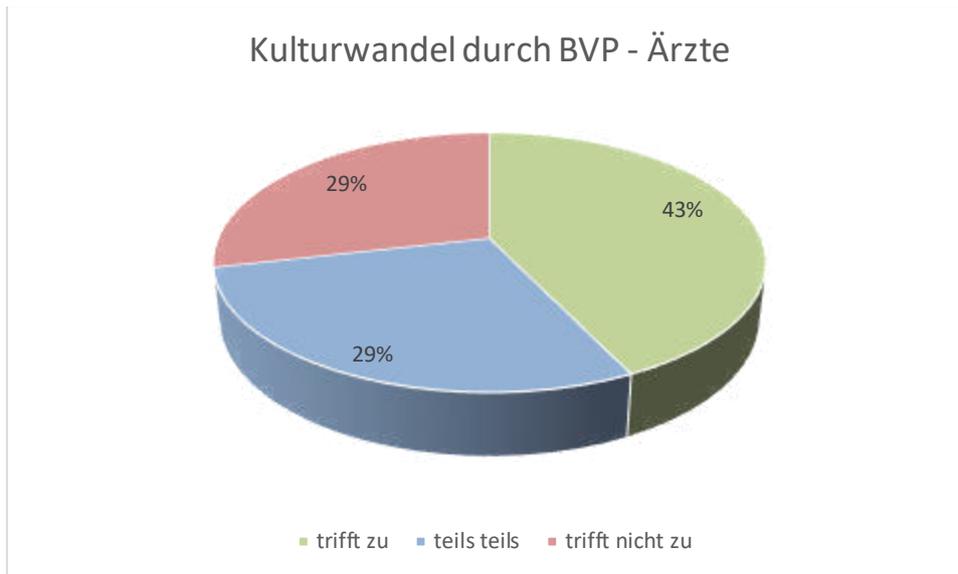


Abbildung 12: Kulturwandel durch BVP - Ärzte

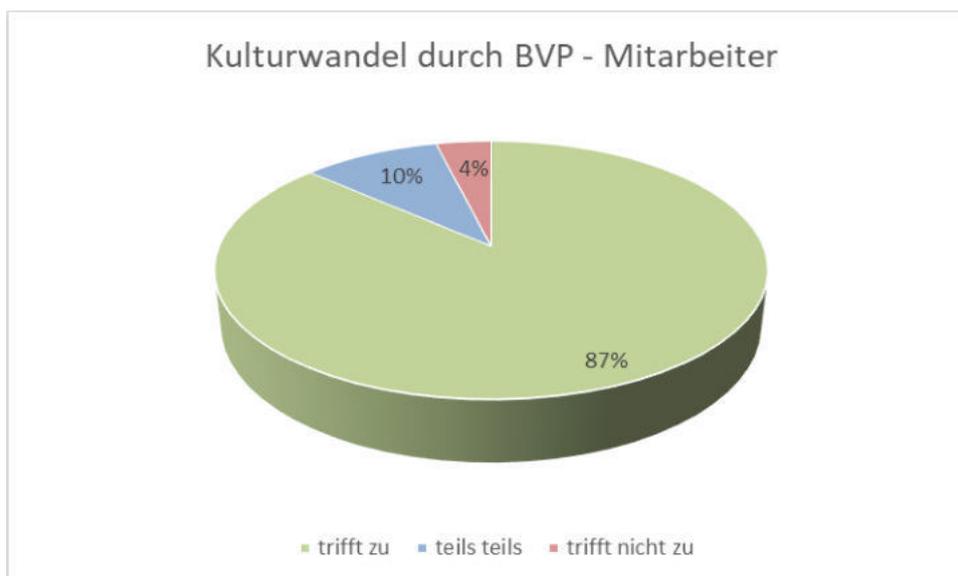


Abbildung 13: Kulturwandel durch BVP - Mitarbeiter

Die hervorragenden Ergebnisse und Erfahrungen mit dem BVP Konzept in den Modelleinrichtungen bestärken die Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen in der weiteren Umsetzung und Implementierung, so dass zukünftig in allen 19 Senioreneinrichtungen BVP zur gesundheitlichen Versorgungsplanung implementiert wird.

In der regionalen Implementierung konnten wir ein tragfähiges und interprofessionelles Netzwerk aufbauen. Der zeitliche Aufwand in einer Millionenstadt wie Köln ist enorm und kann aus Projektsicht nicht von den qualifizierten Gesprächsbegleitern ‚nebenbei‘ geleistet werden. Daher gehen die ersten Kommunen dazu über Gesprächsbegleiter einzustellen, die in den Seniorenhäusern über eine Refinanzierung die individuellen Gespräche durchführen. Aus diesem Kreis der Gesprächsbegleiter trägt ein hauptamtlicher Koordinator für die Implementierung die Verantwortung. Ein Beispiel für dieses Vorgehen findet sich im Rhein-Kreis-Neuss. Auch für Köln wäre ein ähnlicher Weg sehr gut vorstellbar und erstrebenswert. Entsprechend § 7, Abs. 2 der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g wäre eine Mischform einerseits mit qualifizierten Gesprächsbegleitern einzelner Träger, ggf. für mehrere Einrichtungen, und andererseits (um kleineren solitären Einrichtungen die Möglichkeiten einer Gesprächsbegleitung zu eröffnen) eine Kooperation mit der Kommune aussichtsreich. Durch die Kommune könnte dann die regionale Vernetzung und Implementierung weiter vorangetrieben werden.

Die Implementierung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung mit einem einheitlichen Konzept wäre für alle an der Versorgungskette beteiligten Akteure einer Region sehr wünschenswert, da sie die Akzeptanz bei der Implementierung wesentlich vereinfachen würde. Es ist daher sehr zu begrüßen, dass ALPHA NRW im Auftrag des Landes NRW in einem Forschungsprojekt die unterschiedlichen Konzepte sichtet, bewertet und eine Empfehlung geben wird.

Letztendlich geht es um die Sicherstellung, dass die festgelegten medizinischen Behandlungswünsche des Bewohners auch Berücksichtigung finden.

## 8. Literaturverzeichnis

Behandlung im Voraus planen – ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, Flyer: Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria, 2018

BVP-Dokumentation; <https://www.div-bvp.de/implementieren/#BVP-Dokumentation> (21.04.2020)

Coors, Jox, in der Schmitten (2015): Advance Care Planning: eine Einführung. In Coors, Jox, in der Schmitten (Hrsg.): Advance Care Planning. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Coors, Jox, in der Schmitten (2015): Qualifizierte Gesprächsbegleitung bei der Abfassung einer Patientenverfügung. In Coors, Jox, in der Schmitten (Hrsg.): Advance Care Planning. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Deutscher Bundestag (2015): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Bundesgesetzblatt 2015: 2114-8

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1949), Artikel 2, Abs. 2  
Bürgerliches Gesetzbuch (2017), §§ 1901 - 1904

in der Schmitten J, Nauck F, Marckmann G (2016), Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, S. 191-192; <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-110711.pdf> (20.03.2020)

Likert Skala im Fragebogen sinnvoll angewendet; <https://novustat.com/statistik-blog/likert-skala-fragebogen-anwendung.html> (27.04.2020)

Petri S (2017), Projekt zur Schulung von Vorsorgebegleitern zur Durchführung gesundheitlicher Vorausplanung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe, (Hrsg.): Caritasverband der Erzdiözese München und Freisingen e.V.

Qualifizierung zum Trainer nach den Standards der DiV-BVP; <https://www.div-bvp.de/schulungen/> (23.03.2020)

Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017

## **9. Anhang**

1. Muster DiV-BVP Patientenverfügung
2. Muster DiV-BVP Vertreterdokumentation
3. Standard 'Behandlung im Voraus planen - Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V' der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria
4. Broschüre 'Behandlung im Voraus Planen – ein neues Konzept zur Vorsorge für den Fall schwerer Erkrankungen'
5. Konzeption regionaler Arbeitskreis BVP Köln
6. Flyer 'Behandlung im Voraus planen – ein wirksames Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen'
7. Fragebögen zur Auswertung der Implementierung BVP
8. Tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Befragung
9. Leitfaden zur internen & externen Implementierung ACP/BVP

## Anhang 1

### Muster DiV-BVP Patientenverfügung

# Patientenverfügung

zugleich Dokumentation gemäß § 9 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V

Name \_\_\_\_\_ ggf. Einrichtungsstempel  
Vorname \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner im Notfall**

Bevollmächtigter / Betreuer

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

„Dieses Dokument ist eine Vorausverfügung meines Willens zu Fragen künftiger Behandlungen für den Fall, dass ich erkrankte *und* meinen Behandlungswillen (akut oder dauerhaft) selbst nicht mehr äußern kann. Als *Patientenverfügung* ist dieses Dokument für alle an meiner Behandlung Beteiligten verbindlich. Soweit es *Hinweise zur Ermittlung meines Behandlungswillens* enthält, sollen diese Richtschnur für die Behandlungsentscheidung meines Vertreters (Vorsorgebevollmächtigten / Betreuers) sein. Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.“

## Inhalt

*Hintergrund zur DiV-BVP e.V. und zu dieser Patientenverfügung*

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer

Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit

Schmerz- und Palliativtherapie | Persönliche Hinweise

Unterschriften und Prozessdokumentation

*Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“) vom 29.07.09*

Aktualisierung und Fortschreibung

Dieses Formular wurde von der Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung - Behandlung im Voraus Planen e.V. (DiV-BVP) entwickelt, vgl. [www.div-bvp.de](http://www.div-bvp.de). Das Formular verwendet Fachsprache und sieht Festlegungen für komplexe künftige medizinische Szenarien vor. **Es wird dringend empfohlen, dieses Formular nur mit Unterstützung einer professionellen Gesprächsbegleitung durch eine nach den Standards der DiV-BVP zertifizierte Fachperson auszufüllen.** Andernfalls drohen Missverständnisse mit fatalen Folgen, etwa die Unterlassung einer Maßnahme im Notfall (mit Todesfolge), deren lebensrettende Durchführung gewollt gewesen wäre.

## Hintergrund zur DiV-BVP und zu dieser Patientenverfügung

### Die Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen e.V.

Die Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen e.V. (DiV-BVP, vgl. [www.div-bvp.de](http://www.div-bvp.de)) ist der Zusammenschluss von Organisationen und Personen, die das gemeinsame Anliegen verfolgen, dass Patienten so behandelt werden, wie sie das möchten – auch dann, wenn sie ihren Willen aktuell oder dauerhaft nicht (mehr) äußern können.

Behandlung im Voraus Planen (BVP), englisch: Advance Care Planning, sieht vor, dass Entscheidungen über Ziel und Grenzen künftiger Behandlungen **auf der Mikro-Ebene** in einem Prozess gemeinsamer Entscheidungsfindung zwischen vorausplanenden Personen (auf Wunsch unter Einschluss ihrer Vertrauenspersonen) und hierfür qualifizierten Fachpersonen (BVP-Gesprächsbegleitern) erarbeitet werden und im Ergebnis den Kriterien einer informierten Zustimmung (Informed Consent) genügen.

Die Erstellung einer Patientenverfügung ist eine anspruchsvolle Aufgabe und birgt erhebliche Risiken für eine ungenügende Übereinstimmung von „wahrer“ Planungsintention und dokumentierten Festlegungen, weshalb eine Gesprächsbegleitung auf einheitlich hohem Niveau erforderlich ist. Die DiV-BVP hat deshalb Modellcurricula für BVP-Gesprächsbegleiter sowie kooperierende Ärzte entwickelt und bietet entsprechende Schulungen an. Das vorliegende Formular ist ebenfalls eine Entwicklung der DiV-BVP und soll ausschließlich mit Unterstützung durch DiV-BVP-zertifizierte Fachkräfte Verwendung finden. **Von einer Verwendung ohne diese qualifizierte Unterstützung wird ausdrücklich abgeraten!**

Neben der individuellen Gesprächsbegleitung verfolgt BVP **auf der Meso- und Makro-Ebene** durch eine institutionelle bzw. regionale Implementierung das Ziel, eine neue Kultur der Berücksichtigung des vorausverfügtten Patientenwillens im regionalen Gesundheitssystem zu fördern. Auch für die Qualifikation von BVP-Koordinatoren, die diese Implementierung aktiv moderieren und fördern können, hat die DiV-BVP ein Modell-Curriculum entwickelt. Damit Dokumente wie die vorliegende BVP-Patientenverfügung von Gesundheitsfachpersonen zuverlässig und eindeutig verstanden werden sowie vollumfängliche Beachtung finden, ist ein solcher institutioneller und regionaler Implementierungsprozess mit kontinuierlicher Information und Schulung des gesamten Gesundheitsfachpersonals erforderlich.

### Die vorliegende Patientenverfügung der DiV-BVP

Die vorliegende Patientenverfügung der DiV-BVP ist eine Reflektion des standardisierten Prozesses der BVP-Gesprächsbegleitung. Sie ermöglicht es, die in ausführlichen Gesprächen ermittelte Grundhaltung zum Leben und Sterben, Eckpunkte zur Therapiezielfindung sowie konkrete Behandlungswünsche so zu dokumentieren, dass sie in vielen Fällen tatsächlich für interprofessionelle Behandlungsteams handlungsleitend werden können. Die empfohlene Einbeziehung der Vertrauensperson(en), insbesondere des Vertreters / der Vertreterin in den BVP-Gesprächsprozess hat im Idealfall zur Folge, dass die schriftliche Dokumentation durch die persönliche Gesprächserinnerung gestützt, ergänzt und belebt wird.

In diesem Dokument werden sich je nach konkreter Situation klare Willensäußerungen im Sinne einer Patientenverfügung, Behandlungswünsche und / oder Hinweise auf den mutmaßlichen Willen finden lassen. Zusammengenommen sind diese **Hinweise zur Ermittlung des Behandlungswillens** geeignet, die Entscheidungen des medizinischen Behandlungsteams und / oder des Vertreters bestmöglich zu leiten.

Diese Patientenverfügung umfasst 10 (bis auf das letzte) beidseitig bedruckte Blätter. **Individuell beschriftet werden nur die Vorderseiten; daher genügt es für manche Zwecke, wenn nur diese kopiert oder gefaxt werden.** Auf den Rückseiten finden sich informative Hintergrundtexte zum besseren Verständnis insbesondere für die professionellen Anwender dieser Patientenverfügung.

Zur besseren Lesbarkeit dieses Formulars wird meist nur das männliche Geschlecht verwendet; gemeint sind stets beide Geschlechter.

# Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

## Standortbestimmung zur Therapiezielfindung

### Wie gerne leben Sie?

Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) weiter zu leben?

---

---

---

---

### Wenn Sie ans Sterben denken – was kommt Ihnen dann in den Sinn?

Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?

---

---

---

---

### Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?

Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an künftige medizinische Behandlungen denken? Warum ist das bei Ihnen so?

---

---

---

### Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?

Warum ist das bei Ihnen so? Sind in diesem Zusammenhang Erfahrungen bei Ihnen oder anderen Personen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

---

---

---

### Gibt es religiöse, spirituelle oder persönliche Überzeugungen oder kulturelle Hintergründe, die Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig sind?

---

---

## Erläuterungen zum umseitigen Formulareil und Gesprächsabschnitt: Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

### Zur Bedeutung dieses Gesprächsabschnitts

Am Anfang von Behandlung im Voraus planen (BVP) gemäß den Vorgaben der DiV-BVP steht grundsätzlich **eine Standortbestimmung zur Therapiezielfindung** für den Fall künftiger krisenhafter, insbesondere potenziell lebensbedrohlicher Erkrankung. Dazu führt der professionelle BVP-Gesprächsbegleiter in einer Haltung, die von Empathie und forschendem Interesse an den individuellen Überlegungen, Wünschen und Präferenzen der vorausplanenden Person geprägt ist, ein ergebnisoffenes Gespräch, in dem ihre Einstellungen zum Leben (und Weiterleben), zu schwerer Krankheit und zum Sterben eruiert werden.

Zu den Herausforderungen einer qualifizierten Gesprächsbegleitung gehört es, die vorausplanende Person in einem Prozess gemeinsamer Entscheidungsfindung zu befähigen,

- Äußerungen sozialer Erwünschtheit sowie Allgemeinplätze zu erkennen und beiseite zu stellen,
- Ambivalenzen zu reflektieren und soweit möglich zu klären,
- authentische Antworten auf die umseitig gestellten existenziellen Fragen zu finden und schließlich
- Eckpunkte zur Festlegung individueller Therapieziele sowie ggf. Kriterien für mögliche Behandlungsgrenzen zu artikulieren und
- die geäußerten Festlegungen in präziser und valider Verdichtung zu verschriftlichen.

Die umseitigen Fragen haben sich dabei bewährt zu verstehen, was der vorausplanenden Person das (Weiter-) Leben bedeutet, wie sie dem Gedanken an das Sterben und an den Tod gegenübersteht, welche übergeordneten Ziele medizinische Behandlung aus aktueller Sicht prinzipiell verfolgen **sollen**, unter welchen Umständen sich diese Ziele ggf. ändern würden sowie welche Belastungen und Risiken durch medizinische Behandlungen die Person – wenn überhaupt – grundsätzlich bereit (bzw. keinesfalls bereit) wäre, zum Erreichen dieser Ziele auf sich zu nehmen.

Die Antworten auf diese Fragen sind als grundlegende Orientierung darüber anzusehen, ob und wenn ja unter welchen Umständen die vorausplanende Person mit einer lebensverlängernden Behandlung einverstanden ist. Sie bilden einen Verstehensrahmen, in den sich auf den folgenden Seiten getroffene, konkretere und maßnahmen-bezogene Festlegungen einordnen lassen. Unstimmigkeiten oder Widersprüche zwischen im weiteren Gesprächsverlauf geäußerten konkreten Präferenzen und dem hier abgesteckten Rahmen sind Anlass für den professionellen BVP-Gesprächsbegleiter, mögliche Missverständnisse aufzuspüren sowie Unsicherheiten und / oder Ambivalenzen zu benennen, zu würdigen und soweit möglich zu klären. Mit diesem Vorgehen sollen innere Konsistenz und Gesamtvalidität der gesamten Patientenverfügung bestmöglich gewährleistet werden.

Dieser Verstehensrahmen zur Festlegung des Therapieziels im konkreten Fall ist für den Vertreter und das behandelnde interprofessionelle Team zudem hilfreich bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens bei Entscheidungen in Situationen, die nicht durch auf den Folgeseiten getroffene detaillierte Festlegungen erfasst sind.



## **Erläuterungen zum umseitigen Formulareil und Gesprächsabschnitt: Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben (*Fortsetzung*)**

### **Zustandekommen der schriftlichen Dokumentation**

Es hat sich bewährt und wird in der Regel so gehandhabt, dass der BVP-Gesprächsbegleiter die Essenz der in diesem Gesprächsabschnitt artikulierten Wünsche und Präferenzen – in einer auch für etwaige künftig behandelnde Gesundheitsfachkräfte verständlichen und relevanten Sprache – schriftlich fixiert. Der so entstandene Entwurf wird mit der vorausplanenden Person gemeinsam geprüft und so lange präzisiert, bis diese sich und ihre Anliegen hinsichtlich künftiger Behandlung darin uneingeschränkt wiederfindet.

Längere Freitexte, für die umseitig Raum gegeben ist, haben den Vorteil, individuelle Überlegungen und Besonderheiten vollumfänglich niederlegen zu können. Dem steht gegenüber, dass bei längeren Freitexten das Risiko für missverständliche oder auch widersprüchliche Formulierungen steigt, sowohl innerhalb dieses Gesprächsabschnitts als auch zwischen diesem und anderen Abschnitten. Es ist Aufgabe des Gesprächsbegleiters, längere Texte entsprechend sorgfältig auf ihre Konsistenz zu den übrigen in dieser Verfügung getroffenen Festlegungen zu prüfen und die vorausplanende Person nötigenfalls bei einer entsprechenden Klärung zu unterstützen.

# Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name \_\_\_\_\_ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
**Ansprechpartner, Telefon:** \_\_\_\_\_

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

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

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch vertretbar**

**A** ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

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

**B0** ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

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

**B2** ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
**Keine Behandlung auf Intensivstation**  
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

**B3** ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
 Keine Behandlung auf Intensivstation  
**Keine Mitnahme ins Krankenhaus \***  
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

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

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

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

„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung und die medizinische Vertretbarkeit.“

\* Ein Krisenplan wurde erstellt.

X  
 Unterschrift und Stempel des zertifizierten **Arztes**

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

„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

X  
 Unterschrift der **oben genannten Person**

„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“

X  
 Ggf. Unterschrift und NAME des **Bevollmächtigten/Betreuers**

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

X  
 Unterschrift und NAME des DiV-BVP-Gesprächsbegleiters



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

## Erläuterungen zum umseitigen Formularteil und Gesprächsabschnitt: Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

### Funktion der Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Diese **Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)** erlaubt es,

- den akutmedizinischen Standard (= Beginn potenziell lebensrettender Therapie mit allen vertretbaren Mitteln) individuell zu bestätigen (Option A),
- den Beginn lebensrettender Maßnahmen individuell einzuschränken (Optionen B0-B3) oder aber
- **jedliche** Maßnahme mit dem Therapieziel der Lebensrettung / Lebensverlängerung auszuschließen (Option C).
- Maßnahmen, die von ärztlicher Seite angesichts der individuell schon vorliegenden Vorerkrankungen und Einschränkungen als medizinisch **nicht vertretbar** eingestuft werden, sollen nach angemessener Besprechung mit dem Vorausplanenden im Zuge der Vorausplanung ausgeschlossen werden.

### Erläuterungen zum Gesprächsprozess

- Die unterzeichnende Person hat in einem ausführlichen Gesprächsprozess mit einem qualifizierten Gesprächsbegleiter über die Chancen und Risiken von Behandlungsmaßnahmen im Notfall und die individuellen Behandlungswünsche gesprochen. Hierbei wurde die Person dazu befähigt, die umseitig genannten Optionen zu verstehen und für sich und die eigene Situation abzuwägen.
- Aufgrund der qualifizierten Gesprächsführung im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung ist von einer informierten **Einwilligung** bzw. Ablehnung (Informed Consent / Refusal) auszugehen, wie sie für medizinische Entscheidungen rechtlich als verbindlich angesehen wird.

### Geltung und Geltungsbereich

- Die Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo) ist der notfallmedizinisch relevante Teil der zugehörigen Patientenverfügung. Die hier getroffene Festlegung ist nicht an (z.B. prognostische) Bedingungen geknüpft und gilt ohne zeitliche Begrenzung.
- Die hier getroffene Festlegung reflektiert den Willen der genannten Person für den Fall einer akuten Krise. Die ÄNo ist – wenn eindeutig ausgefüllt – **für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich**, sofern die genannte Person nicht selbst einwilligungsfähig ist und keine **konkreten** Hinweise auf eine Willensänderung vorliegen.
- Damit diese ÄNo als Patientenverfügung wirksam werden kann, ist (allein) die Unterschrift der vorausplanenden Person erforderlich. **Es wird aber dringend empfohlen, diese ÄNo nur im Rahmen einer durch die Unterschriften von Arzt und Gesprächsbegleiter dokumentierten qualifizierten Gesprächsbegleitung gemäß den Vorgaben der DiV-BVP zu verwenden, um Missverständnisse mit fatalen Folgen zu vermeiden.** Die zusätzliche Unterschrift des Bevollmächtigten / Betreuers ist empfohlen, um seine Einbindung in den Gesprächsprozess zu dokumentieren, aber formal fakultativ. Für ÄNo's, die vom Vertreter einer nicht (mehr) einwilligungsfähigen Person unterschrieben werden, existiert ein gesondertes Formular (Vertreterdokumentation).
- Zur Klärung anderer, über die umseitig skizzierten Notfälle hinausreichender Behandlungsfragen (u.a. hinsichtlich Dauer und Grenzen einer einmal begonnenen lebensverlängernden Therapie) ist die ausführliche Patientenverfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter zu konsultieren.

### Ausschluss stationärer Behandlung sowie ambulanter Krisenplan in den Optionen B3 und C

- Der umseitige **Ausschluss einer stationären Behandlung** (B3, C) bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem Ziel der *Lebensverlängerung*. Eine stationäre Einweisung mit dem Ziel der *Linderung (Palliation)* ist hiervon unberührt zulässig, wenn dieses Ziel ambulant nicht erreicht werden kann.
- Bei Vorliegen eines Krisenplans / Notfallplans sind die dort hinterlegten Hinweise zu befolgen.

### Hinweise zur Umsetzung

**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 = **nur eine** der Optionen A, B0, B1, B2, B3 oder C angekreuzt ist und
3. ob die Anordnung mindestens vom Patienten unterschrieben ist (s.o. Geltung und Geltungsbereich).

# Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer

Bei stationärer Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung und unklarer Dauer der Einwilligungsunfähigkeit soll gelten:

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch vertretbar**

A 

Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

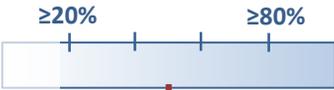
**THERAPIEZIEL = abhängig von der Ermittlung des Patientenwillens durch den Vertreter**

B 

Begrenzung lebensverlängernder Behandlung durch meinen Vertreter auf Grundlage der „Einstellungen“ (S. 3) und gegebenenfalls der weiteren hier getroffenen Festlegungen.

**! Die Einschränkungen der Maßnahmen, die in der ÄNo (S. 7) festgelegt sind, gelten solange fort bis mein Vertreter diese ggf. ändert, um meinen Willen in dieser Situation bestmöglich zu vertreten.**

Auch wenn der Eintritt folgender Ereignisse oder Behandlungsergebnisse mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (nahe 100%) zu erwarten ist, sollen lebensverlängernde Maßnahmen dessentwegen fortgesetzt / durchgeführt werden:

JA	Vertreter soll entscheiden	NEIN	<b>NEIN, und ich verlange die Unterlassung / den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen sogar schon ab einer Eintrittswahrscheinlichkeit von:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ereignisse / Behandlungsergebnisse:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bleibende schwerste körperliche Behinderung: Bettlägerigkeit, Inkontinenz und ständiger pflegerischer Hilfsbedarf 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bleibende schwere kognitive Einschränkung: braucht fremde Hilfe um zurechtzukommen, vergisst Namen, zeitlich und örtlich desorientiert 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monatelanger stationärer Verlauf (ggf. inklusive Rehabilitation) bis zur Wiedererlangung meines bisherigen Zustands 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versterben an (Komplikationen) der aktuellen Erkrankung im Verlauf, ungeachtet aller weiteren ärztlichen Bemühungen 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ 
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**! Die Folge des dann voraussichtlich eintretenden Todes nehme ich in Kauf.**

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

C 

Ausschließlich lindernde Maßnahmen. Eine bestehende lebensverlängernde Behandlung ungeachtet der Prognose unter Inkaufnahme des dann möglicherweise eintretenden Todes soll abgebrochen werden!

## Erläuterungen zum umseitigen Formularteil und Gesprächsabschnitt: Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer

### Geltung und Geltungsbereich

- Die umseitigen Festlegungen gelten während stationärer Behandlungen, solange eine aktuell gegebene Einwilligungsunfähigkeit noch potenziell reversibel erscheint. Sobald aus medizinischer Sicht feststeht, dass die Einwilligungsunfähigkeit dauerhaft bleiben wird, orientiert sich die weitere Behandlung an den im Abschnitt „Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit“ (S. 13) getroffenen Festlegungen.
- Die in der **Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo)** festgelegten Ausschlüsse bzw. Grenzen lebensverlängernder Therapie gelten auch bei stationärer Behandlung unverändert fort, sofern nicht etwas anderes vereinbart wird.
- Es wird empfohlen, **Fragen der peri-operativen Vorausplanung elektiver Eingriffe** (z.B. Intubation, intraoperative Reanimation, Grenzen post-operativer Behandlung) mit den behandelnden Ärzten ggf. vorab zu besprechen und gesondert zu dokumentieren.
- Es wird empfohlen, die in der ÄNo sowie umseitig getroffenen Festlegungen – ggf. in Absprache mit dem Vertreter – in die **krankenhaus-interne Notfallplanung** zu übertragen bzw. dieser beizulegen, vgl. zum Beispiel die „Dokumentation der Therapiebegrenzung“ von DIVI und DGIIN.
- Ob die konkret vorliegende Situation mit dem exemplarisch vorausgeplanten Szenario übereinstimmt und inwieweit andernfalls von diesem extrapoliert werden kann, erörtert der Vertreter gemäß § 1901b BGB mit dem behandelnden Arzt und ggf. anderen Vertrauenspersonen.
- Bei prognostischer Unsicherheit, ob die festgelegte Eintrittswahrscheinlichkeit für eine unerwünschte Behandlungsfolge schon erreicht ist oder nicht, ist im Zweifel weiter lebenserhaltend zu behandeln. Dabei ist in kurzen Intervallen zu re-evaluieren, ob die Prognose nach ärztlichem Urteil so schlecht geworden ist, dass die umseitig festgelegte Bedingung für einen Abbruch lebensverlängernder Therapie nunmehr als erfüllt anzusehen ist.

### Festlegung eines prognose-abhängigen Therapieziels (Option B)

In Option B des umseitigen Formularteils kann die zukünftige Entscheidung **im ersten Schritt** explizit in die Hände des Vertreters gelegt werden. Die Schwelle zum Abbruch lebensverlängernder Behandlungen wird er dann auf der Grundlage der „Einstellungen“ (S. 3) ermitteln. Im **zweiten Schritt** können zusätzlich unerwünschte Ereignisse / Zustände (im Sinne von Erkrankungs- bzw. Behandlungsfolgen, engl.: Outcomes) und deren Eintrittswahrscheinlichkeiten (prognostische Risiken) als Grenze für lebenserhaltende Maßnahmen benannt werden. Diese geben dem Vertreter eine zusätzliche Orientierung:

- Dazu werden zunächst die möglichen Ereignisse / Zustände in Erfahrung gebracht, welche der vorausplanenden Person **bei nahezu sicherem (also mit fast 100%iger Wahrscheinlichkeit absehbarem) Eintritt schlimmer erscheinen als zu sterben**, so dass in dieser Konstellation jegliche lebensverlängernde Therapie sofort abgebrochen werden soll.
- Nur wenn es derartige Ereignisse / Zustände gibt, die für die Person ein Abbruchkriterium für lebenserhaltende Therapie wären, folgt der zweite Schritt. Hierbei wird eruiert, ob die vorausplanende Person (in der rechten Spalte) **eine Wahrscheinlichkeit** angeben will, ab der das Risiko für das betreffende Ereignis / den Zustand in ihrem Urteil so hoch wird, dass sie bei Erreichen oder Überschreiten dieser Risikoschwelle den Abbruch jeglicher lebensverlängernder Maßnahmen und die Umstellung auf ein palliatives Therapieziel wünscht. Diese Risikoschwelle kann durch Eintragen eines senkrechten Balkens (|) quantitativ festgelegt werden.
- Je niedriger das nicht mehr akzeptierte Risiko für das Eintreten des jeweiligen unerwünschten Ereignisses / Zustands, desto eher wird ein Abbruch lebensverlängernder Therapie erfolgen. Damit nähert sich die Festlegung diesbezüglich der Option C: „Ausschließlich lindernde (palliative) Therapie“.
- **Die ärztliche Prognose vermag nur empirische Wahrscheinlichkeiten, nicht aber den Verlauf im Einzelfall vorherzusagen.** Die Festlegung eines Abbruchs lebensverlängernder Therapie (mit voraussichtlicher Todesfolge) ab einem bestimmten Risiko (z.B. 60% für schwerste Behinderung) beinhaltet den freiwilligen Verzicht auf die korrespondierende Chance (z.B. 40%), **ohne** diese unerwünschte Behandlungsfolge zu überleben. Diese Zusammenhänge muss die vorausplanende Person verstanden haben, bevor sie hier eine Entscheidung trifft.

**Persönliche Festlegungen für die stationäre Behandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer**

Wenn ich aufgrund einer krisenhaften Erkrankung/Komplikation stationär behandelt werde, dann sollen **(zusätzlich zu den Angaben auf S. 9)** nachstehende Besonderheiten gelten, sofern und solange ich **bei unklarer Dauer meiner Einwilligungsunfähigkeit** nicht selbst entscheiden kann:

Erkrankung/Situation	Wunsch/Maßnahme	Begründung/Erklärung

**„Ich habe die speziellen vorstehenden Festlegungen mit der vorausplanenden Person besprochen und bestätige ihre Einwilligungsfähigkeit sowie ihr Verständnis der damit einhergehenden Implikationen.“**

X

Datum, Unterschrift und Stempel des behandelnden,  
DiV-BVP-zertifizierten Hausarztes oder Fachspezialisten

**Erläuterungen zum umseitigen Formulareil und Gesprächsabschnitt:  
Stationäre Behandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer (Fortsetzung)**

**Wann / warum können persönliche Festlegungen wichtig werden?**

Die umseitige Dokumentation persönlicher Festlegungen für die stationäre Behandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer ermöglicht der vorausplanenden Person, ggf. auf eigene chronische Vorerkrankungen und / oder spezifische Vorerfahrungen (bei sich oder anderen) einzugehen. Davon ausgehend können – über die auf S. 9 getroffenen Festlegungen hinaus – optional individuelle, krankheits-spezifische Wünsche für Ziel und Grenzen künftiger Behandlungen festgelegt werden.

Beispiele für chronische Vorerkrankungen, die bestimmte Verläufe oder Komplikationen unter Umständen besonders wahrscheinlich machen, sind chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (z.B. COPD), schwere chronische Herz- oder Nierenschwäche, neurologische Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose, M. Parkinson oder Amyotrophe Lateralsklerose), Krebserkrankungen sowie psychiatrische Erkrankungen (z.B. Demenz oder chronische Psychose). Beispiele für spezifische individuelle Vorerfahrungen sind zurückliegende Reanimationen, Phasen künstlicher Beatmung sowie spezielle Behandlungen (z.B. ECMO, psychiatrische Fixierung).

Das umseitige Freitextfeld erlaubt es, bezogen auf diese Vorerkrankungen und / oder Vorerfahrungen konkrete Festlegungen zu treffen, sofern dies ein Anliegen der vorausplanenden Person ist.

In der Regel werden die hier zu besprechenden Szenarien so speziell sein, dass zusätzlich zur Unterstützung durch einen qualifizierten BVP-Gesprächsbegleiter eine ärztliche Beratung dringend empfehlenswert ist. Daher ist ein entsprechendes Unterschriftenfeld vorgesehen. Die Einbeziehung eines mitbehandelnden Fachspezialisten ist ggf. wünschenswert, aber keine Bedingung für die Gültigkeit der hier getroffenen Festlegungen.

# Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit

Bei einem aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlichen Verlust der Einwilligungsfähigkeit soll für medizinische Behandlungen gelten:

Die folgenden Festlegungen sollen auch für den Fall des sog. **Syndroms reaktionsloser Wachheit** gelten, auch wenn es hier in seltenen Einzelfällen noch nach Jahren zu Verbesserungen kommen kann.

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch vertretbar**

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

**THERAPIEZIEL = abhängig von der Ermittlung des Patientenwillens durch den Vertreter**

**B** Begrenzung lebensverlängernder Behandlung durch meinen Vertreter auf Grundlage der „Einstellungen“ (S. 3) und gegebenenfalls der weiteren hier getroffenen Festlegungen.

Lebensverlängernde Behandlung nur, wenn ich nach Einschätzung des Bevollmächtigten / Betreuers noch überwiegend **Freude am Leben** empfinde.

Bei Eintreten folgender Zustände sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr durchgeführt werden (gemäß Option C: Therapieziel = Linderung):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**In einer lebensbedrohlichen Situation soll gelten:**

Nur 1 Kreuz!

**Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung** (ÄNo B0)

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

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
**Keine Behandlung auf Intensivstation** (ÄNo B2)

Keine Nierenersatztherapie (Dialyse)

Keine künstliche Ernährung über z.B. Magensonde („PEG“) oder die Vene

Keine \_\_\_\_\_



**Es ist Aufgabe meines Vertreters, die aktuell gültige ÄNo (S. 7) und ggf. laufende Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung im zeitlichen Verlauf entsprechend meinen vorstehenden Festlegungen anzupassen!**

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

**C** Ausschließlich lindernde Maßnahmen.

**Dies soll auch gelten, wenn ich in den Augen anderer noch Freude am Leben habe!**

Laufende Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung sollen unter Inkaufnahme des dann möglicherweise eintretenden Todes abgebrochen werden, insbesondere auch die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit.

## Erläuterungen zum umseitigen Formulareil und Gesprächsabschnitt: Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit

### Was bedeutet „dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit“?

Ein Verlust der Einwilligungsfähigkeit besteht, wenn die Fähigkeit, Informationen aufzunehmen, ihre Bedeutung und Tragweite zu erkennen sowie darauf aufbauend Entscheidungen zu treffen, nicht vorhanden ist. Die Einwilligungsfähigkeit ist nicht entweder ganz gegeben oder gar nicht, sondern in Bezug auf die konkret zu treffende Entscheidung zu beurteilen. So kann dieselbe Person zur (einfachen) Behandlungsfrage X einwilligungsfähig sein, zur (schwierigeren) Behandlungsfrage Y aber nicht. Mit dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit ist hier ein Zustand gemeint, in dem die betroffene Person nach ärztlicher Einschätzung nicht mehr in der Lage ist, zur Frage potenziell lebensverlängernder Behandlungen eine informierte Entscheidung zu treffen.

Je nach den ursächlichen und ggf. weiteren (Begleit-) Erkrankungen kann der *körperliche* Zustand bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit variieren: von kaum eingeschränkt und mobil bis hin zur vollständigen Immobilität (Bettlägerigkeit) und umfassender Pflegebedürftigkeit.

Im Zustand der dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit können behandelbare akute Erkrankungen (z.B. Lungenentzündung, Herzinfarkt, Schlaganfall) oder Verschlimmerungen chronischer Krankheiten (z.B. Herz- oder Nierenschwäche, Schluckstörung bei Demenz) auftreten, die unbehandelt u.U. zum Tode führen. Die Behandlung solcher gesundheitlicher Krisen kann das Leben unter Umständen verlängern.

### Festlegung des aktuellen Patientenwillens durch den Vertreter (Option B)

Für manche Menschen ist die Vorstellung dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit gleich welcher Ursache entweder unerheblich für die Frage lebensverlängernder Therapie (→ **Option A**) oder aber allein ausschlaggebend (→ **Option C**), ungeachtet ihrer ansonsten dabei verbleibenden Lebensqualität.

Viele andere Menschen möchten dagegen ihre Entscheidung über lebensverlängernde Behandlung im Fall einer hinzukommenden gesundheitlichen Krise bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit zusätzlich davon abhängig machen, in welchem Zustand sie sich befinden und wie sie diesen dann erleben. Diese Möglichkeit ist in **Option B** gegeben, wodurch dem Vertreter ausdrücklich die Verantwortung übertragen wird, bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit anhand aktuell gegebener Kriterien zu prüfen, ob im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung eine lebensverlängernde Therapie noch im Sinne des Betroffenen ist oder nicht. Hierbei helfen unter Umständen die „Einstellungen“ (S. 3). Darüber hinaus wird die vorausplanende Person im Rahmen der BVP-Gesprächsbegleitung dazu ermutigt, zu überlegen und zu dokumentieren, woran Vertreter und Behandler konkret festmachen könnten, ob ein Wunsch nach lebensverlängernder Behandlung noch bzw. nicht mehr besteht.

Häufig wird als ein solches Kriterium die „Freude am Leben“ genannt, die daher umseitig angekreuzt werden kann. Zusätzlich oder alternativ besteht die Möglichkeit, in eigenen Worten einen Zustand zu beschreiben, ab dessen Eintreten das Ziel künftiger Therapie nicht mehr lebensverlängernd, sondern rein palliativ sein soll. Diese Festlegungen implizieren ausdrücklich, dass die genannten Kriterien nicht vom Betroffenen selbst (da dazu nicht mehr in der Lage), sondern von Dritten, nämlich dem Vertreter mit Unterstützung des interprofessionellen Teams sowie weiterer Vertrauenspersonen, zu bewerten sein werden. Soweit der Betroffene dann noch verwertbare Willensäußerungen machen kann, sind diese vom Vertreter in die Bewertung mit einzubeziehen.

Daneben besteht aber auch in Option B die Möglichkeit für die vorausplanende Person, einige besonders markante, von manchen als bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit zu belastend empfundene Maßnahmen kategorisch auszuschließen und die betreffenden Entscheidungen dem Vertreter somit schon im Vorfeld abzunehmen.

In jedem Fall obliegt es dem Vertreter, bei eingetretener dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit die **Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo, s. S. 7)** im Verlauf entsprechend der umseitig getroffenen Festlegungen und dem beobachteten Zustand der Person anzupassen.

**Informationen zur palliativmedizinischen Behandlung**

Wenn lebensverlängernde Behandlung nicht mehr medizinisch angezeigt (indiziert) ist oder vom Patienten gewollt wird, richtet sich die weitere Behandlung des interprofessionellen Teams auf die Linderung möglicher Beschwerden (palliative Therapie) wie Schmerzen, Luftnot, Angst und anderen. In seltenen Fällen kann es dabei durch die Gabe von Medikamenten zu einer geringen Verkürzung der Lebenszeit kommen. Dies wird jedoch in Kauf genommen, wenn die Medikamentengabe zu einer wirksamen Leidenslinderung erforderlich ist. Die Zufuhr von Nahrung oder Flüssigkeit durch Infusionen oder Sonden ist in der Sterbephase in der Regel nicht hilfreich, um Leiden zu lindern, oder wäre sogar kontraproduktiv. Ein etwaiges Durstgefühl kann meist durch das Befeuchten der Mundschleimhäute gelindert werden.

Ggf. persönliche Anmerkungen: \_\_\_\_\_

**Persönliche Hinweise**

Entscheidungsunfähigkeit bedeutet häufig auch, dass Vorlieben und Wünsche nicht mehr geäußert werden können, die für das tägliche Leben und auch für das Sterben u.U. von Bedeutung sind. Sie können an dieser Stelle mitteilen, was Ihnen besonders am Herzen liegt:

Wichtige Menschen: \_\_\_\_\_

Vorlieben (Tätigkeiten, Musik, Fernsehen, Nahrungsmittel, Gerichte, ...):

Abneigungen (Tätigkeiten, Musik, Fernsehen, Nahrungsmittel, Gerichte, ...):

Pflege, Berührung, Scham: \_\_\_\_\_

Religion, Spiritualität, Seelsorge: \_\_\_\_\_

Hospizliche Begleitung: \_\_\_\_\_

Wo wäre ein guter „letzter Ort“? \_\_\_\_\_

**Anderes / Anmerkungen / Ergänzungen:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### **Erläuterungen zum umseitigen Formulareil und Gesprächsabschnitt:**

#### **Informationen zur Schmerz- und Palliativtherapie**

Die hier wiedergegebenen Rahmeninformationen zur Schmerz- und Palliativtherapie sind streng genommen nicht Ausdruck des individuellen Patientenwillens, sondern ein medizinischer sowie medizin-ethischer und auch -rechtlicher Standard, der sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in Deutschland mehr und mehr durchgesetzt hat und der auch ohne Hervorhebung in einer Patientenverfügung Beachtung finden sollte.

Für viele Menschen, die über eine Patientenverfügung sprechen möchten, ist die Sorge vor einer unzureichenden Schmerz- und Palliativtherapie aber ein vordringliches Thema; daher findet sich die Information an dieser Stelle. Das Freitextfeld gibt der vorausplanenden Person Gelegenheit, den Text individuell zu kommentieren; auch ohne eine solche Kommentierung ist der Text gültig und verbindlich.

### **Erläuterungen zum umseitigen Formulareil und Gesprächsabschnitt:**

#### **Persönliche Hinweise**

Der Hauptfokus dieser Patientenverfügung liegt auf einer möglichst präzisen und detaillierten Erfassung

- der Einstellungen der vorausplanenden Person zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung,
- der sich daraus ergebenden Hinweise auf individuelle Therapieziele unter aktuellen und etwaigen künftigen Bedingungen sowie
- der damit korrespondierenden konkreten Festlegungen für typische medizinische Szenarien.

Dieser Fokus erklärt sich dadurch, dass die mangelnde Berücksichtigung von Wunsch und Wille aktuell nicht einwilligungsfähiger Patienten in der medizinischen Behandlung seit Jahrzehnten als besonders dringliches, in der Vergangenheit nicht erfolgreich gelöstes Problem wahrgenommen wird. Zudem ist dieser der persönlichen Vorstellungskraft in der Regel nicht ohne weiteres zugängliche Bereich in besonderer Weise auf eine Unterstützung durch die professionelle Gesprächsbegleitung angewiesen.

Das umseitige Blatt gibt darüber hinaus die Möglichkeit, auch für andere Bereiche vorauszuplanen, die pflegerische, seelische, soziale, spirituelle und / oder kulturelle Bedürfnisse und Belange im Zustand der Unfähigkeit, selbst zu entscheiden, betreffen. Dabei gilt es zu beachten, dass eine Vorausplanung in diesen sensitiven Bereichen nicht immer und in allen Fällen leicht möglich und für andere umsetzbar ist. Insbesondere die Erfüllung positiver Wünsche, etwa bezüglich des „letzten Ortes“, hängt nicht allein vom Selbstbestimmungsrecht der vorausplanenden Person, sondern auch von anderen Faktoren ab, nicht zuletzt von den Möglichkeiten der Menschen, die diese Wünsche erfüllen sollen.

Unter Beachtung dieser Überlegungen kann auch eine Vorausplanung für diese Bereiche für manche Menschen von großer Bedeutung sein.

# Unterschriften und Prozessdokumentation

**zugleich Dokumentation gem. § 9, Abs. 2 der Vereinbarung vom 13.12.17 zu § 132g SGB V**

Diese Patientenverfügung / Willensäußerung ist das Ergebnis

- in der Regel mindestens zweier Gespräche mit dem unterzeichnenden Gesprächsbegleiter (s.u.),
- ggf. der Erörterung mit den/dem unterzeichnenden Angehörigen/Bevollmächtigten/zukünftigen Betreuer,
- ggf. einer Beratung durch den unterzeichnenden (Haus-) Arzt.

**Weitere Dokumente der Vorausplanung (gem. o.g. Vereinbarung, § 9 Abs. 2):**

- Vorsorgevollmacht vom \_\_\_\_\_  Betreuungsverfügung vom \_\_\_\_\_
- Eine Kopie der Verfügung wurde dem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt (gem. § 8 Abs. 8)

**„Ich habe mir mein eigenes Urteil gebildet und meinen Willen frei verfügt. Über meine gesundheitliche Situation, soweit sie in diesem Zusammenhang von Bedeutung ist, bin ich ausreichend informiert.**

**Über die Folgen meiner Festlegungen bin ich mir im klaren – insbesondere darüber, dass die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen einen Verzicht auf die Chance bedeuten kann, länger zu leben.**

Mir ist bekannt, dass ich diese Verfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin. Diese Verfügung ist für jedermann verbindlich, insbesondere für den behandelnden (Haus-) Arzt und das Personal von Pflegedienst / Pflegeeinrichtung, Rettungsdienst, Krankenhaus sowie vergleichbarer Einrichtungen. Ich wünsche ausdrücklich, dass meine Verfügung bei Bedarf dort vorgelegt wird.“

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Handzeichen Verfasser

**„Ich / wir habe/n diese Verfügung mit dem Verfasser besprochen.**

**Ich / wir verstehe/n und respektiere/n die darin getroffenen Festlegungen.“**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Name und Stellung zum Verfasser,  
ggf. Vollmachtnehmer / als Betreuer vorgesehene Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**„Diese Patientenverfügung ist das Ergebnis mindestens zweier ausführlicher Gespräche.**

**Dabei habe ich die eigene Urteilsbildung und freie Willensäußerung des Verfassers nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt.“**

Datum des ersten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

Dauer: \_\_\_\_ min

Datum des zweiten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

Dauer: \_\_\_\_ min

Ggf. Daten und Dauern weiterer Gespräche: .....

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

\_\_\_\_\_  
Name des DiV-BVP-zertifizierten Gesprächsbegleiters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**„Ich bestätige, dass der Verfasser bezüglich dieser Festlegungen einwilligungsfähig ist und seine medizinische Situation sowie die Implikationen dieser Verfügung ausreichend verstanden hat. Die Festlegungen erscheinen aus heutiger Sicht medizinisch vertretbar.“**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift  
des / der DiV-BVP-zertifizierten (Haus-) Arztes / Ärztin

\_\_\_\_\_  
Stempel

Der Arzt / die Ärztin war an dem Prozess der Gesprächsbegleitung persönlich beteiligt (**Fallbesprechung** gem. § 8 Abs. 8 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V). Themen der Fallbesprechung: s. S. 3-16 dieses Dokuments.

## **Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“)** vom 29. Juli 2009 (Auszug)

### **§ 1901a Patientenverfügung**

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. [...]

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

### **§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens**

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend. [...]

### **§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen**

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist. [...]

# Aktualisierung und Fortschreibung

**in Verbindung mit einer erneuten Inanspruchnahme der Gesprächsbegleitung gem. § 8 Abs. 6 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V**

Diese Patientenverfügung bleibt auch ohne Aktualisierung dauerhaft gültig und bindend. Es wird jedoch empfohlen, diese Verfügung **bei jeder wesentlichen Veränderung** (z.B. bei Auftreten schwerer oder chronischer Erkrankungen, nach Krankenhausaufenthalten oder anderen einschneidenden Ereignissen), wenigstens aber alle 5 Jahre mit einem Gesprächsbegleiter zu erörtern, zu überprüfen, die Festlegungen ggf. anzupassen und diesen Prozess hier zu dokumentieren.

Datum des ersten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_, Dauer: \_\_\_\_ min

Ggf. Datum des zweiten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_, Dauer: \_\_\_\_ min

Ggf. Daten und Dauern weiterer Gespräche : .....

Ggf. weitere Beteiligte (Namen und Stellung zur vorausplanenden Person):

\_\_\_\_\_

*Ich habe diese Patientenverfügung mit dem unterzeichnenden Gesprächsbegleiter erneut besprochen und bestätige ihre Richtigkeit. Änderungen und Zusätze sind durch Datum und Handzeichen im Text gekennzeichnet.*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verfasser

\_\_\_\_\_  
Name des DiV-BVP-zertifizierten Gesprächsbegleiters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**„Ich bestätige, dass der / die Verfasser/in bezüglich dieser Festlegungen einwilligungsfähig ist und seine / ihre medizinische Situation sowie die Implikationen dieser Verfügung ausreichend verstanden hat und sie medizinisch vertretbar ist.“**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der DiV-BVP-zertifizierten (Haus-) Arztes / Ärztin

\_\_\_\_\_  
Stempel

Der Arzt / die Ärztin war an dem Prozess der Gesprächsbegleitung persönlich beteiligt (**Fallbesprechung** gem. § 8 Abs. 8 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V). Themen der Fallbesprechung: s. S. 3-16 dieses Dokuments.

## Anhang 2

### Muster DiV-BVP Vertreterdokumentation

# Vertreterdokumentation

**zugleich Dokumentation gemäß § 9 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V**

Feststellung der Behandlungswünsche und/oder des mutmaßlichen Willens einer auf unbestimmte Zeit oder dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Person für den Fall künftiger gesundheitlicher Krisen durch den Bevollmächtigten/Betreuer\* („Vertreter“) gem. § 1901a Abs. 2 Satz 1 BGB

**Name, Vorname der nicht einwilligungsfähigen Person:** \_\_\_\_\_ Adresse (ggf. Einrichtungsstempel): \_\_\_\_\_

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

**Name, Vorname des Vertreters (auch Ansprechpartner im Notfall):** \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ ausgewiesen durch: \_\_\_\_\_

Die o.g. Person ist aufgrund von \_\_\_\_\_

auf unbestimmte Zeit /  dauerhaft (nur eine der beiden Optionen ankreuzen) nicht einwilligungsfähig. In Ermangelung und/oder Ergänzung einer Patientenverfügung dient dieses Schriftstück der Vorausplanung pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen. Es soll den an der Behandlung beteiligten Fachkräften erleichtern, soweit als möglich im Sinne des Betroffenen zu handeln. Die Festlegungen erfolgen durch den unterzeichnenden Vertreter auf der Basis aller zur Verfügung stehender Informationen über den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen.

In der konkreten Entscheidungssituation ist nach Möglichkeit stets der Vertreter aktuell zu befragen, sofern der Betroffene zu der in Frage stehenden Entscheidung nicht selbst einwilligungsfähig ist. Häufig wird der Vertreter dann verfügbar und in der Lage sein, unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und in Rücksprache mit den behandelnden Ärzten im Sinne des Betroffenen zu entscheiden. Die in diesem Dokument zusammengetragenen Hinweise auf den (mutmaßlichen) Behandlungswillen können dabei u.U. eine Hilfe sein.

Solange der Vertreter jedoch nicht erreichbar ist, ist der hier dokumentierte (mutmaßliche) Behandlungswille für alle Beteiligten bindend, sofern in der akuten Situation keine konkreten Hinweise für eine andere Beurteilung des Willens des Betroffenen vorliegen (z.B. durch Vorlage einer bislang nicht bekannten Patientenverfügung).

## INHALT

- S. 3+5 Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben | Therapiezielfindung
- S. 7 Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo®)
- S. 9 Therapieziel bei künftiger chronischer Zustandsverschlechterung
- S. 11 Persönliche Hinweise
- S. 13 Unterschriften
- S. 15 Aktualisierung und Fortschreibung

**Hinweis: Eintragungen bitte nur auf den Vorderseiten (ungerade Seitenzahlen) vornehmen. Auf den Rückseiten finden sich erklärende Texte, die bei einer Faxübertragung u.U. nicht mitgesendet werden.**

Dieses Formular verwendet Fachsprache und sieht Festlegungen für komplexe künftige medizinische Szenarien vor. **Es wird dringend empfohlen, dieses Formular nur mit Unterstützung einer professionellen BVP-Gesprächsbegleitung durch eine nach den Standards der deutschen interprofessionellen Vereinigung Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP e.V.) zertifizierte Fachperson auszufüllen.** Andernfalls drohen Missverständnisse mit fatalen Folgen, etwa die Unterlassung einer Maßnahme im Notfall (mit Todesfolge), deren lebensrettende Durchführung gewollt gewesen wäre.

\* In diesem Text wird überwiegend die männliche Form verwendet, gemeint sind aber stets alle in Frage kommenden Personen.

## Hintergrund zur Vertreterdokumentation

### Wann ist eine Person „nicht einwilligungsfähig“ und was folgt daraus?

Um über die Durchführung oder Unterlassung medizinischer Behandlungen selbst entscheiden zu können, muss die betroffene Person einwilligungsfähig sein.

Einwilligungsfähigkeit beinhaltet, die entscheidungsrelevanten Informationen zu verstehen, sie auf die eigene Situation zu beziehen und mögliche Folgen verschiedener Handlungsoptionen abzuwägen sowie darauf aufbauend eine Entscheidung zu treffen. Einwilligungsfähigkeit bezieht sich auf eine konkrete Behandlungsentscheidung, ihre Beurteilung im Zweifelsfall ist ärztliche Aufgabe.

Einwilligungsfähigkeit kann krankheitsbedingt vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr gegeben sein. Dennoch bleiben die Wünsche des Betroffenen weiterhin maßgeblich. Sofern der Betroffene seine Behandlungsentscheidungen nicht in einer auf die vorliegende Situation unmittelbar zutreffenden Patientenverfügung vorab festgelegt hat, muss ein Vertreter den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen ermitteln und ihm zur Umsetzung verhelfen.

### Welche Vorteile hat die Dokumentation des Behandlungswillens für künftige Entscheidungen?

Im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit können gesundheitliche Krisen oder Verschlechterungen chronischer Erkrankungen auftreten (z.B. eine Lungenentzündung), die unbehandelt zum Tode führen. Auch die Grunderkrankung selbst (z.B. Demenz, Schlaganfall) kann fortschreiten und zu Komplikationen führen (z.B. Schluckstörung). In diesen Fällen müssen das Behandlungsziel geklärt und über konkrete Maßnahmen der Lebensverlängerung und / oder Linderung entschieden werden.

Die vorausschauende Ermittlung und Dokumentation des (mutmaßlichen) Behandlungswillens für künftige medizinische Entscheidungen ist aus folgenden Gründen sinnvoll:

- Es steht mehr Zeit für ein sorgfältiges Vorgehen unter größtmöglicher aktiver Einbeziehung des Betroffenen zur Verfügung, als wenn angesichts einer gesundheitlichen Krise bereits ein konkreter Handlungsdruck gegeben ist. Mit Unterstützung eines qualifizierten BVP-Gesprächsbegleiters werden schriftliche sowie frühere oder aktuelle mündliche und / oder körpersprachliche Äußerungen zusammengetragen. Dabei ist der Betroffene soweit möglich darin zu unterstützen, seinen Willen zum Ausdruck zu bringen. Wenn erforderlich und möglich werden weitere Personen hinzugezogen. Dies können z.B. Angehörige, professionelle Pflegende oder der Hausarzt sein, die hierfür relevante Beobachtungen und Einschätzungen beitragen. So wird dem individuellen Behandlungswillen des Betroffenen bestmöglich Rechnung getragen.
- Der Vertreter und ggf. (weitere) Vertrauenspersonen werden entlastet. Sie werden dabei unterstützt, den (mutmaßlichen) Behandlungswillen bestmöglich zu ermitteln, indem alle verfügbaren Informationen und Hinweise eingeholt und gemeinsam abgewogen werden. Konkrete Entscheidungen, die sonst häufig unter Zeitdruck und emotionaler Belastung getroffen werden müssen, erfolgen so auf der soliden Basis dieser Vorbereitung. Dies gilt insbesondere für die Vorausplanung des Vorgehens in Notfallsituationen.
- Auch die beteiligten Gesundheitsfachkräfte wie professionell Pflegende, Ärzte, Rettungsdienstmitarbeiter, Heilpädagogen und andere werden entlastet. Ist der Vertreter – etwa im Notfall – aktuell nicht verfügbar, haben sie mit der schriftlichen Dokumentation solange eine verlässliche Richtschnur für ihr Handeln, bis er erreicht und in weitere Entscheidungen einbezogen werden kann.
- Nicht zuletzt können hierdurch u.U. wertvolle Informationen über den (mutmaßlichen) Behandlungswillen für den Fall gesichert werden, dass der Vertreter vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr verfügbar ist (z.B. durch Krankheit oder Versterben). Langjährig vertraute Angehörige haben nicht selten sichere Kenntnisse oder Intuitionen über bestimmte Aspekte des (mutmaßlichen) Behandlungswillens, die fremden Betreuern zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr zugänglich wären.

# Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

## Standortbestimmung zur Therapiezielfindung

**Aktuelle Äußerungen** verbal und/oder nonverbal

**Patientenverfügung** Aussagen in einer Patientenverfügung

**Behandlungswünsche** frühere mündl. o. schriftl. Äußerungen, die Festlegungen für konkrete Situationen enthalten

**Mutmaßlicher Wille** Aufgrund konkreter Anhaltspunkte (verbale/nonverbale Äußerungen oder Einstellungen): „Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten (und woher wissen wir das)?“

**Welche Hinweise gibt es zu der Frage, wie gerne die vertretene Person lebt?**  
*Welche Bedeutung hat es für sie, (noch lange) weiter zu leben?*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

---

---

**Was ist bekannt darüber, was die Person über das Sterben denkt oder früher dachte?**  
*Wenn sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde, was würde das für sie bedeuten?*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

---

---

**Darf eine medizinische Behandlung aus Sicht der vertretenen Person dazu beitragen, ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wäre sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das bei ihr so? Was ist über Sorgen und Ängsten der vertretenen Person hinsichtlich medizinischer Behandlungen bekannt?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

---

---

---

---



**WICHTIG:** Bei Hinweisen auf veränderte Einstellungen ist diese Dokumentation zu aktualisieren!

nicht einwilligungsfähige Person: \_\_\_\_\_ Datum, Name u. Handzeichen des Vertreters: \_\_\_\_\_

**Erläuterungen zum umseitigen Formulareil und Gesprächsabschnitt:**

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

**Feststellung und Dokumentation des (mutmaßlichen) Behandlungswillens**

Zunächst prüft der Vertreter, ob der Betroffene bei entsprechender Unterstützung (z.B. durch Verwendung leichter Sprache) in der Lage ist, seinen Willen aktuell zu bilden und zu äußern. Ist dies nicht möglich, prüft der Vertreter, ob eine wirksame **Patientenverfügung** vorliegt, der Hinweise oder konkrete Festlegungen für die aktuelle Situation zu entnehmen sind. Zudem sind vormals mündlich oder schriftlich geäußerte **Behandlungswünsche** zu ermitteln. Dazu sind ggf. Vertrauenspersonen, Pflegende oder Ärzte zu befragen. Ferner sind Hinweise auf den **(mutmaßlichen) Willen** des Betroffenen aus aktuellen und/oder früheren Quellen zusammenzutragen. Dabei ist der Betroffene durch Gespräche bzw. durch Beobachtung seines verbalen und nonverbalen Ausdrucks einzubeziehen, soweit dies möglich ist.

**Aus der Dokumentation soll durch Ankreuzen in der linken Spalte nachvollziehbar hervorgehen, welche Äußerung aus welcher Quelle stammt!**

Aufgabe des Vertreters ist es, aufgrund der so zusammengetragenen Informationen bestmöglich zu ermitteln, welche Therapieziele der Betroffene im Fall künftiger gesundheitlicher Krisen mutmaßlich festlegen und welche medizinischen Maßnahmen er zur Erreichung dieser Therapieziele wünschen oder ausschließen würde.

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens ist auch das physische und psychische Befinden des Betroffenen zu berücksichtigen, soweit seine verbalen und / oder nonverbalen Äußerungen Rückschlüsse darauf erlauben. Mögliche medizinische Maßnahmen, die im Fall lebensbedrohlicher Krisen zum Einsatz kommen könnten, sind daraufhin zu prüfen, welchen möglichen Nutzen sie für die betroffene Person bieten und welchen möglichen Schaden sie für die Person zur Folge haben können. Hierzu bietet eine Fallbesprechung mit dem Vertreter, dem medizinisch-pflegerischen Team sowie ggf. weiteren Fachleuten und Vertrauenspersonen des Betroffenen einen bewährten Rahmen. Auf dieser Grundlage können dann künftige Behandlungsentscheidungen im Sinne des Betroffenen vorbereitet bzw. im Voraus getroffen werden. Solche Fallbesprechungen eignen sich auch für die Bewertung schwer vereinbarer oder widersprüchlicher Informationen aus den vorhandenen Quellen.

**Ist der hier dokumentierte (mutmaßliche) Behandlungswille bindend?**

In der konkreten Situation ermittelt der Vertreter, sofern der Betroffene nicht einwilligungsfähig ist, den Behandlungswillen nach Möglichkeit aktuell und im Gespräch mit dem behandelnden Arzt gemäß § 1901b Abs. 1 BGB. Der Vertreter kann dabei auf die im Rahmen eines sorgfältigen Gesprächsprozesses erarbeiteten, hier dokumentierten Hinweise auf den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen zurückgreifen.

**Ist der Vertreter nicht erreichbar, während dringliche Behandlungsentscheidungen getroffen werden müssen, so ist der hier vom Vertreter dokumentierte (mutmaßliche) Behandlungswille des Betroffenen für alle Beteiligten bindend**, sofern in der akuten Situation keine konkreten Hinweise für eine andere Beurteilung des Willens des Betroffenen vorliegen (z.B. durch Vorlage einer bislang nicht bekannten Patientenverfügung).

# Fortsetzungen Einstellungen

**Aktuelle Äußerungen** verbal und/oder nonverbal

**Patientenverfügung** Aussagen in einer Patientenverfügung

**Behandlungswünsche** frühere mündl. o. schriftl. Äußerungen, die Festlegungen für konkrete Situationen enthalten

**Mutmaßlicher Wille** Aufgrund konkreter Anhaltspunkte (verbale/nonverbale Äußerungen oder Einstellungen): „Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten (und woher wissen wir das)?“

**Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten die vertretene Person nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollte?** Warum ist das bei ihr so? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen bei ihr oder anderen Personen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gibt es religiöse, spirituelle oder persönliche Überzeugungen oder kulturelle Hintergründe, die der vertretenen Person in diesem Zusammenhang wichtig sind?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

**(Weitere) Anmerkungen zu Einstellungen zum Leben, schwerer Krankheit und Sterben; hier ggf. auch offene Benennung von Ambivalenzen oder Widersprüchlichkeiten, Unsicherheiten und offenen Fragen:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Meinseite

# Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name, Vorname der nicht einwilligungsfähigen Person:

Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung

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

Vertreter, Telefon: \_\_\_\_\_

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei der oben genannten, **nicht einwilligungsfähigen** Person:

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

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch vertretbar**

**A** **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich des Versuchs einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

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

**B0** **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**  
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

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

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

**B3** **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**  
**Keine invasive (Tubus-) Beatmung**  
**Keine Behandlung auf Intensivstation**  
**Keine Mitnahme ins Krankenhaus**  
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

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

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

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

„Diese ÄNo berücksichtigt den (mutmaßlichen) Behandlungswillen der o.g. Person und die medizinische Vertretbarkeit.“

\* Ein Krisenplan wurde erstellt.

Unterschrift und Stempel des DiV-BVP-zertifizierten Arztes

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

„Diese ÄNo berücksichtigt den (mutmaßlichen) Behandlungswillen der o.g. Person.“

Ggf. Unterschrift und NAME des Vertreters

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und NAME des DiV-BVP-zertifizierten BVP-Gesprächsbelegers



Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht in Übereinstimmung mit dem (mutmaßlichen) Patientenwillen aus gegebenem Anlass, z.B. einer Operation oder intensivmedizinischen Behandlung, eine abweichende Regelung vereinbart wird.

## Erläuterungen zum umseitigen Formularteil und Gesprächsabschnitt: Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

### Funktion der Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Diese **Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)** erlaubt es,

- den akutmedizinischen Standard (= Beginn potenziell lebensrettender Therapie mit allen ärztlich vertretbaren Mitteln) individuell zu bestätigen (Option A),
- die Mittel lebensrettender Maßnahmen individuell einzuschränken (Optionen B0-B3) **oder**
- jegliche Maßnahme mit dem Therapieziel der Lebensrettung / Lebensverlängerung **auszuschließen** zugunsten eines rein palliativen Therapieziels (Option C).

Maßnahmen, die von ärztlicher Seite angesichts bestehender Vorerkrankungen bzw. Einschränkungen **aufgrund fehlender Erfolgsaussicht als medizinisch nicht vertretbar** eingestuft werden, sollen im Einverständnis mit dem Vertreter ausgeschlossen werden.

### Erläuterungen zum Gesprächsprozess

- Der unterzeichnende Vertreter hat in einem ausführlichen Gesprächsprozess mit einem zertifizierten BVP-Gesprächsbegleiter über die Chancen und Risiken von **Behandlungsmaßnahmen im Notfall** und den (mutmaßlichen) Behandlungswillen bzw. die (mutmaßlichen) **Behandlungswünsche** der vertretenen Person gesprochen. Hierbei wurde der Vertreter dazu **befähigt**, die umseitig genannten Optionen zu verstehen und im Sinne des Betroffenen abzuwägen. Der **Betroffene** wurde dabei soweit möglich und zumutbar aktiv einbezogen.

### Geltung und Geltungsbereich

- Die **Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)** ist der notfallmedizinisch relevante Teil dieser Vertreterdokumentation. Die hier getroffene **Festlegung** ist nicht an (z.B. prognostische) Bedingungen geknüpft und gilt ohne zeitliche Begrenzung.
- Durch die Unterschriften von Vertreter, BVP-Gesprächsbegleiter und BVP-zertifiziertem Arzt wird bestätigt, dass die hier getroffene **Festlegung** im vollen Verständnis ihrer medizinischen Implikationen erfolgt ist und den (mutmaßlichen) Willen der genannten nicht einwilligungsfähigen Person für den Fall einer akuten lebensbedrohlichen Krise angemessen reflektiert.
- Diese **ÄNo** ist daher – **wenn eindeutig ausgefüllt** – **für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich**, sofern die genannte Person **nicht selbst einwilligungsfähig** ist und in der aktuellen Situation keine konkreten Hinweise auf einen **von dieser Festlegung abweichenden Behandlungswillen** vorliegen.
- Zur **Klärung anderer**, über die umseitig skizzierten Notfälle hinausreichende Behandlungsfragen (u.a. hinsichtlich **Dauer** und Grenzen einer einmal begonnenen lebensverlängernden Therapie) ist der Vertreter zu **konsultieren**, der nötigenfalls auf die ausführliche Vertreterdokumentation zurückgreifen kann.

### **Ausschluss stationärer Behandlung sowie ambulanter Krisenplan in den Optionen B3 und C**

- Der **umseitige Ausschluss einer stationären Behandlung** (B3, C) bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem **Ziel der Lebensverlängerung**. Eine stationäre Einweisung mit dem Ziel der **Linderung (Palliation)** ist hiervon unberührt stets zulässig, wenn dieses Ziel ambulant nicht erreicht werden kann.
- Bei Vorliegen eines Krisenplans / Notfallplans sind die dort hinterlegten Hinweise zu befolgen.

### Hinweise zur Umsetzung

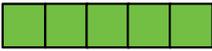
**Bitte überprüfen Sie vor der Befolgung dieser Anordnung:**

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

# Therapieziel bei künftiger chronischer Zustandsverschlechterung

Hinweise auf den (mutmaßlichen) Behandlungswillen der vertretenen Person für den Fall einer künftigen chronischen Zustandsverschlechterung lassen sich aktuell **nicht** ermitteln. Für eine entsprechende Vorausplanung fehlt damit die Grundlage. Daher soll künftig situativ nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne der vertretenen Person entschieden werden.

**THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch vertretbar**

**A**  Lebensverlängernde Behandlung ohne Einschränkungen durchführen (übereinstimmend mit Option A in der ÄNo)

**THERAPIEZIEL = abhängig von der Ermittlung des Patientenwillens durch den Vertreter**

**B**  Es finden sich tragfähige, in den Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben (S. 3 und 5) dokumentierte Hinweise auf den (mutmaßlichen) Behandlungswillen der vertretenen Person, die folgende konkrete Voraus-Festlegung rechtfertigen:

Bei künftigem Eintreten folgender chronischer, d.h. ohne Aussicht auf Besserung bleibender Zustandsverschlechterung (*bitte zutreffende Optionen ankreuzen*):

- Nahrung / Flüssigkeit können dauerhaft nicht mehr ausreichend geschluckt werden
- andere künftige chronische Zustandsverschlechterung (*bitte möglichst konkret und anschaulich beschreiben*):

---



---

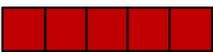


---

soll die weitere Behandlung konsequent einem **ausschließlich palliativen Therapieziel** folgen sowie bei Bedarf palliative und hospizliche Möglichkeiten der Hilfe im Sterben ausschöpfen.

**! Vorher begonnene Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung sollen dann – unter Inkaufnahme des in der Folge eintretenden Todes – beendet, jegliche Maßnahmen der Lebensverlängerung einschließlich der künstlichen Gabe von Flüssigkeit und Ernährung unterlassen und die bisherige ÄNo (S. 7) entsprechend angepasst werden (= Option C).**

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

**C**  Die vertretene Person befindet sich **bereits jetzt** in einem Zustand, in dem lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr durchgeführt bzw. abgebrochen werden sollen (= ÄNo Option C).

## Erläuterungen zum umseitigen Formularteil und Gesprächsabschnitt: Therapieziel bei künftiger chronischer Zustandsverschlechterung

### Welche Aussage macht diese Festlegung gegenüber der ÄNo?

In der *Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo)* wird ein Vorgehen gemäß dem (mutmaßlichen) Behandlungswillen der vertretenen Person festgelegt, das sich auf gesundheitliche Krisen bezieht, die aus dem aktuell gegebenem Zustand heraus auftreten.

Auf dem umseitigen Bogen zum *Therapieziel bei künftiger chronischer Verschlechterung* wird darüber hinaus dokumentiert, was schon heute über den Behandlungswillen der vertretenen Person bekannt ist und / oder eruiert werden kann für den Fall, dass ihr Zustand sich gegenüber dem aktuellen Stand chronisch verschlechtert. Das ist u.U. besonders dann relevant, wenn die vertretene Person sich aktuell in einem relativ guten Zustand befindet und nach der in der ÄNo festgelegten Einschätzung des Vertreters bei gesundheitlichen Krisen offensiv mit dem Ziel der Lebensverlängerung behandelt werden möchte.

Chronische Zustandsverschlechterungen der Betroffenen (z.B. eine demenziell bedingte Schluckstörung) und die dann anstehenden Entscheidungen (z.B. Magensonde) werden von Vertretern häufig als emotional belastend erlebt und sind oft unter Zeitdruck zu treffen. Solche Situationen können im Voraus mit der Unterstützung qualifizierter Gesprächsbegleitung im Sinne der vertretenen Person bedacht und erörtert werden. Weitere Schritte sowie ggf. palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen und Unterstützungsangebote können in Ruhe geplant werden. Dies kann dazu beitragen, dass die vertretene Person auch dann so behandelt wird, wie sie es (mutmaßlich) wünschen würde, und darüber hinaus den Vertreter und auch pflegende und betreuende Personen erheblich entlasten.

### Was können künftige Zustandsverschlechterungen bei bestehender Einwilligungsunfähigkeit sein?

Eine anhaltende bzw. dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit kann zunächst mit relativ gutem Befinden einhergehen hinsichtlich Mobilität, Selbständigkeit, Kommunikation, Stimmung und Interaktion mit anderen (oder allgemein: sozialer Teilhabe). Dieses relativ gute Befinden kann sich durch Fortschreiten von Begleiterkrankungen (wie Herzschwäche, Lungenemphysem oder Polyarthrose) oder auch der kognitiv beeinträchtigenden Grunderkrankung (wie Demenz oder Schlaganfälle) kontinuierlich verschlechtern mit der Folge, dass immer immer mehr Belastungen hinzukommen und weniger soziale Teilhabe möglich wird.

### Was bedeuten die drei umseitigen Optionen A bis C?

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen ist davon auszugehen, dass der Betroffene

- Option A:** bis an das Lebensende alle medizinisch möglichen und vertretbaren Maßnahmen mit dem Ziel der Lebensverlängerung durchführen lassen möchte (jetzt und künftig ÄNo A)
- Option B:** unter bestimmten, hier konkret beschriebenen Umständen eine Therapiezieländerung hin zu ausschließlich lindernder (palliativer) Behandlung wünscht (jetzt ÄNo A-B3, künftig ÄNo C)
- Option C:** sich bereits jetzt in einem Zustand befindet, in dem er eine rein lindernde (palliative) Behandlung wünscht (jetzt und künftig ÄNo C)

### Abbruch von bisher durchgeführten medizinischen Behandlungen

Wenn Situationen eintreten, in denen davon auszugehen ist, dass die Ausrichtung jeglicher Behandlung auf ein rein linderndes Therapieziel dem (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen entspricht, so sind auch bisher durchgeführte lebensverlängernde Behandlungen wie z.B. eine künstliche Ernährung oder Dialyse zu beenden und in der Folge das Sterben zuzulassen. Dabei sollen Beschwerden gelindert werden und eine Begleitung gemäß den Wünschen des Betroffenen erfolgen. Die ÄNo ist dann entsprechend anzupassen (→ ÄNo C).

**Informationen zur palliativmedizinischen Behandlung**

Wenn lebensverlängernde Behandlung nicht mehr medizinisch angezeigt (indiziert) ist oder vom Patienten gewollt wird, richtet sich die weitere Behandlung des interprofessionellen Teams auf die Linderung möglicher Beschwerden wie Schmerzen, Luftnot, Angst und anderen (palliativmedizinische Behandlung und Begleitung). In seltenen Fällen kann es dabei durch die Gabe von Medikamenten zu einer geringen Verkürzung der Lebenszeit kommen. Dies wird jedoch in Kauf genommen, wenn die Medikamentengabe zu einer wirksamen Leidenslinderung erforderlich ist. Die Zufuhr von Nahrung oder Flüssigkeit durch Infusionen oder Sonden ist in der Sterbephase in der Regel nicht hilfreich, um Leiden zu lindern, sie kann unter Umständen sogar das Leiden verschlimmern. Ein etwaiges Durstgefühl kann meist durch das Befeuchten der Mundschleimhäute gelindert werden.

Ggf. persönliche Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Persönliche Hinweise**

Entscheidungsunfähigkeit bedeutet häufig auch, dass Vorlieben und Wünsche nicht mehr geäußert werden können, die für das tägliche Leben und auch für das Sterben u.U. von Bedeutung sind. Sie können an dieser Stelle mitteilen, was der vertretenen Person besonders am Herzen liegt:

Wichtige Menschen: \_\_\_\_\_

Vorlieben (Tätigkeiten, Musik, Fernsehen, Nahrungsmittel, Gerichte, ...):  
 \_\_\_\_\_

Abneigungen (Tätigkeiten, Musik, Fernsehen, Nahrungsmittel, Gerichte, ...):  
 \_\_\_\_\_

Pflege, Berührung, Scham: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Religion, Spiritualität, Seelsorge: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hospizliche Begleitung: \_\_\_\_\_

Wo wäre ein guter „letzter Ort“? \_\_\_\_\_

**Anderes / Anmerkungen / Ergänzungen:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Erläuterungen zum umseitigen Formularteil und Gesprächsabschnitt: Informationen zur palliativmedizinischen Behandlung

Die hier wiedergegebenen Rahmeninformationen zur Schmerz- und Palliativtherapie sind streng genommen nicht Ausdruck des individuellen Patientenwillens, sondern ein medizinischer sowie medizin-ethischer und auch -rechtlicher Standard, der sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in Deutschland mehr und mehr durchgesetzt hat und der auch ohne Hervorhebung in einer Vertreterdokumentation Beachtung finden sollte.

Für viele Menschen, die über eine Vertreterdokumentation sprechen möchten, ist die Sorge vor einer unzureichenden Behandlung von Schmerzen und weiterer belastender Beschwerden aber ein vordringliches Thema; daher findet sich die Information zu palliativmedizinischen und -pflegerischen Angeboten an dieser Stelle. Das Freitextfeld gibt der vorausplanenden Person Gelegenheit, den Text individuell zu kommentieren; auch ohne eine solche Kommentierung ist der Text gültig und verbindlich.

### Erläuterungen zum umseitigen Formularteil und Gesprächsabschnitt: Persönliche Hinweise

Der Hauptfokus dieser Vertreterdokumentation liegt auf einer möglichst präzisen und detaillierten Erfassung

- der Einstellungen der vertretenen Person zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung,
- der sich daraus ergebenden Hinweise auf individuelle Therapieziele unter aktuellen und etwaigen künftigen Bedingungen sowie
- der damit korrespondierenden konkreten Festlegungen für typische medizinische Szenarien.

Das umseitige Blatt gibt darüber hinaus die Möglichkeit, auch für andere Bereiche vorauszuplanen. Diese betreffen die pflegerischen, seelischen, sozialen, spirituellen und / oder kulturellen Bedürfnisse und Belange im Zustand der anhaltenden oder dauerhaften Unfähigkeit, selbst zu entscheiden. Dabei gilt es zu beachten, dass eine Vorausplanung in diesen sensitiven Bereichen nicht immer und in allen Fällen leicht möglich und für andere umsetzbar ist. Insbesondere die Erfüllung positiver Wünsche, etwa bezüglich des „letzten Ortes“, hängt nicht allein vom Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person, sondern auch von anderen Faktoren ab. Zu berücksichtigen sind dabei nicht zuletzt die Möglichkeiten der Menschen, die diese Wünsche erfüllen sollen.

Unter Beachtung dieser Überlegungen kann auch eine Vorausplanung für diese Bereiche für manche Menschen von großer Bedeutung sein.

# Unterschriften und Prozessdokumentation

zugleich Dokumentation gem. § 9 Abs. 2 der Vereinbarung vom 13.12.17 zu § 132g SGB V

Weitere Dokumente der Vorausplanung (gem. o.g. Vereinbarung, § 9 Abs. 2):

- Vorsorgevollmacht vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Patientenverfügung vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Eine Kopie der Verfügung wurde dem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt (gem. § 8 Abs. 8)
- Betreuungsverfügung vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

„Ich habe den (mutmaßlichen) Behandlungswillen der von mir vertretenen Person nach bestem Wissen und Gewissen ermittelt. Über die gesundheitliche Situation der vertretenen Person bin ich ausreichend informiert. Über die Folgen der hier dokumentierten Festlegungen bin ich mir im Klaren – insbesondere darüber, dass die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen einen Verzicht auf die Chance bedeuten kann, länger zu leben. Die hier dokumentierten Festlegungen sind für jedermann verbindlich.“

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Vertreters (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Handzeichen des Vertreters

Optional: „Ich habe diese Festlegungen mit dem Vertreter erörtert. Ich verstehe und respektiere die darin getroffenen Festlegungen.“

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

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

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

Name und Stellung zur vertretenen Person

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift der Vertrauensperson(en)

„Diese Vertreterdokumentation ist das Ergebnis eines sorgfältigen, umfassenden Gesprächsprozesses. Dabei habe ich die Ermittlung des (mutmaßlichen) Behandlungswillens der vertretenen Person durch den Vertreter nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Der Vertreter hat sich durch eine gültige Bescheinigung (Vorsorgevollmacht / Betreuungsurkunde) ausgewiesen.“

Datum des ersten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

Dauer: \_\_\_\_ min

Datum des zweiten Gesprächs: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

Dauer: \_\_\_\_ min

Ggf. Daten und Dauern weiterer Gespräche: .....

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

\_\_\_\_\_  
Name des DiV-BVP-zertifizierten BVP-Gesprächsbegleiters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

„Ich bestätige, dass der Vertreter die Implikationen der hier getroffenen Festlegungen für die vertretene Person verstanden hat. Diese Festlegungen berücksichtigen den (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen und die medizinische Vertretbarkeit.“

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift  
des DiV-BVP-zertifizierten (Haus-) Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel

Der Arzt / die Ärztin war an dem Prozess der Gesprächsbegleitung persönlich beteiligt (Fallbesprechung gem. § 8 Abs. 8 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V). Themen der Fallbesprechung: s. S. 3-9 dieses Dokuments.

## Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“) vom 29. Juli 2009 (Auszug)

### § 1901a Patientenverfügung

- (1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.
- (2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.
- (4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. [...]
- (5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

### § 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

- (1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.
- (2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend. [...]

### § 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
- (2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.
- (4) Eine Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist. [...]

# Aktualisierung und Fortschreibung

**in Verbindung mit einer erneuten Inanspruchnahme der Gesprächsbegleitung gem. § 8 Abs. 6 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V**

Diese Festlegung bleibt auch ohne Aktualisierung dauerhaft gültig und bindend. Es wird jedoch empfohlen, diese Dokumentation **bei jeder wesentlichen Veränderung** des Gesundheitszustandes (z.B. bei Auftreten schwerer Erkrankungen oder nach Krankenhausaufenthalten), bei Wechsel des Vertreters, **wenigstens aber alle 2 Jahre** zwischen Betroffenen und/oder Vertreter und BVP-Gesprächsbegleiter zu erörtern, zu überprüfen, die Festlegungen ggf. anzupassen und diesen Prozess hier zu dokumentieren.

Datum des ersten Gesprächs: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ min

Ggf. Daten und Dauern weiterer Gespräche : .....

Ggf. weitere Beteiligte (Namen und Stellung zur vorausplanenden Person):

\_\_\_\_\_  
*Ich habe diese Vertreterdokumentation des (mutmaßlichen) Behandlungswillens der von mir vertretenen Person mit dem unterzeichnenden Gesprächsbegleiter erneut **besprochen und bestätige ihre Richtigkeit.** Änderungen und Zusätze sind durch Datum und Handzeichen im Text gekennzeichnet.*

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
 Unterschrift Vertreter

\_\_\_\_\_  
 Name des DiV-BVP-zertifizierten Gesprächsbegleiters Unterschrift

**„Ich bestätige, dass der Vertreter die Implikationen der hier getroffenen Festlegungen für die vertretene Person verstanden hat. Diese Festlegungen berücksichtigen den (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen und die medizinische Vertretbarkeit.“**

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des DiV-BVP-zertifizierten (Haus-) Arztes Stempel

Der Arzt / die Ärztin war an dem Prozess der Gesprächsbegleitung persönlich beteiligt (**Fallbesprechung** gem. § 8 Abs. 8 der Vereinbarung vom 13.12.2017 zu § 132g SGB V). Themen der Fallbesprechung: s. S. 3-9 dieses Dokuments.

Meinseite

## Anhang 3

Standard 'Behandlung im Voraus planen - Gesundheitliche  
Versorgungsplanung nach § 132g SGB V' der Seniorenhaus GmbH  
der Cellitinnen zur hl. Maria

## **Behandlung im Voraus planen - Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V**

Pflegeeinrichtungen können nach § 132g SGB V ihren gesetzlich versicherten Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Die gesundheitliche Versorgungsplanung lehnt sich an das internationale Konzept des „Advance Care Planning“ (ACP) an. In Deutschland hat sich der Begriff „Behandlung im Voraus planen“ (BVP) etabliert. Primäres Ziel von BVP ist die Übereinstimmung medizinischer Behandlung mit den persönlichen Behandlungspräferenzen in Situationen, in denen der Betroffene aktuell nicht (mehr) einwilligungsfähig ist.

In einer qualifizierten Gesprächsbegleitung versucht der Gesprächsbegleiter dem Bewohner mögliche zukünftige Behandlungsszenarien zu verdeutlichen und mit ihm sein individuelles Therapieziel herauszuarbeiten. Das Ergebnis ist eine aussagekräftige Patientenverfügung (PV), die in möglichst vielen Behandlungsszenarien Gültigkeit hat. In diesen Prozess werden die für den Betroffenen bedeutsamen An-/Zugehörigen, die rechtlichen Vertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer) und die Hausärzte einbezogen. Bei Bewohnern, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, kann mit dem gesetzlichen Vertreter innerhalb einer Gesprächsbegleitung eine Vertreterdokumentation (VD) erstellt werden, die den Willen bzw. den mutmaßlichen Willen des Bewohners wiedergibt.

Bereits zu einem früheren Zeitpunkt erstellte konventionelle Patientenverfügungen sind bei einer Vertreterdokumentation selbstverständlich weiterhin relevant und zu beachten.

Bei einer Patientenverfügung ist mit dem Bewohner zu klären, ob die vorherige PV vernichtet oder mit der Information zur aktualisierten BVP versehen wird.

### **Ziele**

- Jeder gesetzlich versicherte Bewohner bzw. sein gesetzlicher Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter erhält ein Gesprächsangebot nach dem Standard des DiV-BVP<sup>1</sup>.
- Der Umgang mit Patientenverfügungen in den Seniorenhäusern ist eindeutig geregelt.

### **Gesprächsangebot**

Der Gesprächsbegleiter bietet jedem gesetzlich versicherten Bewohner im Seniorenhaus eine Gesprächsbegleitung an. Wenn der Bewohner selbst nicht mehr einwilligungsfähig ist, erhält der gesetzliche Vertreter das Gesprächsangebot. Verantwortlich für das Gesprächsangebot ist der Gesprächsbegleiter, der den Zeitpunkt mit der BL Pflege & SKB oder der WBL bespricht (Stand der Eingewöhnung, Bedürfnisse des Bewohners).

Das Formular „Erstinformation BVP“ wird dem Bewohner bzw. dem gesetzlichen Vertreter im Rahmen des Einzugsgespräches überreicht.

<sup>1</sup> Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus planen

<b>Erstellung:</b>	<b>Version:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Freigabe:</b>	<b>Seite:</b>
BVP Projekthäuser	1.0	18.11.2019	Siehe Inhaltsverzeichnis	1 von 3

So früh als möglich, spätestens nach 6 Wochen erhält der neue Bewohner durch den Gesprächsbegleiter das Gesprächsangebot, angepasst an den Stand der Eingewöhnung und den Bedürfnissen des Bewohners. Bei diesem Erstkontakt erhält der Bewohner bei Interesse die Broschüre „Behandlung im Voraus planen – ein neues Konzept zur Vorsorge für den Fall schwerer Erkrankungen“. Zur Vorbereitung auf das Gespräch zur Erstellung einer Vertreterdokumentation erhält der gesetzliche Vertreter die Broschüre wahlweise als Druckversion oder per Mail als PDF-Dokument.

### **BVP-Dokumentation**

Die BVP-Dokumentation besteht aus 19 Seiten, wobei in der PV die Seiten 3, 7, 9 und 13 die relevanten Informationen für die Behandlungseinwilligungen enthalten. Die übrigen Seiten enthalten ggf. die weiteren Wünsche des Vorausplanenden, die Unterschriften der Beteiligten und dienen der Erläuterung. Bezüglich der Behandlungspräferenzen ist vor allem die Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNO) zu nennen. Hier ist die Bewohnerentscheidung dokumentiert, welche Behandlung der Bewohner im Notfall (im Falle einer Nichteinwilligungsfähigkeit) wünscht. Hierzu gehört die wichtige Frage, ob der Bewohner reanimiert werden möchte.

### **Ablage der Patientenverfügungen/Vertreterdokumentationen**

Auf dem Stammbblatt des Bewohners ist vermerkt, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Bei vorliegender Dokumentation nach BVP ist dies entsprechend vermerkt („Patientenverfügung BVP“ oder „Patientenverfügung BVP Vertreterdokumentation“).

Die PV/VD sind in der Pflegedokumentationsmappe des jeweiligen Bewohners in einer Klarsichthülle hinterlegt (unter dem Abschnitt ‚Dokumente‘ an erster Stelle), so dass im Notfall der Mitarbeiter sofort weiß, an welcher Stelle der Dokumentation die PV/VD zu finden ist. In der Dokumentation ist eine Farbkopie (mit der Kennzeichnung „Kopie“) hinterlegt. Das Original bleibt beim Bewohner bzw. gesetzlichen Vertreter.

WICHTIG: Falls der Bewohner bislang noch keinen gesetzlichen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) hat, ist es sinnvoll, die Bedeutung der Stellvertretung im Rahmen des Beratungsgesprächs zu verdeutlichen, mit dem Ziel, dass der Bewohner dann parallel zu der Erstellung der BVP-Dokumentation auch eine Person seines Vertrauens zum Bevollmächtigten ernennt. Im Anwendungsfall einer Patientenverfügung kommt dem Vertreter die entscheidende Bedeutung zu, gegenüber den Ärzten das Sprachrohr für den Bewohner zu sein und seinem Willen entsprechend Ausdruck zu verleihen. Die Vollmacht/Betreuungsurkunde wird ebenfalls unter dem Abschnitt Dokumente aufbewahrt.

Sofern die Dokumentation über eine Pflegesoftware erfolgt, ist der Hinweis auf das Vorhandensein einer PV/VD ebenfalls auf dem Stammbblatt enthalten. Die Farbkopie befindet sich in der Bewohnerakte.

### **Verhalten im akuten Notfall**

#### **Situation A: Herzstillstand**

Bei einem akut auftretenden Herzstillstand von Bewohnern, die für sich eine Reanimation ausgeschlossen haben, **darf** keine Reanimation durchgeführt werden

Erstellung:	Version:	Datum:	Freigabe:	Seite:
BVP Projekthäuser	1.0	18.11.2019	Siehe Inhaltsverzeichnis	2 von 3

(vorweggenommene Nicht-Einwilligung!). Stattdessen steht eine möglichst würdevolle Begleitung der Sterbesituation an. Der Hausarzt bzw. der Bereitschaftsarzt wird gerufen. Das Auslösen eines Notrufs (112) ist in der Regel nicht angezeigt.

### **Situation B: sonstige akute schwere Krise**

Bei Bewohnern, die für sich ausschließlich palliative Behandlungsmaßnahmen wünschen, ist im Falle einer akut auftretenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krisensituation (z.B. Schlaganfall mit unmittelbar palliativmedizinischem Handlungsbedarf, Krampfanfall) unverzüglich ein Arzt zu rufen. In der Regel geschieht dies am schnellsten über den Notruf (112). In diesem Fall ist es wichtig, dem Telefonisten der Rettungsleitstelle unmittelbar mitzuteilen, dass es sich um eine Notfallsituation in einem palliativen Kontext handelt. Gleichzeitig ist der gesetzliche Vertreter zu kontaktieren, der – wenn erreichbar – letztlich über das weitere Vorgehen zu entscheiden hat.

Die Bewohnerdokumentation/Bewohnerakte wird umgehend geholt und eingesehen. Dem Notarzt bzw. Rettungssanitätern wird die Patientenverfügung bzw. Vertreterdokumentation zur sofortigen Information gegeben, um sicherzustellen, dass der Behandlungswille des Bewohners berücksichtigt wird.

In Mitarbeiterbesprechungen/Übergaben müssen Änderungen bzw. die Erstellung von Patientenverfügungen/Vertreterdokumentationen mitgeteilt werden, so dass neben der schriftlichen Dokumentation auch eine mündliche Informationsweitergabe erfolgt.

### **Transfer ins Krankenhaus**

Eine Kopie der PV/VD wird mit den üblichen Unterlagen dem Rettungsdienst mitgegeben oder ggf. per Fax ins Krankenhaus geschickt.

### **Gesetzliche Anforderungen zur Auswertung/Statistiken**

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass neben den Willensäußerungen in der PV/VD der gesamte Beratungsprozess inkl. benötigter Zeiten, ggf. auch der Abbruch des Prozesses dokumentiert wird. Dies erfolgt auf dem Formblatt Gesprächsdokumentation GVP § 132g SGB V und wird nach Beendigung des Prozesses in der Bewohnerakte der VW archiviert.

Zur statistischen Auswertung dokumentiert der Gesprächsbegleiter zudem die Eckdaten in der Statistik-Gesprächsbegleitung.

### **Mitgeltende Dokumente:**

Ordner Formulare Pflege

[1.1 Stammblatt 2 Rückseite.xls](#)

[4.7 Verlegungsbericht.xls](#)

[KU 010.01 Erstinformation BVP.pdf](#)

[KU 010.02 Broschüre BVP.pdf](#)

Gesprächsdokumentation GVP §132g SGB V

Statistik-Gesprächsbegleitung

<b>Erstellung:</b>	<b>Version:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Freigabe:</b>	<b>Seite:</b>
BVP Projekthäuser	1.0	18.11.2019	Siehe Inhaltsverzeichnis	3 von 3

Datei CIS: 5.x Patientenverfügung.doc

## Anhang 4

Broschüre 'Behandlung im Voraus Planen – ein neues Konzept zur  
Vorsorge für den Fall schwerer Erkrankungen'



## Behandlung im Voraus Planen –

ein neues Konzept zur Vorsorge  
für den Fall schwerer Erkrankungen



Diese Broschüre richtet sich in erster Linie an die Bewohnerinnen und Bewohner unserer Einrichtungen sowie an deren Angehörige und Betreuer. Wir empfehlen die Lektüre dieses Textes zur Vorbereitung auf die Gespräche zum Thema „**Behandlung im Voraus Planen**“ (BVP).

Gleichzeitig gibt sie aber auch allen, die einen Einblick in das Anliegen und Vorgehen von **BVP** bekommen möchten, eine erste Gelegenheit des Kennenlernens.

Aktualisierter Nachdruck der von Inga Lücke und Jürgen in der Schmitt erarbeiteten Broschüre aus dem Projekt **beizeiten begleiten**®.  
Wir danken für die Genehmigung des Nachdrucks!

1. Auflage 2019  
[www.div.bvp.de](http://www.div.bvp.de)  
Gestaltung: [www.two-up.de](http://www.two-up.de)  
Redesign: [www.fafalter.de](http://www.fafalter.de)

Herausgeber:  
Seniorenhaus GmbH  
der Cellitinnen zur hl. Maria  
Graseggerstraße 105 • 50737 Köln

Ansprechpartnerin: Sabine Westerfeld  
[bvp@cellitinnen.de](mailto:bvp@cellitinnen.de)

Ausschließlich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit haben wir in vielen Fällen auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Schreibweise verzichtet.

Hier erfahren Sie, wie wir Sie bei der Entwicklung einer persönlichen Vorausplanung für den Fall schwerer Erkrankung unterstützen können.

Informationen für Senioren, Angehörige/Bevollmächtigte und (Berufs-)Betreuer



Ein jeder von uns möchte seinen Lebensabend in Würde verbringen. Zugleich gibt es bei vielen Menschen die Befürchtung, dass dieser Wunsch in den letzten Monaten, Wochen und Tagen unseres Lebens nicht in Erfüllung gehen könnte, weil sie ihn nicht rechtzeitig geäußert und schriftlich dargelegt haben. Eine solche Situation kann schnell eintreten, denn schließlich kann jeder von einer schweren Krankheit überrascht oder Opfer eines Unfalls werden. Dann stehen plötzlich schwerwiegende Entscheidungen zu Art und Umfang einer medizinischen Behandlung an, die dann andere treffen müssen.

All das muss jedoch kein Schicksal sein. Mit einer rechtsverbindlichen Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht zum Beispiel haben wir es nämlich weitgehend selber in der Hand, was mit uns geschieht. Und niemand muss diese Schritte allein gehen. Im Projekt „Behandlung im Voraus Planen“ der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria etwa werden Betroffene und Angehörige einfühlsam und ausführlich darüber informiert, worauf bei allen Überlegungen zum letzten Lebensabschnitt zu achten ist und wer bei diesen so wichtigen Entscheidungen beteiligt werden muss oder teilhaben sollte.

Damit können ältere Menschen sicherstellen, ihren Wünschen entsprechend medizinisch versorgt und so menschenwürdig wie möglich behandelt zu werden. Dies ist eine große Erleichterung für die Patientinnen und Patienten, aber auch für ihre Angehörigen und alle, die ihnen nahestehen.

Für ihr Engagement danke ich der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen herzlich und wünsche dem Projekt „Behandlung im Voraus Planen“ viel Erfolg im Dienst am Menschen.

A handwritten signature in black ink, which reads "Armin Laschet". The signature is written in a cursive style.

Armin Laschet  
Ministerpräsident des Landes Nordrhein Westfalen

Unser gemeinsames Anliegen	7
Ein wichtiges Wort vorab	9
Zehn Schritte, bei denen wir Sie begleiten	10
Fragen, die hilfreich sein können	12
Situationen, für die vorausschauend geplant werden kann	14
Stellvertretend entscheiden	22
Wahre Geschichten – Anregungen zum Weiterdenken	30
Das Patientenverfügungsgesetz (BGB §§ 1901–1903)	40
Das Projekt „Behandlung im Voraus Planen“	42
Ein Wort zum Schluss	44



### **Liebe Seniorinnen, liebe Senioren,**

es ist unser gemeinsames Anliegen, dass Sie im Krankheitsfall medizinisch so behandelt und begleitet werden, wie SIE das gerne möchten – auch dann, wenn Sie sich selbst einmal nicht mehr dazu äußern können.

Wenn Sie künftiger Maximaltherapie mit allen Mitteln ausdrücklich **zustimmen** oder aber unter bestimmten Umständen **widersprechen** und andere Ihre Wünsche wissen lassen wollen, dann nutzen Sie unser Angebot einer Gesprächsbegleitung zur gemeinsamen Erstellung einer individuellen, aussagekräftigen und wirksamen Patientenverfügung.

## Unser gemeinsames Anliegen

### Liebe Angehörige,

eines Tages könnte ein Familienmitglied nicht mehr in der Lage sein, medizinische Behandlungsentscheidungen selbst zu treffen. Insbesondere als Bevollmächtigter/Betreuer (d. h. rechtlicher Vertreter) sind Sie dann sein Sprachrohr: Je klarer Sie sich in der konkreten Situation darüber sind, wie er selbst entscheiden würde, umso leichter können Sie den Ihnen übertragenen Auftrag guten Gewissens erfüllen. Wir laden Sie daher ein, an gemeinsamen Gesprächen über eine Patientenverfügung teilzunehmen.

### Liebe (Berufs-) Betreuer und Betreuerinnen, liebe Bevollmächtigte,

häufig gelingt es, gefördert durch unsere Begleitung, den Betroffenen und Sie als rechtlichen Vertreter rechtzeitig in ein Gespräch über seine Behandlungswünsche zu bringen und diese in einer **Patientenverfügung** festzuhalten; viele Vertreter erleben dies als große Entlastung. In anderen Fällen ist Ihr Betreuer nicht mehr in der Lage, Ihnen seine Wünsche für künftige Behandlungen selbst mitzuteilen. Dann kann das Sammeln von Hinweisen auf seinen mutmaßlichen Willen aufwendig sein – unter Zeitdruck, z. B. im Notfall, ist es meist gar nicht möglich. Wir möchten Sie deshalb in diesem Fall durch die gemeinsame Erstellung einer **Vertreterdokumentation** bereits im Vorfeld bei Ihrer verantwortungsvollen Aufgabe unterstützen.

## Ein wichtiges Wort vorab

**BVP–Behandlung  
im Voraus Planen**

**Alle von Ihnen im Vorhinein in einer Patientenverfügung getroffenen Festlegungen gelten nur dann, wenn Sie in der konkreten Situation nicht mehr in der Lage sind, selbst die anstehende Behandlungsentscheidung zu treffen.**

### Und:

**Sie binden durch Ihre Vorausplanung stets nur andere – nie sich selbst. Sie selbst können, solange Sie entscheidungsfähig sind, Ihre Verfügung jederzeit widerrufen und Ihre Behandlungswünsche ändern.**

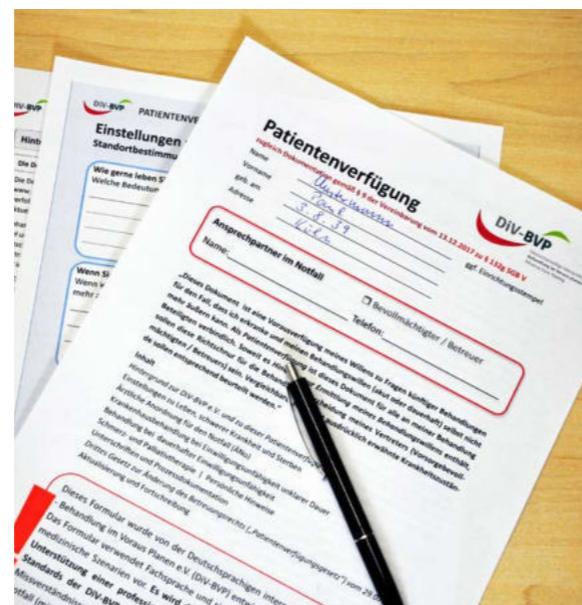
**Für rechtliche Vertreter gilt: Sie entscheiden in der Regel aktuell im Sinne der von Ihnen vertretenen Person, also wenn die gesundheitliche Krise eingetreten ist. Wenn und solange Sie nicht rechtzeitig vor Ort sein bzw. kontaktiert werden können, z. B. im Notfall, sind die Patientenverfügung oder die Vertreterdokumentation eine wertvolle Hilfe für alle Behandler.**



## Zehn Schritte, bei denen wir Sie begleiten

1. Wir bieten Ihnen unsere Unterstützung an, indem wir Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung anregen und moderieren. Hier können Senioren mit ihren Vertretern und ggf. weiteren Angehörigen über künftige Behandlungswünsche sprechen.
2. Wir helfen Ihnen, frühzeitig Hinweise auf den mutmaßlichen Willen zusammenzutragen, wenn die betroffene Person zum Beispiel aufgrund einer Demenz nicht mehr in der Lage ist, sich zu Behandlungsfragen zu äußern. Dies geschieht etwa durch die Befragung von Personen, die den Betroffenen gut kennen, oder auch durch gemeinsame Reflexion mit Pflegepersonal und Hausarzt.
3. Wir besprechen mit Ihnen verschiedene Situationen, für die eine Vorausplanung sinnvoll ist. Hierfür geben wir Ihnen die erforderlichen fachlichen Informationen – bei Bedarf nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten.

4. Wir helfen Ihnen bei der schriftlichen Abfassung der Wünsche und Überlegungen in Form einer Patientenverfügung oder einer Vertreterdokumentation. Am Ende soll auf dem Papier das stehen, was wirklich gewünscht ist – und was Ärzte im Bedarfsfall wissen müssen.
5. Wir initiieren den Kontakt mit dem Hausarzt zur abschließenden Besprechung und gemeinsamen Unterzeichnung der Verfügung.



6. Wir bringen die wesentlichen Entscheidungen in einer »Ärztlichen Anordnung für den Notfall« auf den Punkt, damit auch unter Zeitdruck das geschieht, was gewollt und erlaubt ist – nicht mehr und nicht weniger.
7. Wir sorgen dafür, dass die Unterlagen im Bedarfsfall zur Stelle sind – etwa beim Eintreffen des Rettungsdienstes oder im Krankenhaus.
8. Wir sind durch Ausbildung und Zertifizierung im Rahmen des Projekts „Behandlung im Voraus Planen“ (S. 40 f.) kompetente und vertrauenswürdige Partner für alle Beteiligten.
9. Wir begleiten Sie im weiteren Verlauf und unterstützen Sie in den kommenden Jahren bei notwendigen Aktualisierungen der Dokumente.



10. Wir Gesprächsbegleiter sind neben dem Hausarzt Ihr Ansprechpartner wenn Sie in konkreten Entscheidungssituationen Hilfe benötigen.

## Fragen, die hilfreich sein können

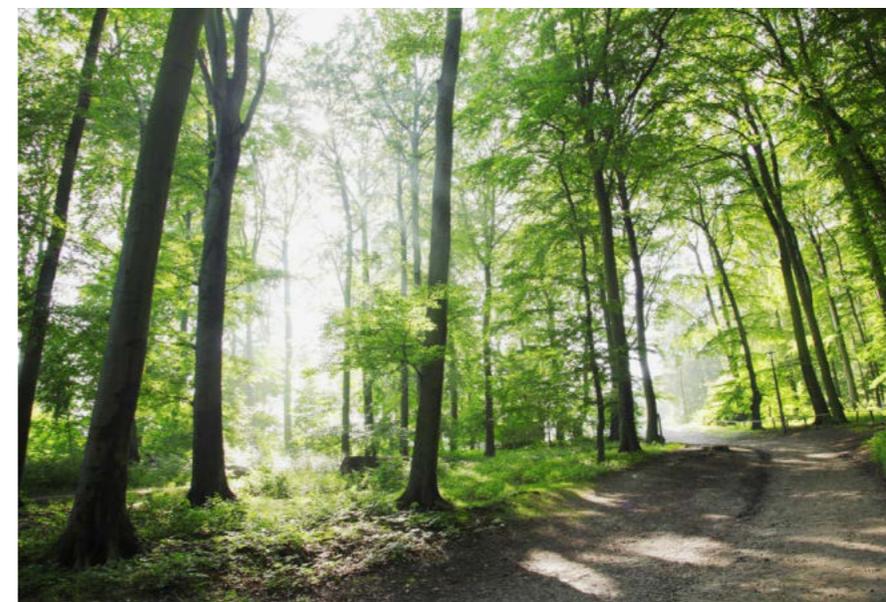
**Mit dem pauschalen Satz »Ich will nicht an Schläuchen hängen« drücken viele Menschen ihre Angst vor langem Siechtum aus. Doch lebensverlängernde Behandlung hat viele Gesichter und auch Abstufungen.**

**Darum möchten wir mit Ihnen und Ihren Angehörigen überlegen, welches Ziel medizinische Behandlung für Sie persönlich haben soll und unter welchen Bedingungen sich dieses Ziel für Sie ändern würde.**

Die folgenden Fragen können hilfreich sein, um eine Patientenverfügung vorzubereiten:

1. Wie stelle ich mir – bezogen auf meine Gesundheit – meinen Lebensabend vor?
  - Was wünsche ich? Was fürchte ich?

2. Welche Erfahrungen habe ich bei mir und anderen mit Krankheiten und lebensverlängernden Maßnahmen gemacht?
  - Gab es Behandlungen, von denen ich heute sage: Das soll mit mir keinesfalls (mehr) geschehen?
3. Welche Belastungen durch medizinische Behandlungen bin ich bereit, für die voraussichtliche Wiederherstellung meines heutigen Zustandes auf mich zu nehmen?
  - Welche Risiken für einen ungünstigen Verlauf bin ich bereit einzugehen, solange eine Hoffnung auf Wiederherstellung meines bisherigen Zustands besteht?
4. Wie stehe ich heute zu meinem Leben ... und wie zum Sterben?
  - Unter welchen Umständen würde ich gerne noch lange leben?



- Was würde es für mich bedeuten, in Kürze zu sterben?
  - Unter welchen Umständen wäre ein langes Leben für mich kein Ziel mehr?
5. Wer soll sich für meine Wünsche und Vorstellungen einsetzen und im Zweifelsfall Entscheidungen treffen, wenn ich das nicht mehr kann?

## Situationen, für die vorausschauend geplant werden kann



In unseren Begleitungsgesprächen kann jede der drei im Folgenden beschriebenen Situationen ausführlich und möglichst im Beisein Ihrer Angehörigen besprochen werden.

Sie erhalten ausreichend Informationen und viel Zeit, um sich damit auseinanderzusetzen und Ihre persönliche Festlegung zu treffen bzw. im Sinne der von Ihnen vertretenen Person zu entscheiden.

### 1. Der Notfall

Im Notfall müssen Entscheidungen innerhalb weniger Stunden, Minuten oder sogar Sekunden getroffen werden, wobei der Betroffene seinen Behandlungswillen häufig nicht mehr selbst äußern kann. Dabei handelt es sich um Entscheidungen, die weitreichende und unumkehrbare Folgen für alle Beteiligten haben können.

Aufgrund der zeitlichen Dringlichkeit kann eine Notfallentscheidung häufig nicht gründlich durchdacht werden. Hinzu kommt, dass unter Umständen nicht der Hausarzt und das vertraute Pflegepersonal vor Ort sind, sondern ein Notarzt, der den Patienten nicht (gut) kennt. Nicht zuletzt ist es im Notfall meist nicht mehr möglich, den Vertreter in die Entscheidung einzubeziehen.



Aus diesen Gründen lohnt es sich, typische Notfallsituationen im Vorhinein zu besprechen, den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen sorgfältig zu klären und entsprechende Festlegungen zu treffen, an denen die Handelnden sich orientieren können und auch müssen.

# Situationen, für die vorausschauend geplant werden kann



im Falle eines Herzstillstandes ein Wiederbelebungsversuch aus ärztlicher Sicht überhaupt eine realistische Aussicht auf Erfolg hätte. Und wenn ja, ob ein solcher Wiederbelebungsversuch vom Patienten gewollt wäre.

Gibt es keine solche Festlegung, so gilt – auch für pflegebedürftige Menschen – grundsätzlich zunächst der medizinische Standard der Maximaltherapie mit dem Ziel der Lebensrettung und -verlängerung, ungeachtet von Erfolgsaussicht, Belastungen und Risiken für bleibende Folgeschäden.

Dafür wurde die »Ärztliche Anordnung für den Notfall« (**ÄNo**) entwickelt. Sie ist klar und übersichtlich strukturiert und den Ärzten sowie dem nicht-ärztlichen Personal in Altenheimen, Rettungsdienst und Krankenhaus der Region bekannt. Die ÄNo erlaubt die eindeutige und verbindliche Festlegung des Vorgehens in Notfällen, z. B. Krankenhauseinweisung mit dem Ziel der Lebensverlängerung: ja oder nein? Dabei können Prognose und Patientenwünsche berücksichtigt werden, z. B. bei der Frage, ob

**Die ÄNo (Abbildung rechts, verkleinert) ermöglicht Ihnen, einige wichtige Notfall-Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung ausdrücklich zu bejahen – oder klar und deutlich auszuschließen.**

In dem Notfallbogen könnten Sie z. B. festlegen, nicht mehr mit dem Ziel der Lebensrettung und Lebensverlängerung ins Krankenhaus gebracht zu werden. Diese Festlegung stünde aber einer Krankenhausbehandlung z. B. zur Behandlung eines schmerzhaften Knochenbruchs nicht im Wege, da das Behandlungsziel hier die Linderung von Beschwerden (Palliation) wäre, nicht die Lebensverlängerung.

**DIV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG** © DIV-BVP e.V. 2018-06 | Deutschland | S. 7

### Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

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

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

**A** ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

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

**B0** ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

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

**B2** ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
 Keine Behandlung auf Intensivstation  
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

**B3** ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung  
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung  
 Keine Behandlung auf Intensivstation  
 Keine Mitnahme ins Krankenhaus\*  
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

**THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung**  
**Ausschließlich lindernde Maßnahmen\***

**C** ●●●●● Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
 „Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit 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 oben genannten Person  
 „Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“  
 X Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers  
 „Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“  
 X Unterschrift und NAME des DIV-BVP-Gesprächsbegleiters

**!** Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen aus gegebenem Anlass (z.B. OP, intensivmedizinische Behandlung oder dauerhafte Einwilligungsfähigkeit) eine abweichende Regelung vereinbart wird.

# Situationen, für die vorausschauend geplant werden kann

## 2. Ungewisse Prognose

Hier ist eine Situation gemeint, in der Sie aufgrund einer akuten Erkrankung für längere Zeit nicht mehr selbst entscheiden können – z. B. ein Schlaganfall oder eine schwerste Lungenentzündung mit maschineller Beatmung. Häufig ist dann eine mehrwöchige (intensiv-)medizinische Behandlung erforderlich, um den Tod abzuwenden.

Ärzte können nun anhand von Untersuchungsergebnissen Ihren Zustand erklären und einschätzen, wie es mit Ihnen vermutlich weitergehen wird. Ihr Vertreter hat dann die Möglichkeit, einer Fortsetzung dieser Behandlung zuzustimmen oder aber den Abbruch aller lebensverlängernden Maßnahmen zu verlangen, je nachdem, was Sie zuvor für solche oder ähnliche Fälle festgelegt haben.

Bei Fortsetzung der Behandlung sind dann im Verlauf der nächsten Wochen und Monate ganz verschiedene Ergebnisse möglich. Bei

einem Schlaganfall zum Beispiel können anfänglich im schlimmsten Fall Koma, Schluck- und Sprechunfähigkeit sowie eine halbseitige Lähmung vorliegen. Diese Schäden können sich entweder (teilweise) zurückbilden – oder aber es bleibt dauerhaft eine schwerste Pflegebedürftigkeit bestehen.

Meist lassen sich Risiken grob gewichten: z. B. ob das Risiko für eine schwere Pflegebedürftigkeit als gering (etwa 1:10) oder eher als hoch (etwa 10:1) anzusehen ist.

**Der Ausgang des Einzelfalls kann aber nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden – es handelt sich also um eine Entscheidung in Ungewissheit.**



In solchen Fällen wird **ohne** Vorliegen einer anderslautenden Vorausverfügung meist maximal behandelt, um jede Chance einer Lebensverlängerung zu nutzen. Für Ihre individuelle Entscheidung spielt aber neben der medizinischen Ausgangslage mit den konkret gegebenen Chancen und Risiken auch Ihre

persönliche Einstellung eine wichtige Rolle: Ihre Haltung zur weiteren Lebensverlängerung überhaupt, Ihre Bereitschaft zu belastenden Behandlungen, Ihre Bewertung von Risiken für bestimmte Beeinträchtigungen und weitere persönliche Faktoren.

Angesichts für Sie inakzeptabler Risiken in einem solchen Szenario können Sie auf die – wenn auch vielleicht kleine – Chance einer Lebensrettung/Lebensverlängerung verzichten.

Falls ein solcher Fall dann tatsächlich bei Ihnen eintritt, würde Ihre Verfügung den Abbruch aller lebensverlängernden Maßnahmen mit der Folge des dann möglicherweise eintretenden Todes bedeuten. Eine solch weitreichende Entscheidung sollten Sie sehr gründlich überlegen und (möglichst gemeinsam mit Ihrem Vertreter) sorgfältig mit uns besprechen.

### 3. Dauerhafte Unfähigkeit, selbst zu entscheiden

Bei bestimmten Erkrankungen, wie z. B. der Demenz oder dem Folgezustand eines schweren, viele Monate zurückliegenden Schlaganfalls, ist der weitere Verlauf im Wesentlichen absehbar und eine Besserung kann häufig ausgeschlossen werden.

Gleich welche Erkrankung dazu führte: Diese Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass die betroffene Person aufgrund von Störungen im Denken nach ärztlichem Ermessen nie mehr in der Lage sein wird, Behandlungsentscheidungen selbst zu treffen. Das Ausmaß der begleitenden Behinderungen kann von geringfügig bis zu schwerster Pflegebedürftigkeit reichen.



**Andererseits wird auch ein Leben mit erheblichen Einschränkungen und Behinderungen von manchen Betroffenen, ihren Angehörigen und den Pflegenden noch jahrelang als Bereicherung erlebt.**

Behandler und Vertreter stehen hier im Fall lebensbedrohlicher Krisen wie einer Lungenentzündung oder einem Herzinfarkt häufig vor schwierigen Fragen: Woran können sie merken, ob das Therapieziel der Lebensverlängerung für den Betroffenen weiterhin erstrebenswert ist? Und welche Belastungen durch diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ist er in der gegebenen Lage noch hinzunehmen bereit?

Ein Beispiel für solche Entscheidungen ist die Möglichkeit der künstlichen Ernährung durch eine **dauerhafte** Magensonde. Die Frage kann sich stellen, wenn die Nahrungsaufnahme aufgrund von fortschreitender Demenz nicht mehr möglich ist. In anderen Fällen wird viele Monate nach einem Schlaganfall erkennbar, dass das ursprünglich mit dem Legen der Magensonde verbundene Ziel einer Zustandsbesserung nicht mehr zu erreichen ist. Wer für solche Fälle die maximal mögliche Therapie beschränken möchte, kann im Voraus festlegen, dass das Legen einer Magensonde

(»PEG-Sonde«) unterbleiben bzw. dass dann nicht länger über die Sonde ernährt werden soll, so dass das Sterben zugelassen wird.

**Die Einstellungen sind auch in diesem Punkt bei den Menschen sehr unterschiedlich und sollten deshalb individuell besprochen werden.**

## Stellvertretend entscheiden

### Auswahl eines Vertreters

Wenn Sie so schwer erkrankt sind, dass Sie – vorübergehend oder dauerhaft – nicht mehr für sich selbst entscheiden können, müssen andere das für Sie tun. Damit eine andere Person für Sie als Vertreter handeln darf, muss sie dazu durch eine Vollmacht oder die Bestellung als Betreuer legitimiert werden. Das gilt auch innerhalb der Familie, z. B. bei Ehepaaren.

Vieles spricht dafür, schon jetzt einen Angehörigen oder eine andere Person Ihres Vertrauens schriftlich als **Bevollmächtigten** zu bestimmen. Dieser kann Sie dann, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können, gegenüber Pflegenden und Ärzten vertreten und Ihren Willen zur Geltung bringen.

Wenn Sie keinen Menschen haben, der Ihnen nahesteht und dem Sie ganz vertrauen, so können Sie statt dessen eine Ihnen bekannte Person (z. B. einen Nachbarn, Sozialarbeiter oder Anwalt) in einer **Betreuungsverfügung**

benennen. Diese Person wird, wenn das einmal nötig werden sollte, vom Gericht als **Betreuer** bestellt und ist dem Gericht gegenüber von da an rechenschaftspflichtig.

Wenn Sie Ihren Vertreter in unsere gemeinsamen Gespräche über Ihre Patientenverfügung einbeziehen, so weiß er aus Ihrem Mund, womit Sie einverstanden sind und womit nicht. Bei schweren Entscheidungen hat Ihr Bevollmächtigter somit bestmögliche Gewissheit, in Ihrem Sinne richtig zu handeln.

Weitere Auskünfte zum Thema Bevollmächtigung/Betreuung erhalten Sie in unseren Begleitungsgesprächen.



Was die Auswahl eines Vertreters angeht, so gibt es häufig (nur) eine Vertrauensperson, die für eine Vertretung geeignet ist – z. B. ein Kind, ein Partner oder ein enger Freund.

Manchmal kommen dagegen mehrere Personen in Betracht, von denen eine (z. B. eines der Kinder) an erster Stelle benannt werden sollte,

während die anderen (z. B. Geschwister) die Rolle von Stellvertretern erhalten können.

Wir unterstützen Sie gerne bei dieser Festlegung und gehen dabei mit Ihnen folgende Fragen durch:

1. Zu wem besteht eine tiefe und verlässliche Vertrauensbeziehung?
2. Wen erachten Sie für bereit und fähig, gemäß **Ihrem** Willen zu entscheiden – ungeachtet **eigener** Gefühle und Anschauungen?
3. Wem trauen Sie am ehesten zu, Ihren Willen z. B. gegenüber Ärzten durchzusetzen, auch gegen Widerstand?
4. Wer wohnt in der Nähe, würde sich die Zeit nehmen und ist bereit, diese Aufgabe zu übernehmen?

### **Entscheiden gemäß dem mutmaßlichen Willen**

Vertreter (Bevollmächtigte oder Betreuer) müssen manchmal schwierige und folgenreiche Behandlungsentscheidungen treffen, **ohne** früher darüber mit dem Betroffenen gesprochen zu haben. In solchen Fällen müssen die Vertreter nach bestem Wissen und Gewissen so entscheiden, wie der Betroffene es (vermutlich) gewünscht hätte.

**Man spricht hier von einer Entscheidung gemäß dem »mutmaßlichen Willen« des Betroffenen.**

Wir empfehlen Ihnen, nicht auf eine Entscheidungskrise zu warten, sondern **schon jetzt** das Gespräch mit uns zu suchen. Gemeinsam mit anderen Vertrauenspersonen kann der (mutmaßliche) Wille des Betroffenen ermittelt und in einer Vertreterdokumentation festgehalten werden.

- Sie haben so ausreichend Zeit, alle verfügbaren Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu sammeln und zu bewerten. Die Entscheidung erfolgt ohne den Druck, den eine akute Zustandsverschlechterung oft mit sich bringt.
- Für Notfallsituationen, in denen sofort gehandelt werden muss, können Sie mit unserer Unterstützung eine klare Handlungsanweisung erstellen, die wir ÄNo nennen und die für alle Beteiligten bindend ist (vgl. S. 13).



**So wird der (mutmaßliche) Wille des Betroffenen auch im Notfall zur Richtschnur und Grenze ärztlichen Handelns.**

- Auch für weniger dringliche Behandlungsfragen, wie z. B. Beginn und Dauer einer künstlichen Ernährung mittels einer dauerhaften Magensonde (»PEG-Sonde«), ist es ratsam, den (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen im Voraus bestmöglich zu klären:
- Zum einen ist es in der akuten Situation hilfreich, auf diese Entscheidung vorbereitet zu sein.
- Zum anderen können Vertreter verreisen, selbst krank werden oder gar vor dem Betroffenen versterben. Dann haben die Behandelnden eine Orientierung, wenn Hinweise auf den Willen des Betroffenen aus erster Hand berichtet und dokumentiert worden sind.

## Stellvertretend entscheiden



Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen können aus verschiedenen Quellen stammen. Bevollmächtigte bzw. (Berufs-)Betreuer haben die Aufgabe, solche Hinweise als Beleg für aktuell oder im Voraus zu treffende Entscheidungen in Erfahrung zu bringen:

- Viele Menschen haben sich früher mündlich dazu geäußert, unter welchen Umständen medizinische Behandlung nicht mehr das Ziel der Lebensverlängerung verfolgen soll. Je konkreter solche Äußerungen waren, desto eindeutiger können sie den Vertreter leiten. Nahe Angehörige und Freunde, auch wenn sie aktuell weiter weg leben oder hochbetagt sind, gegebenenfalls auch Pflegende sollten aktiv nach solchen Äußerungen gefragt werden.
- Angehörige können manchmal von Haltungen berichten, die den Betroffenen insbesondere im Alter geprägt haben und von denen Rückschlüsse gezogen werden können.

- Früher unterzeichnete »Patientenverfügungen« können Hinweise auf eine Haltung und den Wunsch nach einer Therapiebegrenzung belegen, auch wenn sie ohne Gesprächsbegleitung entstanden sind und konkrete Behandlungsfragen häufig unbeantwortet lassen.
- Manche Menschen, die nicht mehr für sich selbst entscheiden können, machen dennoch Äußerungen, die mit gebührender Vorsicht als Hinweis auf ihren (mutmaßlichen) Willen bewertet werden können. Bei dieser Bewertung sollte neben dem Urteil des Hausarztes die Einschätzung der Pflegenden, seien es Angehörige oder Fachpersonal, besonderes Gewicht erhalten.

Fehlen jegliche Hinweise auf den Willen des Betroffenen, so gilt allgemein, dass »das medizinisch Mögliche und Sinnvolle« getan werden soll, um sein Leben zu retten bzw. zu verlängern.

## Stellvertretend entscheiden

### **Gedächtnisprotokoll des mutmaßlichen Willens – ein Beispiel**

Frau K. ist nach einem schweren Schlaganfall vor zwei Jahren nicht mehr in der Lage, über ihre medizinische Behandlung zu entscheiden. Nun war zu entscheiden, ob die vor zwei Jahren begonnene Ernährung über eine dauerhafte Magensonde (»PEG-Sonde«) weiterhin im Sinne der Patientin war.

Es lag eine Patientenverfügung vor, die vor Jahren ohne Gesprächsbegleitung unterzeichnet worden war. Hier kamen Tochter, Hausarzt und Pflegende allein auf der Basis dieser alten Verfügung nicht zu einer einvernehmlichen Bewertung über die weitere Behandlung, da die Situation, die nun vorlag, von dieser Patientenverfügung nicht erfasst war.

In den BVP-Gesprächen wurden zusätzliche Hinweise auf den (mutmaßlichen) Willen von Frau K. gesammelt und in dem nachstehenden Gedächtnisprotokoll dokumentiert. Auf dieser

Grundlage konnte die Entscheidung getroffen werden, die künstliche Ernährung einzustellen.

Die Patientin, die keine Schluckstörung mehr hatte, verweigerte weiterhin die Ernährung auf natürlichem Wege und verstarb wenige Wochen später. Die Tochter war erleichtert, dass der mutmaßliche Behandlungswille der Patientin geklärt und allen Beteiligten glaubhaft vor Augen geführt werden konnte.

**Es kann hilfreich sein und an Aussagekraft einer eigenhändigen Patientenverfügung gleichkommen, wenn frühere mündliche Äußerungen Betroffener durch ein Gedächtnisprotokoll von Zeugen dokumentiert werden.**

### **Mündliche Äußerungen meiner Mutter, Frau K.**

#### **Nachträgliche Niederschrift** [Auszug]

Meine Mutter hat sich in den Jahren vor ihrer Erkrankung – nicht nur in der Familie, sondern auch bei Freunden und Bekannten – immer sehr eindeutig zur Frage lebensverlängernder Therapie geäußert, und zwar eindeutig dagegen.

Ein Anlass war zum Beispiel der Schlaganfall von Herrn O. Er und seine Familie waren enge Freunde meiner Eltern seit über 45 Jahren.

Herr O. hat lange Jahre gelegen, nicht sprechen können, beim letzten Krankenhausaufenthalt hat die Familie darum gebeten, ihn nicht mehr zu operieren. Herr O. ist vor 4 Jahren verstorben.

Mit Frau O. halte ich immer noch Kontakt, sie ist gerne bereit, über die Einstellung meiner Mutter zu reden. [...]

Sie hat mir erzählt, dass sie und der ganze Kegelclub vor Jahren erst durch meine Eltern über Vorsorge- und Patientenverfügungen [...] informiert wurden. In diesem Kreis hat meine Mutter zu verschiedenen Gelegenheiten [...] geäußert, nicht dauerhaft künstlich ernährt werden, keine Windeln oder Beutel tragen sowie ohne Bettlägerigkeit sterben zu wollen.

Frau O. sagt, meine Eltern seien der Meinung gewesen, ausreichend Vorsorge getroffen zu haben, um nicht in die jetzt [bei meiner Mutter] vorliegende Lage zu kommen; die anderen Freunde im Kegelclub, soweit noch nicht verstorben, würden dies auch bestätigen. [...]

[Ort, Datum, Unterschrift der Tochter]

## Ich will auch die kleinste Chance nutzen

**Herr W.** lebte seit einigen Monaten im Altenheim. Er war geistig klar und mit Hilfe eines Rollstuhls mobil. Einige Jahre zuvor hatte er sich einer Bypassoperation unterzogen. Herr W. genoss sein Leben und erlebte es trotz seiner Einschränkungen als glücklich und lebenswert.

Wir besprachen damals im Rahmen des BVP-Gesprächs gemeinsam mit Herrn W. und seiner Ehefrau unter anderem, dass ein Wiederbelebungsversuch im Fall eines Herzstillstandes bei ihm aufgrund seiner Vorerkrankungen nur eine geringe Erfolgsaussicht haben würde. Doch diese geringe Chance wollte er nutzen und legte fest, dass im Notfall alle medizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung ausgeschöpft werden sollten. Eine Therapiebegrenzung plante er dagegen nur für den Fall ein, dass er **dauerhaft** schwerst eingeschränkt und nicht mehr entscheidungsfähig sein würde.

**Viele ältere und chronisch kranke Menschen wollen – anders als Herr W. – im Fall eines Herzstillstands lieber, dass jemand ihre Hand hält und sie im Sterben begleitet, als dass ein Rettungsteam eine Wiederbelebung versucht; auch dies lässt sich in unseren Begleitungsgesprächen äußern und auf dem Notfallbogen festhalten.**

Einige Wochen nach dieser Festlegung kam es tatsächlich zu einem Herzstillstand. Der Versuch, Herrn W. zu reanimieren, blieb jedoch leider erfolglos.



In all ihrer Trauer war es für die Ehefrau ein Trost, dass der Reanimationsversuch in seinem Sinne war – auch wenn er, wie zu befürchten, nicht gelang.

**Hat ein Patient sich nicht so eindeutig zu einem Wiederbelebungsversuch geäußert, ist das Versterben unter Reanimationsbedingungen für Angehörige oft sehr belastend und sie fragen sich, ob ihm »dies nicht noch hätte erspart bleiben können«.**

### Ich möchte die Geburt meines Urenkels erleben

**Frau T.**, eine energische, rollstuhlgebundene, aber im Kopf jung gebliebene weißhaarige Dame glaubt genau zu wissen, was sie (nicht) will:

**»Ich will nicht an Schläuchen hängen.«**

Als ihr Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung angeboten werden, um ihre Wünsche zu konkretisieren und niederzuschreiben, ist sie sofort dabei.

**Sie bestellt alle drei Kinder ein, um ihnen zu sagen, was sie möchte und was nicht.**

Dabei stellt sich heraus, dass ihre Kinder einiges richtig geahnt, einiges aber auch anders eingeschätzt haben. Auch wird deutlich, dass die Kinder ohne die Klarstellung von Frau T. in manchen Fragen unterschiedlich entschieden hätten und darüber womöglich uneins geworden wären.



Schließlich bemerkt Frau T., dass sie bei manchen Fragen auch selber unsicher ist darüber, was sie möchte; sie berät sich mit Begleiterin und Kindern und wird weiter darüber nachdenken.

Am Ende des ersten Gespräches lehnt Frau T. sich erschöpft zurück: **»Wenn ich vorher gewusst hätte, wie schwierig das alles ist ... ich hätte es schon viel früher in Angriff genommen!«**

In einem weiteren Gespräch legt sie fest, dass sie außer Wiederbelebungsversuchen bei Herzstillstand alle Maßnahmen zur Lebensrettung und -verlängerung ausschöpfen und die damit verbundenen Belastungen einer Intensivtherapie auf sich nehmen möchte, solange eine Chance auf Wiederherstellung ihres jetzigen Zustands besteht.

Eineinhalb Jahre später nimmt die Begleiterin das Gespräch noch einmal auf, um mögliche Veränderungen in der Einstellung von Frau T. in Erfahrung zu bringen. Frau T. berichtet, dass

sie seinerzeit für den Fall einer gesundheitlichen Krise umfangreiche Maßnahmen zur Lebensrettung verfügt hat, weil sie noch die Geburt ihres ersten Urenkels erleben wollte. Dieser ist inzwischen ein Jahr alt; Frau T. bereitet sich nunmehr innerlich auf ihren Abschied vor.

Sie legt daher jetzt fest, dass im Fall einer schweren gesundheitlichen Krise keine intensivmedizinische Behandlung mit den dazugehörigen Belastungen stattfinden soll. Dies bespricht sie mit ihren Kindern und dem Hausarzt und die »Ärztliche Anordnung für den Notfall« (ÄNo) wird gemeinsam entsprechend geändert.

### **Ich wünsche mir nur noch Linderung meiner Beschwerden**

**Herr E. (68)** litt an einem fortgeschrittenen Hirntumor. Er wußte, dass er innerhalb weniger Monate würde sterben müssen.

Es war ein innerer Kampf für ihn, diese Tatsache anzunehmen. Immer häufiger ging es ihm schlecht und er spürte, wie seine Kräfte und Möglichkeiten nachließen. Als er schließlich dem nahenden Tod ins Auge schauen konnte, sprachen wir mit ihm über das Ziel medizinischer Behandlungen im Fall von Komplikationen. Er entschied, dass künftige Behandlung nicht mehr auf Lebensverlängerung, sondern nur noch auf Linderung seiner Beschwerden ausgerichtet sein sollte.

Diese Entscheidung besprach er mit seiner Ehefrau, der BVP-Gesprächsbegleiterin und dem Hausarzt, der daraufhin in der »Ärztlichen Anordnung für den Notfall« (ÄNo) jede lebensverlängernde Therapie ausschloss.

Kurz darauf erlitt Herr E. einen Krampfanfall mit Atemlähmung. Der Notarzt wurde sofort gerufen, denn auch wenn eine ÄNo jegliche lebensverlängernden Behandlungen ausschließt, kann, wie in diesem Fall, eine Not auftreten, die sofortiger (palliativ-)medizinischer Hilfe bedarf. Mit beruhigenden Medikamenten konnte Herrn E. das Erstickengefühl genommen werden. Er verstarb ohne quälenden Kampf.

Der Notarzt, der sich in seiner Behandlung an der ÄNo orientiert hatte, äußerte sich erleichtert darüber: »Wir waren alle dankbar, dass Herr E. durch seine klare Vorausplanung von ihm nicht gewollte lebensverlängernde Maßnahmen erspart werden konnte.«

**»Ohne das Vorliegen einer so klaren und unzweideutigen Vorausplanung mittels der ÄNo hätte ich als Notarzt diesen Patienten erst einmal intubieren, beatmen und ins Krankenhaus bringen müssen.«**



### Wenn keine Gespräche stattgefunden haben

**Frau M. (78)** leidet an einer mittelschweren Demenz. An manchen Tagen wirkt sie recht zufrieden, an anderen Tagen eher weinerlich und unglücklich. Das Essen machte ihr bisher immer viel Freude. Doch nun isst sie zunehmend weniger. Minutenlang bewegt sie das Essen im Mund und weiß meist nicht, wie sie es herunterschlucken soll. Frau M. verliert fortwährend Gewicht, so dass sich schließlich für ihre Kinder die Frage stellt, ob sie künstlich ernährt werden soll. Sie haben früher niemals mit ihrer Mutter darüber gesprochen und sind sich in der Einschätzung nicht einig.

Die Tochter glaubt, dass eine künstliche Ernährung nicht im Sinne ihrer Mutter wäre. Der Sohn, der Betreuer ist, vermutet, dass sich der Zustand seiner Mutter durch den Gewichtsverlust so verschlechtert hat. Er verspricht sich von einer Magensonde eine Verbesserung der Situation. Der Hausarzt macht dem Sohn in

dieser Hinsicht keine große Hoffnung, will es aber auch nicht ganz ausschließen.

**Dieser Fall ereignete sich, bevor wir uns als BVP-Gesprächsbegleiter qualifizierten und Bewohnern und Angehörigen regelmäßig Gespräche anboten.**

In dieser ungeklärten Entscheidungssituation wurde Frau M. nach einem Sturz zur Untersuchung in ein Krankenhaus eingewiesen. Hier wurde das Untergewicht registriert und aufgrund ihrer offensichtlichen Unfähigkeit, ausreichend zu essen, wurde das Legen einer Magensonde empfohlen. Der Sohn als Betreuer stimmte zu und die Magensonde wurde gelegt.

Es kam daraufhin zu einem heftigen Streit zwischen den Geschwistern. Frau M. selbst konnte sich zu all dem überhaupt nicht mehr äußern. Nach dem Sturz erholte sie sich nicht wieder und blieb bettlägerig. Ihre Angehörigen erkannte sie inzwischen nicht mehr. Nun kamen auch dem Sohn Zweifel, ob die künstliche Ernährung im Sinne seiner Mutter war. Die Tochter und das Pflegepersonal waren ohnehin davon überzeugt, dass sie dies nicht mehr gewollt hätte.

**Doch eine einmal begonnene Ernährung abzustellen fällt allen Beteiligten noch schwerer als der Entschluss, sie nicht legen zu lassen – besonders, wenn keine aussagekräftige Patientenverfügung vorliegt.**

Frau M. lebte noch ein Jahr, bettlägerig, pflegebedürftig und ohne erkennbaren Kontakt mit der Außenwelt, bis sie schließlich verstarb. Das Zerwürfnis zwischen Bruder und Schwester hat ihre Beziehung irreparabel beschädigt. Das Pflegepersonal war durch die Betreuung eines Menschen, der mutmaßlich gegen seinen Wunsch und Willen in einem so schwerst eingeschränkten Zustand am Leben erhalten worden war, in dieser Zeit stark belastet.

**Erfahrungen wie diese waren früher an der Tagesordnung. Sie bildeten die Motivation für unser Haus, Bewohnern und ihren Angehörigen eine gesundheitliche Vorausplanung mit unserer Begleitung anzubieten.**

#### **Eine Chance, miteinander ins Gespräch zu kommen**

**Frau P. (81)** hatte sich nach langem Zögern bereit erklärt, mit ihren beiden Töchtern über eine Patientenverfügung für sich zu sprechen.

**Diese Fallgeschichte erlaubt einen Einblick in die Art und Weise, wie wir Begleitungsgespräche zu führen versuchen und was dabei im Idealfall entstehen kann: ein vertrauensvoller Dialog zwischen Bewohnern und ihren Angehörigen.**

Zuerst äußerte sie lediglich, sie wolle ihren Kindern nicht »zur Last fallen«, und erklärte pauschal, sie wolle keinerlei lebensverlängernden Maßnahmen mehr. Das hatte sie auch früher schon häufig gesagt. Dann äußerte Frau P., sie würde sich, sollte ihr Zustand sich noch verschlechtern, »nutzlos« fühlen.

Die Töchter reagierten auf diese Mitteilungen entsetzt. Auf die behutsame Rückfrage nach der Bedeutung dieser Äußerung entstand ein intensives Gespräch, in dessen Verlauf die Töchter von ihrer Mutter zum ersten Mal intime Details aus deren Leben erfuhren.

Die beiden Schwestern waren immer davon ausgegangen, dass die Äußerungen ihrer Mutter das Ergebnis ihrer alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen waren, und hatten ihre Äußerung, »keine lebensverlängernden Behandlungen zu wollen«, so hingenommen. Nun erfuhren sie zum ersten Mal von psychischen Qualen, die ihre Mutter zeitlebens vor ihren Kindern verborgen hatte.



Es entstand eine warme, offene Atmosphäre, in der mehrere Gespräche geführt wurden. Bezogen auf die gesundheitliche Vorausplanung stand am Ende eine sorgfältig erwogene, differenzierte Patientenverfügung, die für den Fall einer plötzlichen Gesundheitskrise auf der »Ärztlichen Anordnung für den Notfall«

(ÄNo) zwar einen Wiederbelebungsversuch und eine Behandlung auf Intensivstation ausschloss, aber eine Behandlung im Krankenhaus mit dem Ziel der Lebensverlängerung zuließ.

Frau P. hatte nicht mehr das Gefühl, ihre Entscheidung zugunsten der Kinder abfassen zu müssen, sondern konnte ohne Sorge, ihren Kindern »zur Last zu fallen«, ihre tatsächlichen persönlichen Behandlungswünsche im Voraus festlegen. Es war ein großer Druck von ihr abgefallen.

**Die Gespräche waren für alle eine Bereicherung – für die Mutter, für die Töchter ... und nicht zuletzt auch für die Begleiterin.**

## Das Patientenverfügungsgesetz §§ 1901 ff BGB

Es gab in der Vergangenheit Unsicherheiten beim Umgang mit Patientenverfügungen auf allen Seiten: beim Patienten, bei Ärzten, Angehörigen und Betreuern und auch bei den Gerichten. Diese Unsicherheit trug oft dazu bei, dass Patientenverfügungen nicht beachtet oder falsch interpretiert wurden.

**Seit 2009 ist nun in Deutschland der Umgang mit Patientenverfügungen gesetzlich geregelt.**

Die wesentlichen Punkte des Gesetzes sind:

- Der im Voraus verfügte Wille des Patienten ist für alle Behandelnden bindend, wenn er auf die vorliegende Situation anwendbar ist und der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist.
- Der Betreuer oder Bevollmächtigte muss im Rahmen des Möglichen den

ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten erkunden und diesem Geltung verschaffen. Dies gilt auch dann, wenn keine Patientenverfügung vorliegt.

- Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen muss nicht nur bei zum Tode führenden Erkrankungen, sondern auch in medizinisch (prognostisch) aussichtsreichen Situationen berücksichtigt werden, wenn dies der Wille des Patienten ist. Eine lebensverlängernde Behandlung muss also nicht hingenommen werden, nur weil sie medizinisch möglich ist.

**Die sogenannte ›Reichweite‹ des vorausverfügten Patientenwillens ist vom Gesetzgeber somit nicht eingeschränkt worden.**



Anforderung nicht und erweisen sich deshalb in der Praxis als wenig oder gar nicht aussagekräftig.

**Daher wird empfohlen, obwohl vom Gesetz nicht vorgeschrieben, Patientenverfügungen individuell und mit sachkundiger Begleitung zu erstellen, damit sie im konkreten Fall auch eine wirkliche Entscheidungshilfe sein können. Dies ist der Ansatzpunkt von Behandlung im Voraus Planen (s. Folgeseite)**

- Der Patientenwille findet jedoch nur dann Berücksichtigung, wenn die Festlegungen sich nachvollziehbar und konkret auf die gegebene Behandlungssituation beziehen lassen – andernfalls gilt der Standard der Lebensverlängerung mit allen Mitteln. Die meisten herkömmlichen Formulare für Patientenverfügungen genügen dieser
- Nur wenn Arzt und Vertreter im konkreten Fall kein Einvernehmen über den Patientenwillen erreichen können, wird das Betreuungsgericht zur Klärung hinzugezogen.

## Das Projekt „Behandlung im Voraus Planen“

„Behandlung im Voraus Planen“ (BVP) nach den Standards der „DiV-BVP e.V.“ ist ein auf dem internationalen Konzept „Advance Care Planning“ fußender Weg der gesundheitlichen Versorgungsplanung. Dieser beinhaltet neben den Gesprächsprozessen mit den qualifizierten Gesprächsbegleitern auch Maßnahmen zur institutionellen und regionalen Umsetzung des Konzepts. Denn nur, wenn alle Beteiligten in der medizinischen Versorgungskette über das Konzept informiert sind, wird der Wille des Vorausplanenden auch beachtet.

2017 hat sich die Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria in Zusammenarbeit mit der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen im Erzbistum Köln auf den Weg gemacht, das durch die „Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung“ (DiV) entwickelte Konzept BVP in sechs Senioreneinrichtungen der Cellitinnen zu implementieren. Mitarbeiter des Unternehmens wurden 2018 nach dem anspruchsvollen Standard der DiV zu qualifizierten Gesprächsbegleitern ausge-



bildet. Die Patientenverfügung und Vertreterdokumentation der DiV-BVP sind geschützte Marken. Sie dürfen nur von zertifizierten, d. h. entsprechend qualifizierten und autorisierten Personen verwendet werden, damit die Gesundheitsdienstleister der Region sich darauf verlassen können, dass der Standard durch die BVP-Gesprächsbegleiter gewahrt wird.

Im April 2018 startete die regionale Implementierung mit dem ersten Treffen interessierter Berufsgruppen in Köln. Träger der Altenhilfe, Krankenhaus-, Haus- und Notärzte, Palliativmediziner, Vertreter aus Hospiz- und Palliativnetzwerken bis hin zu Berufsbetreuern treffen sich seither regelmäßig zum regionalen Arbeitskreis BVP – Köln, um die Vernetzung und Implementierung zu fördern.

Seit August 2018 treffen sich zudem alle interessierten Altenhilfeträger, um das BVP-Konzept bekannt zu machen und die Vernetzung innerhalb der Region Köln weiter auszubauen. Die Teilnahme an dem Gesprächsangebot steht allen Senioreneinrichtungen offen.

In der weiteren Implementierung wurde das Konzept der Heimaufsicht Köln sowie in der Konferenz Alter und Pflege der Stadt Köln vorgestellt.

Mitarbeiter der teilnehmenden Senioreneinrichtungen werden im Rahmen des Projektes

geschult, Bewohner und Zugehörige durch Veranstaltungen informiert. Hausärzte erhielten eine entsprechende Fortbildung und sind eingeladen, sich an dem Projekt zu beteiligen. Ebenso werden Notärzte, Rettungssanitäter und Mitarbeiter in Krankenhäusern geschult, so dass sie über das Konzept informiert sind und im Sinne des Vorausplanenden handeln.

**Den Projektbeteiligten ist es ein Anliegen, dass Menschen so behandelt werden, wie sie es selbst wünschen – auch dann, wenn sie ihren Willen nicht (mehr) äußern können.**

Die Projektverantwortlichen

Sabine Westerfeld  
Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen, Projektleiterin

Thomas Nauroth  
Cellitinneninstitut für Qualitätssicherung

Dr. Thomas Otten  
Erzbistum Köln, Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen





# **BVP**–Behandlung im Voraus Planen

Im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes wurde Ende 2015 § 132g ins Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Danach können Einrichtungen der Seniorenpflege sowie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Dieser Ansatz wurzelt in dem international etablierten Konzept „Advance Care Planning“ (ACP). Die Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen hat im Austausch mit internationalen Experten und unter Mitwirkung von Fachleuten aus Medizin, Rechtswissenschaften, Ethik/Theologie das BVP-Konzept und valide Formulare entwickelt. In einer anspruchsvollen Weiterbildung werden geeignete Fachkräfte zu BVP-Gesprächsbegleitern qualifiziert und zertifiziert.

Senioren und ihre Angehörigen werden durch zertifizierte Gesprächsbegleiter/innen und Hausärzte aktiv darin unterstützt, individuelle, aussagekräftige Patientenverfügungen zu erstellen bzw. stellvertretend die Behandlungswünsche zu ermitteln. Das Konzept von „**Behandlung im Voraus Planen**“ fördert, dass solcherart entstandene, verlässliche Dokumente tatsächlich beachtet und befolgt werden.

Diese Broschüre gibt Interessierten die Möglichkeit, sich auf die Gesprächsbegleitung vorzubereiten und das Konzept „**Behandlung im Voraus Planen**“ kennenzulernen.

## Anhang 5

### Konzeption regionaler Arbeitskreis BVP Köln

## **Konzeption regionaler Arbeitskreis BVP Köln**

### **Präambel**

Im Rahmen des Kooperationsprojektes der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen mit der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen des Erzbistums Köln zur Implementierung des Konzeptes „Behandlung im Voraus planen“(BVP) wurde der regionale Arbeitskreis BVP Köln initiiert.

Dem Konzept ‚Behandlung im Voraus planen‘ liegt ein systematischer und systemischer Ansatz zugrunde, um die Versorgung im Gesundheitswesen klientenorientierter zu gestalten und insbesondere die Selbstbestimmung bei aktueller und dauerhafter Nichteinwilligungsfähigkeit von alternden Menschen zu stärken. Die gesetzliche Grundlage findet sich im Hospiz- und Palliativgesetz, insbesondere im § 132g SGB V.

Bei der Implementierung von BVP versteht sich der Arbeitskreis als Teil eines Kulturwandels, um die immer noch tabuisierten Themen Sterben, Tod und gesundheitliche Vorsorge für die Gesellschaft zu öffnen. Der Arbeitskreis versteht sich als Teil eines bereits gut etablierten Netzwerks in der Stadt Köln.

Die im Folgenden aufgeführten Teilnehmer verfolgen als Institutionsvertreter aus der Region/Stadt Köln gegenwärtig das Ziel, das Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach den qualitätsgesicherten Standards der DiV-BVP zu implementieren.

### **Teilnehmer**

Berufsbetreuer vertreten durch Frau Claudia Jakobs

Berufsfeuerwehr Köln vertreten durch Frau Dr. Lara Franken

CBT – Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH vertreten durch Frau Jutta Severin

Cellitinnen-Institut vertreten durch Herrn Thomas Nauroth

Cellitinnen BVP Projekt vertreten durch Frau Sabine Westerfeld

Deutschordens-Wohnstift Konrad Adenauer gGmbH vertreten durch Frau Ulrike Nieder

DiCV Köln Vertreten durch Frau Dr. Andrea Schaeffer

Erzbistum Köln, Trainer für Behandlung im Voraus planen (DiV-BVP) vertreten durch Herrn Dr. Thomas Otten

Erzbistum Köln, Diözesanbeauftragter Ethik im Gesundheitswesen vertreten durch Herrn Ulrich Fink

Hausarzt vertreten durch Herrn Ralf Sartoris-Daubenbüchel

Hospiz- und Palliativnetzwerk Köln vertreten durch Frau Maria Hanisch

Johanniter Seniorenhäuser GmbH vertreten durch Herrn Georg Hammann

SAPV Dienst rechtsrheinisch vertreten durch Herrn Dr. Thomas Joist

Seniorenhaus St. Augustinus vertreten durch Herrn Dino Kierdorf

St. Vinzenz-Hospital vertreten durch Herrn Oliver Blaurock

Uniklinik Köln vertreten durch Herrn Dr. Felix Kolibay

Der Arbeitskreis trifft sich mind. 2-3x pro Jahr.

## **Aufgaben**

Der AK hat sich auf die folgenden Aufgaben verständigt:

- Projektbegleitung und Beratung der Projektverantwortlichen bis zum Projektende 28.02.2020
- Unterstützung bei Fragen zur Refinanzierung der Gesprächsbegleitungen nach § 132g SGB V mit den Krankenkassen
- Transparenz bezüglich der Aktivitäten in Köln herstellen
- Entwicklung von Ideen, wie die Implementierung gelingen kann
- Kooperation mit bestehenden Netzwerken und Knüpfung weiterer Kontakte
- Zur Erleichterung der Umsetzung und Erhöhung der Anwendbarkeit werden einheitliche Formulare, insbesondere des Notfallbogens (ÄNo), angestrebt

Die Tätigkeit des Arbeitskreises ist nicht an den Projektzeitraum gebunden. Eine Tätigkeit über den Projektzeitraum hinaus ist ausdrücklich erwünscht.

Die Teilnehmer des Arbeitskreises übernehmen eine Art Multiplikatoren-Funktion, um das Konzept BVP auf diese Weise in die Öffentlichkeit zu tragen sowie weitere Institutionen und Organisationen, die nicht am Arbeitskreis teilnehmen können oder möchten zu integrieren.

## Anhang 6

Flyer 'Behandlung im Voraus planen – ein wirksames Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen'

„Die gesundheitliche Versorgungsplanung soll zur Verbesserung des Prozesses des Zustandekommens von Behandlungs- und Betreuungswünschen beitragen und als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen und Wünschen der Leistungsberechtigten entspricht.“

(aus der Umsetzungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zum Gesetz über gesundheitliche Versorgungsplanung § 132g SGB V)



#### **Behandlung im Voraus planen (BVP)/ Advance Care Planning (ACP)**

Primäres Ziel ist die Übereinstimmung medizinischer Behandlung von Menschen im Falle schwerer und chronischer Erkrankung mit deren persönlichen Behandlungspräferenzen in Situationen, in denen diese selber aktuell nicht mehr einwilligungsfähig sind.

#### **Säule I:**

Altenheimbewohner werden – ggf. unter Einbeziehung ihrer An- und Zugehörigen – durch qualifizierte (nicht ärztliche) Gesprächsbegleiter unterstützt und befähigt, aussagekräftige, valide Patientenverfügungen in regional einheitlichen Dokumentationspapieren zu erstellen. Deren Bestandteil ist ein Notfallbogen („Ärztliche Anordnung für den Notfall“). Der (Haus-) Arzt ist in den Prozess einbezogen.

#### **Säule II:**

Sektorenübergreifende Sicherstellung der Beachtung und Umsetzung der Vorausplanung durch Information und Schulung aller potenziell in die Behandlung der Betroffenen einbezogenen Akteure, z. B. Rettungsdienst, Krankenhaus-Notaufnahme, Hausärztlicher Notdienst, SAPV ...

**Seniorenhaus GmbH**  
der Cellitinnen zur hl. Maria

Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

**Seniorenhaus GmbH**  
der Cellitinnen zur hl. Maria

Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

## **Behandlung im Voraus planen – ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen**

#### **Sabine Westerfeld (Projektleiterin)**

Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria

#### **Kontakt:**

bvp@cellitinnen.de

#### **Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria**

Graseggerstraße 105  
50737 Köln-Longerich  
Tel 0221 974514-0  
info@cellitinnen.de

#### **Weitere Infos:**

www.div-bvp.de  
www.sterbeninwuerde.de  
www.beizeitenbegleiten.de



**Eine Information für Mitarbeiter  
in Gesundheitsberufen und im  
sozialen Dienst.**

**Cellitinnen**  
Der Mensch in guten Händen

## Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen – ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen

### Sehr geehrte Damen und Herren,

das Hospiz- und Palliativgesetz ermöglicht Senioreneinrichtungen ihren gesetzlich versicherten Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten. Im Hintergrund dieses Angebotes steht das in einigen anderen Ländern schon etablierte Konzept Advance Care Planning (deutsch: Behandlung im Voraus planen – BVP).

Vorrangiges Ziel von BVP ist die Übereinstimmung medizinischer Behandlung von Menschen im Falle schwerer und chronischer Erkrankung mit deren persönlichen Behandlungspräferenzen; insbesondere in Situationen, in denen diese selber nicht mehr aktuell einwilligungsfähig sind.

Interessierte Menschen werden durch geschulte Gesprächsbegleiter in einem mehrstufigen Prozess befähigt, sich mit möglichen zukünftigen medizinischen Entscheidungssituationen auseinanderzusetzen und diesbezüglich persönliche Behandlungspräferenzen zu entwickeln. Diese werden in regional einheitlichen Patientenverfügungen und Notfallbögen dokumentiert.

Im Falle nicht mehr gegebener Einwilligungsfähigkeit wird ein solcher Gesprächsprozess dem Patientenvertreter (Bevollmächtigter, Betreuer) der betreffenden Personen angeboten.

In Zusammenarbeit mit der Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen des Erzbistums Köln hat sich die Seniorenhaus GmbH zur hl. Maria auf den Weg gemacht, den Bewohnern ihrer Seniorenhäuser solche Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung und zur Erstellung aussagekräftiger Patientenverfügungen anzubieten. Mitarbeiter des Unternehmens haben sich dazu in einem ersten Schritt zu qualifizierten BVP-Gesprächsbegleitern (DiV-BVP) ausbilden lassen.

**Für das Gelingen des zweiten Schrittes sind wir auf eine Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen!**

Die Berücksichtigung der Bewohnerwünsche wird nur dann gelingen, wenn im Anwendungsfall alle an der Umsetzung beteiligten Personen schnell Zugang zu den erstellten Vorsorgedokumenten haben und wenn diese unmittelbar aussagekräftig und verständlich sind. Unser Anliegen ist deshalb, mit allen innerhalb der medizinischen Versorgungskette möglicherweise einmal für unsere Bewohner relevant werdenden Personen in Kontakt zu treten. Wir wollen sie über das Projekt, die Qualität der Beratung und die Aussagekraft und Validität der erstellten Patientenverfügungen informieren.

Letztlich würden wir Sie gerne dafür gewinnen, den Nutzen von BVP zu entdecken: für die Bewohner von Einrichtungen der Altenhilfe, für deren Angehörige, die Vertreter und – nicht zuletzt – für Sie als medizinisch-pflegerische Versorger.

Wir werden versuchen, möglichst bald Kontakt mit Ihnen aufzunehmen.

Wir freuen uns auch sehr, wenn Sie bei Interesse vorab in Kontakt mit uns treten!

Sabine Westerfeld (Projektleiterin)  
Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria



## Anhang 7

Fragebögen zur Auswertung der Implementierung BVP

### Mitarbeiter Fragebogen zur Auswertung der Implementierung BVP

Vom 01.03.2018 bis zum 28.02.2020 haben wir das Projekt zur Implementierung von Behandlung im Voraus planen – BVP in sechs Seniorenhäusern der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria durchgeführt. Gerne möchten wir dieses nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ auswerten. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns dabei unterstützen, indem Sie nachfolgende Fragen beantworten und den ausgefüllten Fragebogen über Ihre SHL oder BL P&SKB an [bvp@cellitinnen.de](mailto:bvp@cellitinnen.de) senden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

**Abkürzungen:**

Behandlung im Voraus planen = BVP

Patientenverfügung = PV

Vertreterdokumentation = VD

Bitte bewerten Sie mittels ankreuzen  auf der Bewertungsskala.

Verwenden Sie für Ihre Ergänzungen gerne die Möglichkeit zum Freitext, jeweils unterhalb der Frage.

**Wie lange sind Sie im Seniorenhaus tätig:** kürzer als 2 Monate  2 – 12 Monate

länger als 1 Jahr

1. Die BVP-PV bzw. BVP-VD gibt mir Sicherheit in gesundheitlichen Krisensituationen der Bewohner.	trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu <div style="text-align: center; margin-top: -10px;"> <span style="margin: 0 10px;">1</span> <span style="margin: 0 10px;">2</span> <span style="margin: 0 10px;">3</span> <span style="margin: 0 10px;">4</span> <span style="margin: 0 10px;">5</span> </div>
2. In gesundheitlichen Krisensituationen der Bewohner gibt mir die BVP-PV bzw. BVP-VD im Vergleich zu herkömmlichen PV mehr Sicherheit.	trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu <div style="text-align: center; margin-top: -10px;"> <span style="margin: 0 10px;">1</span> <span style="margin: 0 10px;">2</span> <span style="margin: 0 10px;">3</span> <span style="margin: 0 10px;">4</span> <span style="margin: 0 10px;">5</span> </div>
3. Die BVP-PV bzw. die BVP-VD wird in Notfallsituationen von Rettungspersonal bzw. Notfallmedizinern beachtet.	<input type="checkbox"/> persönliche Erfahrung <input type="checkbox"/> Information durch Kollegen  trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu <div style="text-align: center; margin-top: -10px;"> <span style="margin: 0 10px;">1</span> <span style="margin: 0 10px;">2</span> <span style="margin: 0 10px;">3</span> <span style="margin: 0 10px;">4</span> <span style="margin: 0 10px;">5</span> </div>



## Bevollmächtigte / Angehörige/ Betreuer Fragebogen zur Auswertung der Implementierung BVP

Vom 01.03.2018 bis zum 28.02.2020 haben wir das Projekt zur Implementierung von Behandlung im Voraus planen – BVP in sechs Seniorenhäusern der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria durchgeführt. Gerne möchten wir dieses nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ auswerten. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns dabei unterstützen, indem Sie nachfolgende Fragen beantworten und den ausgefüllten Fragebogen an [bvp@cellitinnen.de](mailto:bvp@cellitinnen.de) senden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

**Abkürzungen:**

Behandlung im Voraus planen = BVP

Patientenverfügung = PV

Vertreterdokumentation = VD

Bitte bewerten Sie mittels ankreuzen  auf der Bewertungsskala.

Verwenden Sie für Ihre Ergänzungen gerne die Möglichkeit zum Freitext, jeweils unterhalb der Frage.

**Ich bin Bevollmächtigter/Betreuer**  **Angehöriger/Zugehöriger**  (beide Antworten möglich)

**Erstellt wurde eine PV**  **VD**

**Die PV / VD wurde erstellt vor ca. wieviel Monaten?**    3     6     12

1. Die PV und der Gesprächsprozess haben dazu geführt, dass ich, im Hinblick auf medizinische Behandlungsentscheidungen meines vorausplanenden Angehörigen (Bewohner), mehr Sicherheit gewonnen habe.	trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span> <span>2</span> <span>3</span> <span>4</span> <span>5</span> </div>
2. Durch die vorhandene BVP-PV bzw. BVP-VD fühle ich mich emotional entlastet.	trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span> <span>2</span> <span>3</span> <span>4</span> <span>5</span> </div>

<p>3. Der BVP Gesprächsprozess und die Dokumentation führen dazu, dass mein Angehöriger in gesundheitlichen Krisensituationen in einem höheren Maße so behandelt wird, wie er es wünscht.</p>	<p>trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu                  1      2      3      4      5</p>
<p>4. Fallen Ihnen Beispiele für durchgeführte bzw. nicht durchgeführte med. Maßnahmen (z.B. KH-Einweisungen) ein, die ohne die vorliegende BVP-PV bzw. BVP-VD anders verlaufen wären?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja &gt; gerne kurz beschreiben  <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>5. Empfinden Ihr vorausplanender Angehöriger (Bewohner) den Gesprächsprozess als belastend? (bestätigt durch konkrete Äußerungen)</p>	<p>trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu                  1      2      3      4      5</p>
<p>6. Fühlt sich Ihr vorausplanender Angehöriger (Bewohner) durch die Festlegungen gewünschter bzw. nicht gewünschter medizinischer Maßnahmen entlastet? (bestätigt durch konkrete Äußerungen)</p>	<p>trifft gar nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft im hohen Maße zu                  1      2      3      4      5</p>





## Anhang 8

Tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Befragung

## Ergebnis Mitarbeiter Befragung zur Auswertung der Implementierung BVP

Wie lange sind Sie im Seniorenhaus tätig

kürzer 2 Monate	<b>2</b>
2 - 12 Monate	<b>3</b>
länger 1 Jahr	<b>47</b>

### Frage 1

Die BVP-PV bzw. BVP-VD gibt mir Sicherheit in gesundheitlichen Krisensituationen der Bewohner.

1 trifft gar nicht zu	<b>0</b>
2	<b>0</b>
3	<b>9</b>
4	<b>16</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>28</b>

"sehr übersichtlich in Notfällen"

### Frage 2

In gesundheitlichen Krisensituationen der Bewohner gibt mir die BVP-PV bzw. BVP-VD im Vergleich zu herkömmlichen PV mehr Sicherheit.

1 trifft gar nicht zu	<b>0</b>
2	<b>0</b>
3	<b>4</b>
4	<b>14</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>35</b>

"nicht so viel Text zum studieren, übersichtlicher als Fließtext"

### Frage 3

Die BVP-PV bzw. die BVP-VD wird in Notfallsituationen von Rettungspersonal bzw. Notfallmedizinern beachtet

Gesamt	<b>48</b>
1 trifft gar nicht zu	<b>1</b>
2	<b>1</b>
3	<b>8</b>
4	<b>24</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>14</b>

pers. Erfahrung	<b>31</b>
1 trifft gar nicht zu	<b>1</b>
2	<b>0</b>
3	<b>4</b>
4	<b>14</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>12</b>

Info Kollege	<b>13</b>
1 trifft gar nicht zu	<b>0</b>
2	<b>1</b>
3	<b>3</b>
4	<b>7</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>2</b>

ohne Angaben	<b>4</b>
1 trifft gar nicht zu	<b>0</b>
2	<b>0</b>
3	<b>1</b>
4	<b>3</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>0</b>

**Frage 4**

Fallen Ihnen Beispiele für durchgeführte bzw. nicht durchgeführte med. Maßnahmen (z.B. KH-Einweisungen) ein, die ohne die vorliegende BVP-PV bzw. BVP-VD des Bewohners anders verlaufen wären?

ja	<b>23</b>
nein	<b>29</b>

"Beachtung palliativer Behandlung"

"nächtliche Notfallsituation; Notarzt beachtet Festlegung in BVP"

"KH Einweisung wurde verhindert"

"BW hat sich mittels BVP klar gegen KH Aufenthalt entschieden - auch im Notfall!"

"BW mit 4 bevollmächtigten Töchtern. Bei AZ Verschlechterung Uneinigkeit zum weiteren Vorgehen, Medis abgesetzt, dann wieder angesetzt. BVP im Vorfeld abgelehnt"

"Anlage PEG trotz schriftlicher Ablehnung"

"Reanimation trotz herkömmlicher PV"

"keine PEG, Absetzung der Medikamente"

**Frage 5**

Durch die vorliegende BVP-PV bzw. BVP-VD fühle ich mich emotional entlastet.

1 trifft gar nicht zu	<b>1</b>
2	<b>3</b>
3	<b>9</b>
4	<b>18</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>20</b>

emotional?

**Frage 6**

Die BVP Gespräche und Dokumentationen führen dazu, dass die Bewohner in gesundheitlichen Krisensituationen in einem höheren Maße so behandelt werden, wie sie es wünschen.

1 trifft gar nicht zu	<b>0</b>
2	<b>0</b>
3	<b>8</b>
4	<b>14</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>31</b>

**Frage 7**

BVP führt zu einem Kulturwandel im Hinblick auf den Stellenwert der Selbstbestimmung der Bewohner im Seniorenhaus.

1 trifft gar nicht zu	<b>0</b>
2	<b>2</b>
3	<b>5</b>
4	<b>19</b>
5 trifft in hohem Maße zu	<b>26</b>

"meiner Meinung nach schon mit normalen PV"

## Ergebnis Bevollmächtigte/Angehörige /Betreuer Befragung zur Auswertung der Implementierung BVP

Ich bin

Betreuer/Bevollmächtigter	2
Angehöriger	2
beides	19

Erstellt wurde eine

PV	10
VD	13

Die PV / VD wurde erstellt vor ca. wieviel Monaten?

3 Monaten	2
6 Monaten	10
12 Monaten	10

### Frage 1

Die PV und der Gesprächsprozess haben dazu geführt, dass ich, im Hinblick auf medizinische Behandlungsentscheidungen meines vorausplanenden Angehörigen (Bewohner), mehr Sicherheit gewonnen habe.

1 trifft gar nicht zu	1	"Dies trifft auch auf die Vertreterdokumentation = VD zu."
2	0	
3	2	"Bewohnerin war dement, Wünsche waren vorher bekannt"
4	10	
5 trifft in hohem Maße zu	10	

### Frage 2

Durch die vorhandene BVP-PV bzw. BVP-VD fühle ich mich emotional entlastet.

1 trifft gar nicht zu	0	"Für mich war die Erstellung der PV sehr erleichternd und aufschlussreich."
2	0	
3	5	"Machen Sie das Projekt weiter. Ich habe es als sehr sinnvoll und wohltuend empfunden und schon mehrfach weiter empfohlen."
4	8	
5 trifft in hohem Maße zu	10	

### Frage 3

Der BVP Gesprächsprozess und die Dokumentation führen dazu, dass mein Angehöriger in gesundheitlichen Krisensituationen in einem höheren Maße so behandelt wird, wie er es wünscht.

1 trifft gar nicht zu	0	"mein Ang. hat sich nicht dazu geäußert, insofern habe ich für ihn entschieden"
2	0	
3	1	"dies kam zum Glück in der Zwischenzeit nicht vor"
4	9	
5 trifft in hohem Maße zu	10	

**Frage 4**

Fallen Ihnen Beispiele für durchgeführte bzw. nicht durchgeführte med. Maßnahmen (z.B. KH-Einweisungen) ein, die ohne die vorliegende BVP-PV bzw. BVP-VD anders verlaufen wären?

Ja	2	Nein	21
----	---	------	----

"Eine Pandemie, wie sie gerade vorliegt, setzt vieles außer Kraft. Es wäre wünschenswert, wenn diese Dokumentation dann trotzdem ihre Gültigkeit nicht verlieren."

"Vermeidung eines stationären Krankenhausaufenthaltes"

"Zwei Krankenseinweisungen aufgrund zeitlich längerer Nichtansprechbarkeit des Bewohners konnten dadurch verhindert werden, was sich als sehr sinnstiftend erwiesen hat."

**Frage 5**

Empfand Ihr vorausplanender Angehöriger (Bewohner) den Gesprächsprozess als belastend? (bestätigt durch konkrete Äußerungen)

keine Aussage möglich	8
1 trifft gar nicht zu	8
2	4
3	1
4	1
5 trifft in hohem Maße zu	0

Aufgrund der Demenz war es meiner Mutter nur möglich am Erstgespräch der Behandlung im Voraus planen teilzunehmen. Sie schien mir sichtlich erleichtert, dass das Thema "Sterben" angesprochen wurde. "weil man darüber auch mal reden muss und das nicht mit jedem machen kann." Der Gesprächsversuch war für sie somit nicht belastend."

"bedingt durch starke Schwerhörigkeit und Auseinandersetzung mit dem Tod, sowie lebenslanger Schwermütigkeit."

"Als belastend nicht, war streckenweise überfordert mit der Entscheidung, was aber durch sehr gut dadurch berücksichtigt wurde, dass dann der Prozess unterbrochen und zu einem neuen Termin neu aufgegriffen wurde."

**Frage 6**

Fühlt sich Ihr vorausplanender Angehöriger (Bewohner) durch die Festlegungen gewünschter bzw. nicht gewünschter medizinischer Maßnahmen entlastet? (bestätigt durch konkrete Äußerungen)

keine Aussage möglich	10
1 trifft gar nicht zu	0
2	0
3	5
4	3
5 trifft in hohem Maße zu	4

"Da bin ich jetzt erleichtert, dass alles geklärt ist"

"Sie hatte wohl die Sorge, ob sie nun richtig entschieden und vor allem ob ihre Entscheidung im kommenden konkreten Fall auch passend sei. Dies konnte ich dadurch beruhigen, dass ich erklären konnte, dass der konkrete Fall bzw. Situation ja mit Bevollmächtigter besprochen werden wird."

## Ergebnis Hausärzte Befragung zur Auswertung der Implementierung BVP

### Frage 1

Durch die BVP-PV bzw. BVP-VD, kenne ich die konkreten Behandlungswünsche meiner Patienten besser.

1 trifft gar nicht zu	0
2	2
3	1
4	2
5 trifft in hohem Maße zu	2

### Frage 2

Die BVP-PV bzw. BVP-VD geben mir im Vergleich zu herkömmlichen PV mehr Sicherheit.

1 trifft gar nicht zu	0
2	4
3	0
4	0
5 trifft in hohem Maße zu	3

"Vor allem wegen des Notfallbogens"

### Frage 3

Fallen Ihnen Beispiele für durchgeführte bzw. nicht durchgeführte med. Maßnahmen (z.B. KH-Einweisungen) ein, die ohne die vorliegende BVP-PV bzw. BVP-VD anders verlaufen wären?

ja	3	nein	4
----	---	------	---

"Leider bleibt der Eindruck bestehen, dass Personalknappheit in diesen Tagen eine individualisierte Medizin nicht erleichtert."

"Demente Pat. ohne PV wurde reanimiert und fiel ins Wachkoma mit jahrelanger künstl. Ernährung. Fragwürdig, ob sie dies wollte."

"Vor allem bei den Vertreter-Verfügungen habe ich den Eindruck, dass die Beratung die Angehörigen entlastet und das Gefühl der Überforderung reduziert. Es gibt Klarheit auch in der Pandemiesituation bemerke ich in den Gesprächen mit Angehörigen. In den letzten Monaten waren 2x Notfallsituationen mit BVP 1 x mit Notarzt und 1 x mit Bereitschaftsarzt ohne Einweisung gut begleitet. Das Pflegepersonal hat Orientierung."

### Frage 4

Der BVP Prozess hat dazu geführt, dass ich mit den Beteiligten ein vertiefendes Gespräch zu den Behandlungswünschen des Patienten geführt habe.

1 trifft gar nicht zu	0
2	0
3	5
4	2
5 trifft in hohem Maße zu	0

"Die Gespräche gab es auch schon vorher"

"Kontakt zu Angehörigen findet u.a. in Coronazeiten zu wenig statt"

**Frage 5**

Die BVP Gespräche und Dokumentationen führen dazu, dass die Bewohner in gesundheitlichen Krisensituationen in einem höheren Maße so behandelt werden, wie sie es wünschen.

1 trifft gar nicht zu	1	"Sachzwänge, DRG-Systeme, Medizinbasis mit profitorientierten Gesundheitssystem in allen Bereichen lassen diese schöne Idee nur bedingt zu. Problem auch hier die Doppelmoral in kirchlich geführten Häusern, die leider immer noch zum Tragen kommt"
2	1	
3	0	
4	3	
5 trifft in hohem Maße zu	2	

"Wichtig dass alle ( Angehörige, Pflegende und Ärzte, auch wenn notfallmäßig dazu gerufen oder nur vertretungsweise vor Ort) sich klar orientieren können."

**Frage 6**

BVP führt zu einem Kulturwandel im Hinblick auf den Stellenwert der Selbstbestimmung der Bewohner im Seniorenhaus.

1 trifft gar nicht zu	1	"Die Idee ist prima und Unterstützens wert, erschwerend ist die im SH häufig vorkommende Demenz der BW"
2	1	
3	2	
4	3	
5 trifft in hohem Maße zu	0	

## Anhang 9

Leitfaden zur internen & externen Implementierung ACP/BVP

*Dieser Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Er gibt die bisher gemachten Erfahrungen wieder.*

## Interne Implementierung

Interne BVP-Projektgruppe	
Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BVP Gesprächsbegleiter (verantwortlich)</li> <li>- Seniorenhausleitung</li> <li>- Pflegedienstleitung</li> <li>- Qualitätsbeauftragte</li> <li>- Wohnbereichsleitungen</li> </ul>
Tipp:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PFK mit Palliativer Fachausbildung, die als Multiplikatoren in den Teams fungieren.</li> </ul>
Aufgaben:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planung &amp; Abstimmung</li> <li>- Information</li> <li>- Schulung</li> <li>- Erarbeitung Standard ACP/BVP</li> <li>- Evaluation</li> </ul>

Mitarbeiter Fortbildung		
Zeitraum	Zielgruppe	Inhalt
Vor Implementierung	Alle Mitarbeiter des SH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was ist ACP/BVP?</li> <li>- Herkunft von ACP/BVP</li> <li>- Unterschied zu herkömmlichen Patientenverfügungen</li> <li>- gesetzliche Anspruchsberechtigung</li> <li>- Ansprechpartner im Seniorenhaus für die Durchführung</li> <li>- Wo finden sich weitere Informationen</li> </ul>
Ab Implementierung	PFK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechtliche Grundlagen von ACP/BVP</li> </ul>

Zu Beginn ½ jährliche Wiederholungen		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenntnisse und Verstehen der DiV-BVP Dokumentation (Patientenverfügung und Vertreterdokumentation)</li> <li>- Verstehen der Ablage und Abrufmechanismen der BVP-Dokumentation</li> <li>- Initiierung von BVP-Gesprächen und Vermittlung an den BVP-Gesprächsbegleiter</li> </ul>
Ab Implementierung	Alle Mitarbeiter Pflege, Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulung Standard ACP/BVP</li> </ul>
Tipp:		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klärung der Fragen der internen Festlegung Ablage PV und ggf. zusätzlich des Notfallplans</li> </ul>

Information		
Zeitraum	Zielgruppe	Inhalt
Fortlaufend	Team Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorstellung erstellter PV bzw. VD in Übergaben / Teamsitzungen</li> </ul>
Vor Implementierung	Bewohner-Beirat	<p>Im Gespräch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planung Implementierung</li> <li>- Vorstellung Konzept</li> <li>- Informationsmaterial</li> </ul>
Ab Implementierung	Bevollmächtigte/ Zugehörige/Betreuer	<p>Rundschreiben oder Informationsveranstaltung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Info zu Möglichkeit der Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g, nach dem Konzept der DiV-BVP</li> <li>- Info zur Refinanzierung (GKV)</li> <li>- Ggf. Kosten für PKV</li> </ul>

Ab Implementierung	Bewohner, Bevollmächtigte/ Zugehörige/Betreuer, regionale Öffentlichkeit (Presse)	Informationsveranstaltung: - Vortrag zu ACP/BVP - Informationsmaterial
Ab Implementierung  Zu Beginn ½ jährliche Wiederholungen	Bewohner	Hauszeitung: - Sinn und Zweck von BVP - Wiederholen bis allen BW, die bereits im Haus wohnen, das Angebot unterbreitet wurde - Neue BW erhalten Info mit Einzugsunterlagen
Ab Implementierung  Fortlaufend für HÄ, die das Konzept noch nicht kennen	Hausärzte	- Schriftliche Info zur Implementierung und Ankündigung einer Konzeptvorstellung anhand BVP eines Patienten des HA (Datenschutz!!) - Im Gespräch in der Arztpraxis Konzept BVP durch GB vorstellen und weiteres Vorgehen abstimmen (z.B. Zugang der Übermittlung erstellter PV/VD, Kopie oder Scan an HA, etc.)

## Externe Implementierung

Regionale Steuerungsgruppe	
Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BVP GB als Koordinator</li> <li>- Hausarzt mit Palliativkompetenz und Verbindung zu Palliativen QZ</li> <li>- BVP GB der Region</li> <li>- Ggf. Vertreter Kommune</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ggf. Vertreter Feuerwehr / Notärzte</li> </ul>
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vor Beginn der Implementierung</li> <li>- Ca. 2monatige Treffen und Abstimmung der nächsten Schritte</li> </ul>
Aufgaben:	<p>Kontaktaufnahme, Kontaktpflege, Information und Schulung der regionalen Organisationen im Gesundheitswesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bestehende Netzwerke der SH prüfen</li> <li>- bestehende palliative QZ als Plattform nutzen</li> <li>- regionale Vernetzungstreffen GVP (SH/Träger)</li> <li>- Ggf. Initiierung eines regionalen Arbeitskreises ACP/BVP</li> <li>- Rückkopplung der Informationen aus der regionalen Vernetzung in die Seniorenhäuser</li> </ul>

	<b>Wichtige Akteure</b>
Kooperationspartner der Seniorenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsbetreuer</li> <li>- Hausärzte</li> <li>- Krankenhäuser</li> <li>- SAPV</li> <li>- Palliative QZ</li> <li>- amb. Hospizdienste</li> <li>- Ehrenamtliche Mitarbeiter</li> <li>- Kommune: z.B. Heimaufsicht</li> <li>- Seniorenetzwerke</li> <li>- Konfessionelle Akteure (Gemeindearbeit)</li> </ul>
Regionaler Arbeitskreis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trägervertreter der Altenhilfe</li> <li>- Krankenhausärzte</li> <li>- Hausärzte und Palliativmediziner</li> <li>- Notfallmediziner der Berufsfeuerwehr</li> <li>- Vertreter von Hospiz- und Palliativnetzwerken</li> <li>- Vertreter Berufsbetreuer</li> <li>- Vertreter der Kommune</li> </ul>

Krankenhaus Schulung		
Zeit	Zielgruppe	Inhalt
Tipp:	Über Teilnehmer der Ethikkomitees Kontakt zu Chefärzten herstellen.	
Ggf. zunächst in Früh- bzw. Mittags- besprechungen ACP/BVP kurz vorstellen  Schulung 2 UE à 45 Minuten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensivmedizin</li> <li>- Palliativmedizin</li> <li>- Anästhesie</li> <li>- Innere Medizin</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Neurologie</li> <li>- Geriatrie</li> <li>- Pflegemitarbeiter</li> <li>- Sozialdienst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Konzept ACP/BVP mit dem Fokus auf die ärztliche Perspektive in der Klinik</li> <li>- Der Prozess der Gesprächsbegleitung</li> <li>- Festlegung der Behandlungspräferenzen in den Formularen</li> <li>- Umsetzung des Patientenwillens in der Praxis</li> </ul>
Feuerwehr Notfallmediziner Schulung		
<p>Häufig Rechtsunsicherheit, da Auftrag 'Leben retten' zu Reanimation verpflichtet? (wird häufig noch so gelehrt)</p> <p>Weg der Aufklärung immer über die Verantwortlichen, bevor Lerninhalt in den Ausbildungen angepasst werden kann.</p>		
<p>Bereits tätige Notärzte und Rettungssanitäter müssen jährliche Pflichtfortbildungen absolvieren. In diesem Rahmen das ACP/BVP-Konzept erläutern und Rechtssicherheit geben.</p>		