



Augsburger Notfallbogen

Ein Baustein des ACP
(Advance Care Planning)

Erste Erfahrungen

Der 74. Bayerische Ärztetag beschloss 2015, „die ärztliche Beratung beim Erstellen von Patientenverfügungen deutlich zu stärken.“ Mit dem angestrebten „System zur vorsorglichen Beratung im Sinne von Advance Care Planning (ACP)“ greift die Bayerische Ärzteschaft eine aktuelle Entwicklung auf, die unter anderem durch den neuen §132g SGB V („Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“) auch in Deutschland zu- nehmend an Fahrt gewinnen dürfte. Der vorliegende Beitrag erläutert Hintergrund, Konzept und Implementierung der vorausschauenden Behandlungsplanung.

- » § 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
- » (1) Zugelassene **Pflegeeinrichtungen** im Sinne des § 43 des Elften Buches und **Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen** 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. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.**

- » (2) 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, hospizlichen und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

Beteiligte sind also die Einrichtung (Pflege, Behinderte) UND:

- der Versicherte bzw. Bevollmächtigte/Betreuer
- der behandelnde Hausarzt
- evtl. Angehörige und Vertrauenspersonen
- SAPV-Team (= regionaler Anbieter)
- Hospizgruppen

Kernfrage: Was ist zu tun?

- » **Indikation und Einwilligung**
- » **Ermittlung des Patientenwillens**
- » **Tools**
 - **Patientenverfügung**
 - **Vorsorgevollmacht, Betreuung, Betreuungsverfügung**
 - **Vertreterverfügung**
 - **Ethische Fallbesprechung**
 - ⇒ **Notfallplanung**

- ⇒ **Vorstellung der Tools**

ABLAUFDIAGRAMM



§ 1901a DGD:

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

§ 1901a BGB:

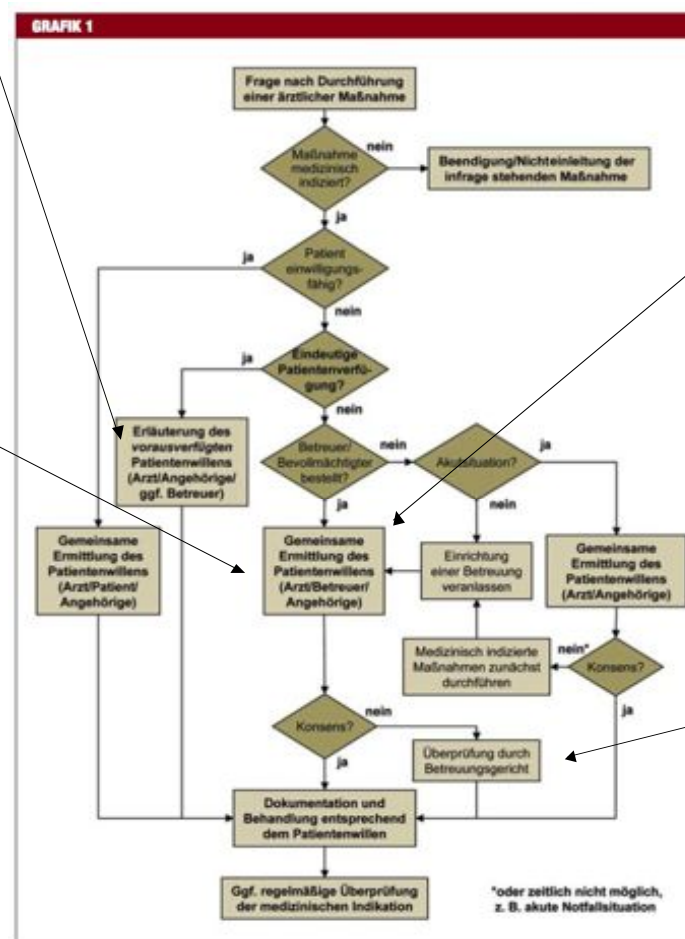
(2) Liegt keine Patientenverfügung vor, so treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betroffenen festzustellen. An dieser Grundlage zu entscheiden, ob er eine ärztliche Maßnahme mit Absatz 1 einwilligt, entscheidet er unter Zugrundelegung des mutmaßlichen Willens. Der mutmaßliche Wille ist zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, Wünsche oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betroffenen.

§ 1901a DGD:

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

(4) Niemand kann zur Erreichung oder Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Befragung eines Vertragspartners gezwungen werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bewilligung entsprechende



Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 40 | 2. Oktober 2009

§ 1901b BGB Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens:

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist, und der Betreuer erbringt 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 vorher Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der Betroffenen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

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

§ 1904 Genehmigung durch Betreuungsgericht

Nur im Konfliktfall anwendbar

Rechtliche Bedeutung der Patientenverfügung ab 2009 – Zusammengefasst von Horst Gaiser

ZWEI SÄULEN

ARZT:
beurteilt
die
Indikation:

- medizinische
 - ärztliche
- INDIKATION + EINWILLIGUNG



PATIENT
oder
VERTRETER:
Einwilligung

Ausnahme:
Notfall

Gibt es die Indikation?

Medizinische Indikation

Der Teil der Indikationsstellung,
„**der aus objektiv-fachlicher Sicht gewährleistet,
dass eine diagnostische oder therapeutische
Maßnahme sinnvoll und lege artis angeboten
werden kann**“

Neitzke (2008)



Ärztliche Indikation

Personalisierte und individualisierte
medizinische Indikation,
„**abgestimmt auf die psychische und soziale
Verfassung eines Kranken, auch auf seine
Vorerfahrungen und religiösen Überzeugungen.**“

Raspe H (1995)



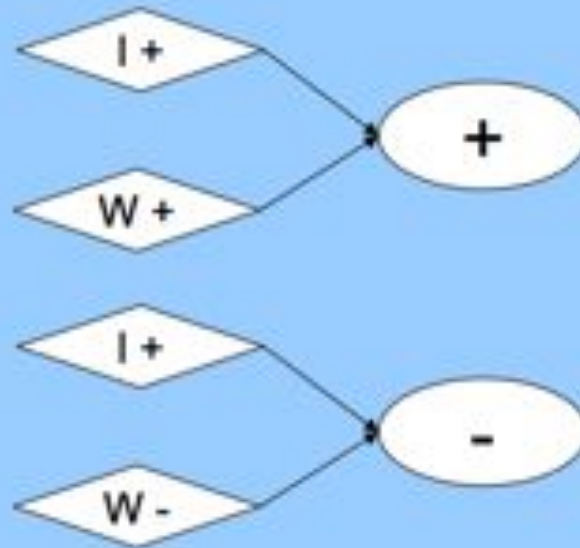
U. Wehrli: Kloes Auge aufräumen

§ 1901b BGB:

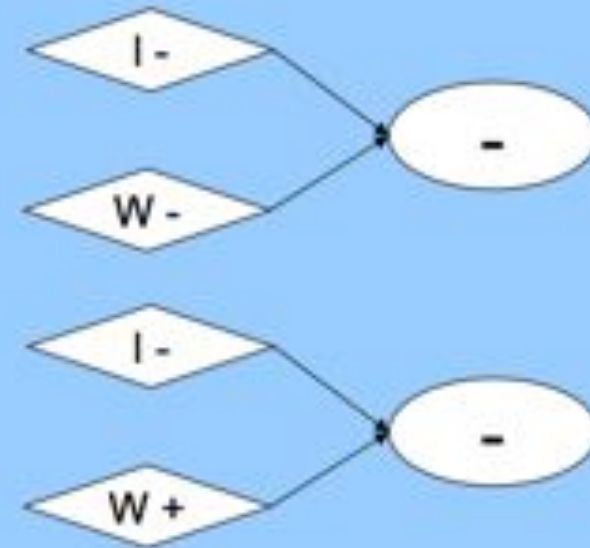
§ 1901b BGB: *Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens*

- (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.“

Wechselwirkung Indikation - Patientenwille



Die Indikation erwirkt keine Behandlung gegen den Patientenwillen



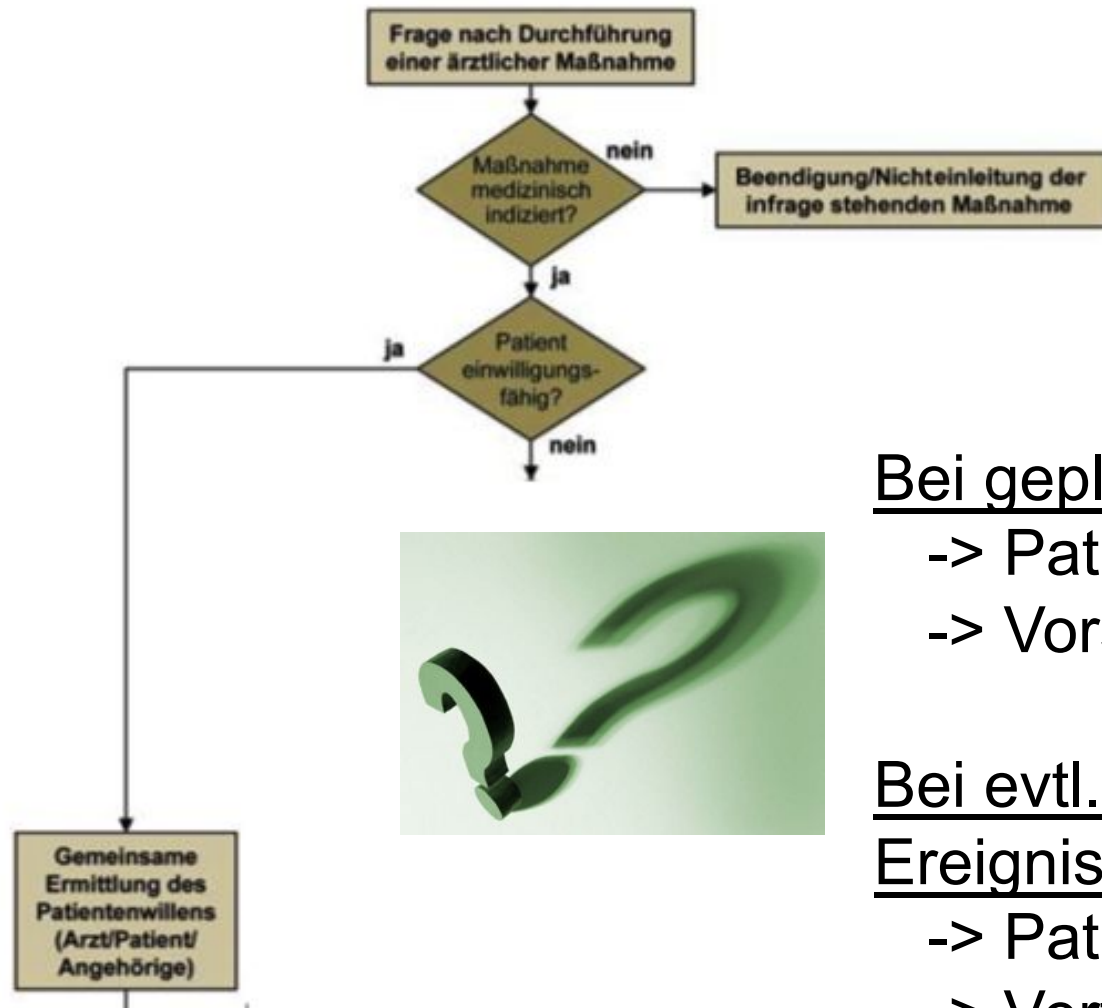
Der Patientenwille erwirkt keine Behandlung gegen die Indikation

Da das Selbstbestimmungsrecht ein *Abwehrrecht* ist, erlischt mit der fehlenden Indikation der ärztliche Heilauftrag

Ulsenheimer (2010)

Die Indikation des Arztes genießt den gleichen Schutz wie der Wille des Patienten!

1. Fazit: Ohne Indikation kein Eingriff



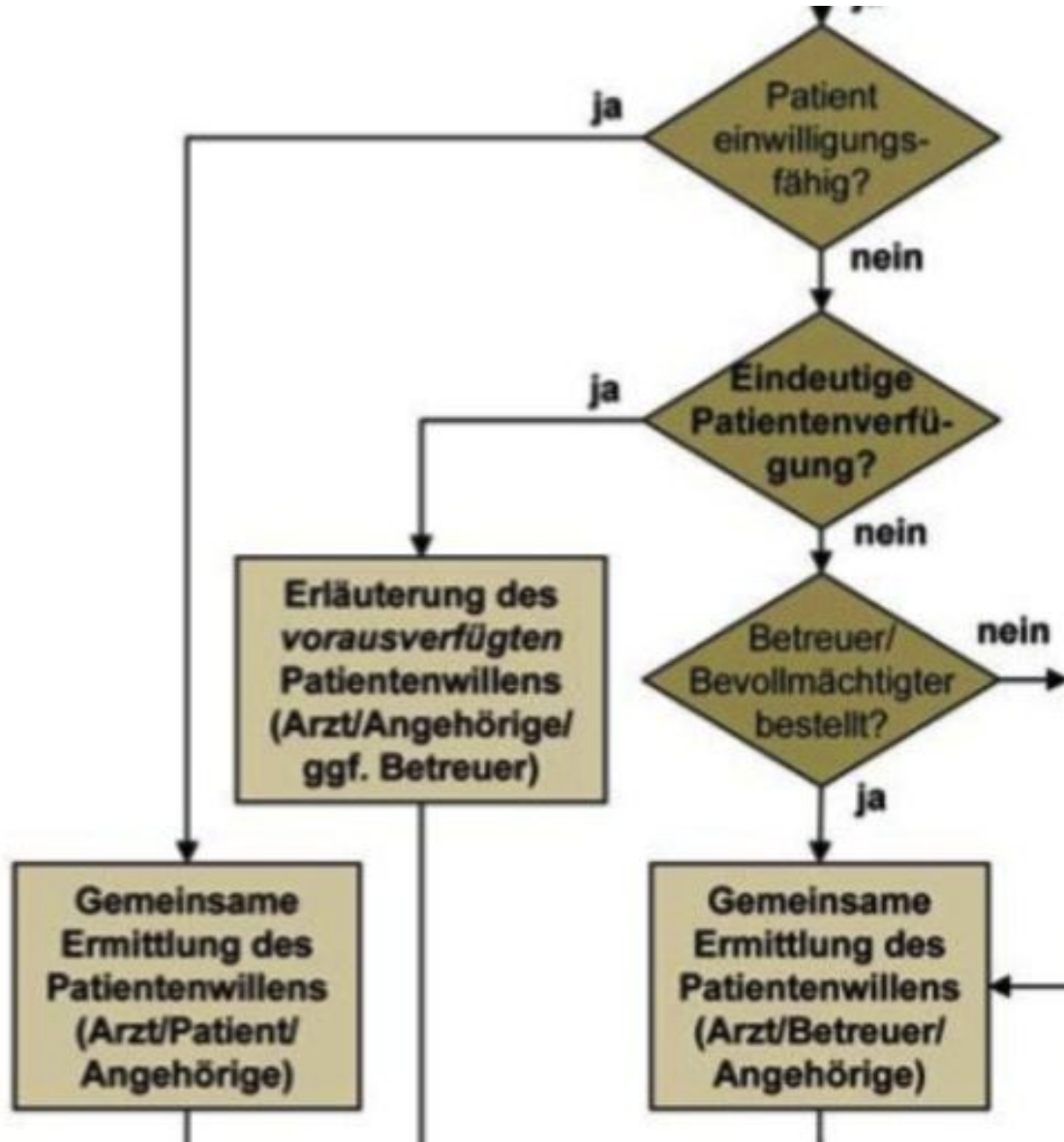
Bei geplantem Eingriff:

- > Patientenverfügung
- > Vorsorgevollmacht

Bei evtl. vorkommenden Ereignissen und Notfällen:

- > Patientenverfügung
- > Vertreterverfügung

Säule 2: Einwilligung (Ausnahme Notfälle)



Werkzeuge:

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht
Betreuungsverfügung

Evtl. Ethische
Fallbesprechung

§ 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.

- Volljährig
- Einwilligungsfähig
- Schriftlich
- noch nicht unmittelbar bevorstehend

Der Paragraph § 1901 a geht weiter

(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.

Wichtig: was für den Betreuer gilt, gilt auch für den Inhaber einer Vorsorgevollmacht

MÖGLICHE PROBLEMBEREICHE:

- 1. Es gibt keine Patientenverfügung**
- 2. Patientenverfügung trifft nicht zu**
- 3. Ermittlung des Patientenwillens braucht Zeit und der Bevollmächtigt/Betreuer braucht evtl. Unterstützung**
- 4. Angehörige, Mitarbeiter des Pflegeheimes, Bevollmächtigte und/oder Betreuer wollen eine Lösungen für nicht einwilligungsfähige Patienten, die auch in Notfallsituationen greift, um beispielsweise unnötige Notarzteinsätze und/oder Klinikeinweisungen zu vermeiden**

Eine mögliche Lösung
= ACP

ACP in Augsburg:

- Ausbildung von Gesprächsberatern
- Info-Material
- Vorsorgemappe
- Vertreterverfügung
- Augsburger Notfallbogen

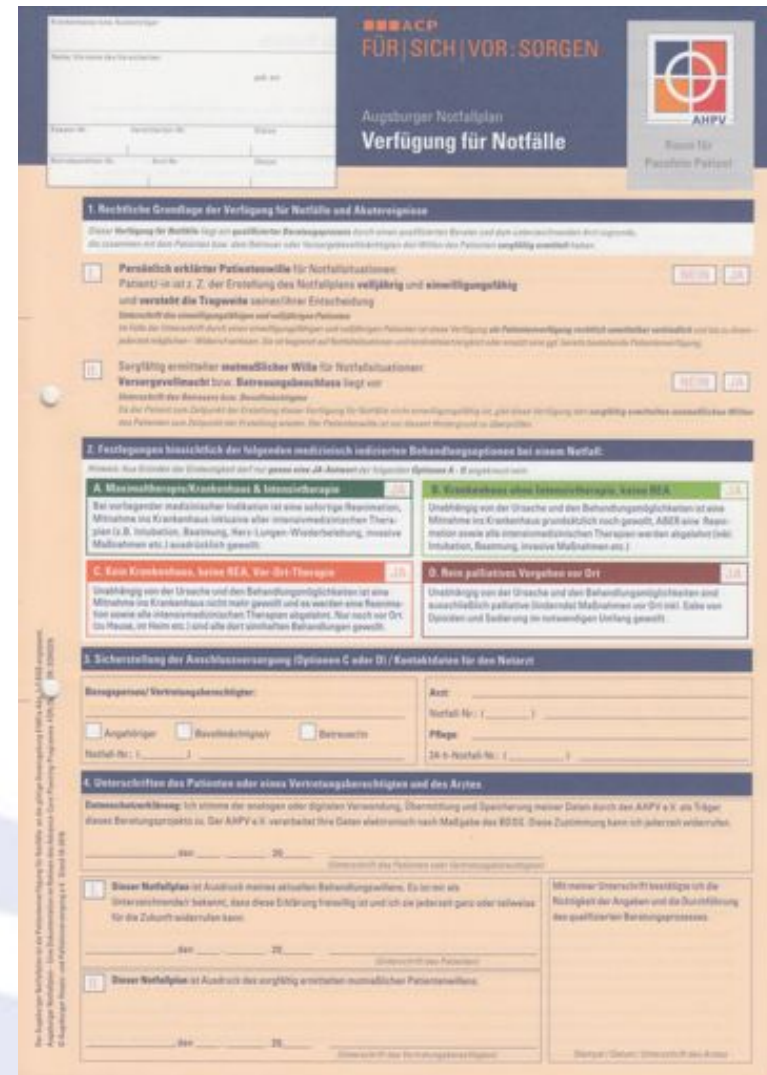


ACP-Konzept in Augsburg

Ermittlung und Dokumentation des Patientenwillen				
Sicherheit:	Patient ist entscheidungs-fähig	vorausverfügender Wille	mutmasslicher Wille	allgemeine Wertmassstäbe
Werkzeuge:	informierte Einwilligung	Patientenverfügung	ethische Fallbesprechung	ethische Fallbesprechung
	Gespräch(e) sind immer erforderlich (§ 1901)			
	Vorsorgevollmacht, Betreuungsurkunde			
Umsetzung:	Patient	Betreuer		
Dokumente:	Einwilligung	Patientenverfügung	Vertreterverfügung	Vertreterverfügung
			Protokoll der Fallbesprechung	Protokoll der Fallbesprechung
Notfallinfo:	Augsburger Notfallbogen			

Augsburger Notfallbogen - Übersicht

- » Aufbau des Notfallbogens:
 - » Patientendaten
 - » Raum für Passbild
1. Rechtliche Grundlagen der Verfügung für Notfälle und Akutereignisse
 2. Festlegungen hinsichtlich der indizierten Behandlungsoptionen bei einem Notfall
 3. Sicherstellung der Anschlussversorgung für Option C oder D mit Kontaktdaten für den Notarzt
 4. Unterschriften von Patient/ Vertretungsberechtigten und des Arztes



The image shows a digital form titled "Augsburger Notfallbogen" with the subtitle "Verfügung für Notfälle". The form is divided into several sections:

- Section 1: Rechtliche Grundlagen der Verfügung für Notfälle und Akutereignisse**
 - 1.1. Persönlich erklärter Patientenwille für Notfallsituationen: Patient is/ist z. Z. der Erstellung des Notfallplans willebig und einwilligungsfähig und versteht die Tragweite seiner/ihre Entscheidung.
 - 1.2. Sorgfältig ermittelter tatsächlicher Wille für Notfallsituationen: Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsbefugnis liegt vor.
- Section 2: Festlegung hinsichtlich der folgenden medizinisch indizierten Behandlungsoptionen bei einem Notfall:**
 - A. Maximaltherapie/Krankenhaus & Intensivtherapie
 - B. Krankenhaus ohne Intensivtherapie, keine REA
 - C. Kein Krankenhaus, keine REA, Vor-Ort-Therapie
 - D. Keine palliativen Verfahren vor Ort
- Section 3: Sicherstellung der Anschlussversorgung (Optionen C oder D) / Kontaktdaten für den Notarzt**
 - Bezugsperson/Vertretungsberechtigter: Angehöriger Bevollmächtigter Betroachter
 - Art: Notfall Nr.:
 - PFlege: 24 h-Notfall Nr.:
- Section 4: Unterschriften des Patienten oder eines Vertretungsberechtigten und des Arztes**
 - 4.1. Dieser Notfallplan ist Ausdruck meines aktuellen Behandlungswillens. Es beruht als Unterscheidendes! bedeutet, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich die jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
 - 4.2. Dieser Notfallplan ist Ausdruck des sorgfältig ermittelten tatsächlichen Patientenwillens.

Augsburger Notfallbogen – rechtliche Grundlage



1. Rechtliche Grundlage der Verfügung für Notfälle und Akutereignisse

Dieser Verfügung für Notfälle liegt ein qualifizierter Beratungsprozess durch einen qualifizierten Berater und dem unterzeichnenden Arzt zugrunde, die zusammen mit dem Patienten bzw. dem Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten den Willen des Patienten sorgfältig ermittelt haben.

I. Persönlich erklärter Patientenwille für Notfallsituationen: NEIN JA
Patient/-in ist z. Z. der Erstellung des Notfallplans **volljährig und einwilligungsfähig**
und versteht die Tragweite seiner/ihrer Entscheidung
Unterschrift des einwilligungsfähigen und volljährigen Patienten
Im Falle der Unterschrift durch einen einwilligungsfähigen und volljährigen Patienten ist diese Verfügung als Patientenverfügung rechtlich unmittelbar verbindlich und bis zu ihrem jederzeit möglichen – Widerruf wirksam. Sie ist begrenzt auf Notfallsituationen und konkretisiert/ergänzt oder ersetzt eine ggf. bereits bestehende Patientenverfügung.

II. Sorgfältig ermittelter mutmaßlicher Wille für Notfallsituationen: NEIN JA
Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsbeschluss liegt vor
Unterschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten
Da der Patient zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Verfügung für Notfälle nicht einwilligungsfähig ist, gibt diese Verfügung den sorgfältig ermittelten mutmaßlichen Willen des Patienten zum Zeitpunkt der Erstellung wieder. Der Patientenwille ist vor diesem Hintergrund zu überprüfen.

Der Augsburger Notfallbogen ist rechtlich bei einwilligungsfähigen volljährigen Patienten einer Patientenverfügung gleichgestellt. Sie gilt nur in Notfallsituationen und ist für Mitarbeiter im Pflegeheim, in Behinderteneinrichtungen, für Rettungsdienstmitarbeiter, Notärzte, hausärztlichen Notfalldienst und Kliniken bindend.

Ähnliches gilt bei nicht einwilligungsfähigen Patienten UND vorhandener Vorsorgevollmacht

Augsburger Notfallbogen – Festlegungen

2. Festlegungen hinsichtlich der folgenden medizinisch indizierten Behandlungsoptionen bei einem Notfall:

Hinweis: Aus Gründen der Eindeutigkeit darf nur genau eine JA-Antwort der folgenden Optionen A - D angekreuzt sein.

A. Maximaltherapie/Krankenhaus & Intensivtherapie <input checked="" type="checkbox"/> JA	B. Krankenhaus ohne Intensivtherapie, keine REA <input type="checkbox"/> JA
Bei vorliegender medizinischer Indikation ist eine sofortige Reanimation, Mitnahme ins Krankenhaus inklusive aller intensivmedizinischen Therapien (z.B. Intubation, Beatmung, Herz-Lungen-Wiederbelebung, invasive Maßnahmen etc.) ausdrücklich gewollt.	Unabhängig von der Ursache und den Behandlungsmöglichkeiten ist eine Mitnahme ins Krankenhaus grundsätzlich noch gewollt, ABER eine Reanimation sowie alle intensivmedizinischen Therapien werden abgelehnt (inkl. Intubation, Beatmung, invasive Maßnahmen etc.)
C. Kein Krankenhaus, keine REA, Vor-Ort-Therapie <input type="checkbox"/> JA	D. Rein palliatives Vorgehen vor Ort <input type="checkbox"/> JA
Unabhängig von der Ursache und den Behandlungsmöglichkeiten ist eine Mitnahme ins Krankenhaus nicht mehr gewollt und es werden eine Reanimation sowie alle intensivmedizinischen Therapien abgelehnt. Nur noch vor Ort (zu Hause, im Heim etc.) sind alle dort sinnhaften Behandlungen gewollt.	Unabhängig von der Ursache und den Behandlungsmöglichkeiten sind ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen vor Ort inkl. Gabe von Opioiden und Sedierung im notwendigen Umfang gewollt.

Es darf nur eine der vier Möglichkeiten angekreuzt werden:

- A) Maximaltherapie
 - B) Klinikeinweisung noch gewollt, aber Verzicht auf Reanimation und Intensivmedizin
 - C) Keine Klinikeinweisung, keine Reanimation, aber Vor-Ort-Therapie
- z.B. noch eine ambulante Antibiose bei Lungenentzündung
 - D) Rein palliatives Vorgehen vor Ort
- Es fehlt meiner Ansicht nach die Option Klinikeinweisung zur rein palliativen Therapie

Augsburger Notfallbogen – Anschlussversorgung

3. Sicherstellung der Anschlussversorgung (Optionen C oder D) / Kontaktdaten für den Notarzt	
Bezugsperson/ Vertretungsberechtigter: _____ <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Betreuer/in Notfall-Nr.: (_____) _____	Arzt: _____ Notfall-Nr.: (_____) _____ Pflege: _____ 24-h-Notfall-Nr.: (_____) _____

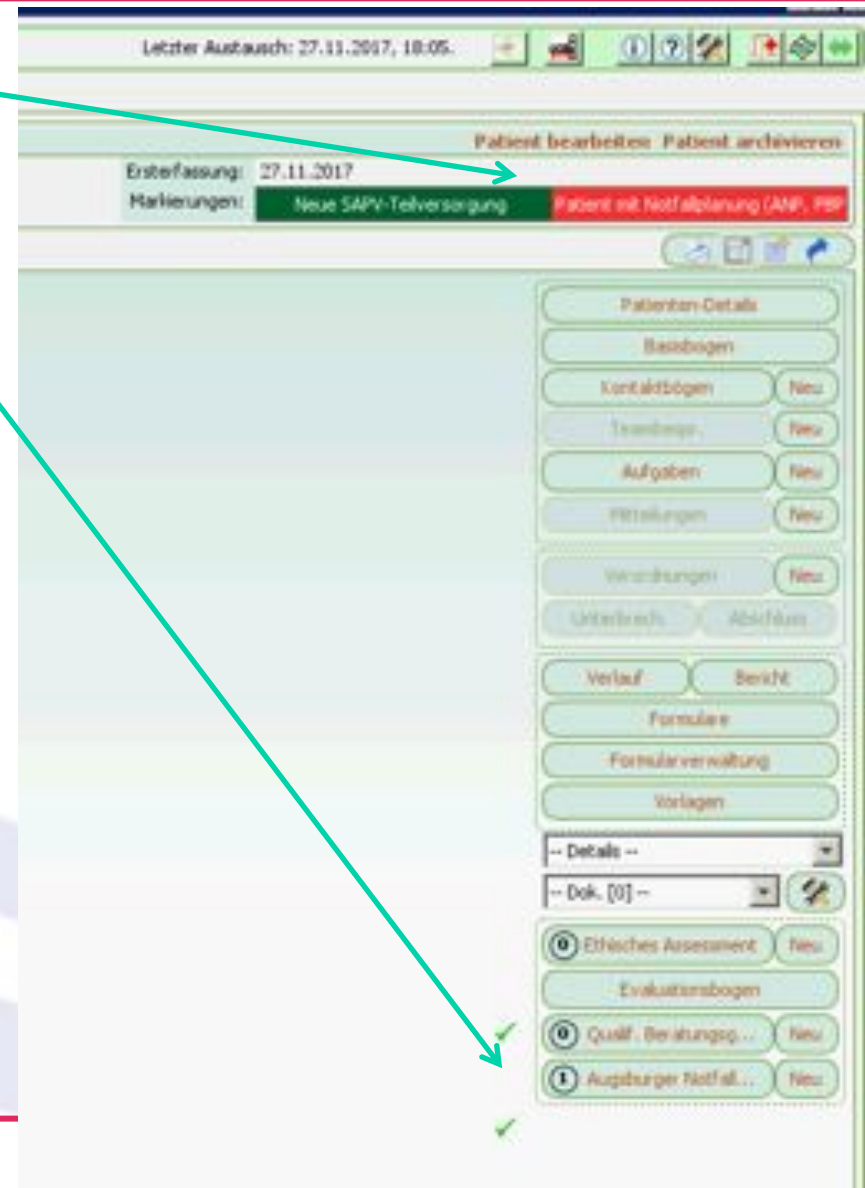
Mit diesem Feld wird sichergestellt, dass der Notarzt keinen Patienten unversorgt (Gefahr der unterlassenen Hilfeleistung) zurücklässt. Dieses Feld bereitet in der Umsetzung aber die größten Probleme und macht gleichzeitig den Patienten klar, dass ihre Planung scheitern kann.

Lösungsansätze:

- **Beginn von SAPV zu jeder Tages- und Nachtzeit (nur wenn Patient schon einmal SAPV hatte)**
- **Diskussion mit dem Patienten über seinen Wunsch**
- **Handschriftliche Zusätze wie „derzeit nicht sicher gewährleistet, im Zweifel Klinikeinweisung unter Beachtung des Patientenwunsches“**

Folgen des Notfallbogens in Augsburg

- **Alle Patienten mit Notfallbogen erhalten einen Reiter in PalliDoc**
- **Der Inhalt des Notfallbogens ist in PalliDoc abrufbar**
- **Auch wenn keine SAPV-Verordnung vorliegt, wird der Patient zu jeder Tages- und Nachtzeit aufgenommen (Arztaufgabe) – wichtig, da es in Bayern keine Brückenpflege gibt**
- **Das SAPV-Team wird vom Notarzt bzw. dem KVB-Arzt verständigt über unsere Notfallnummer, die im Augsburger Notfallbogen aufgeschrieben ist.**
- **Da diese Patienten schon mal von uns betreut wurden und die Hausärzte einen Durchschlag des Notfallplans haben ist eine SAPV-Folgeverordnung durch den Hausarzt problemlos**



Augsburger Notfallbogen – Unterschriften

4. Unterschriften des Patienten oder eines Vertretungsberechtigten und des Arztes

Datenschutzerklärung: Ich stimme der analogen oder digitalen Verwendung, Übermittlung und Speicherung meiner Daten durch den AHPV e.V. als Träger dieses Beratungsprojekts zu. Der AHPV e.V. verarbeitet Ihre Daten elektronisch nach Maßgabe des BDSG. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

_____ den ____ . ____ . 20____
(Unterschrift des Patienten oder Vertretungsberechtigten)

I Dieser Notfallplan ist Ausdruck meines aktuellen Behandlungswillens. Es ist mir als Unterzeichnende/r bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

_____ den ____ . ____ . 20____
(Unterschrift des Patienten)

II Dieser Notfallplan ist Ausdruck des sorgfältig ermittelten mutmaßlichen Patientenwillens.

_____ den ____ . ____ . 20____
(Unterschrift des Vertretungsberechtigten)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und die Durchführung des qualifizierten Beratungsprozesses.

Stempel / Datum / Unterschrift des Arztes

Der Notfallbogen wird in der Regel von einem qualifizierten Gesprächsbegleiter in einem mehrstufigen Verfahren besprochen und dann vom Patient/Vertretungsberechtigten dem Hausarzt zur Unterschrift vorgelegt. Falls ein SAPV-Arzt den Bogen unterschreibt erhält der Hausarzt einen Durchschlag.

Erste Erfahrungen:

- **Der Augsburger Notfallbogen ist ein Instrument um zusammen mit dem Patienten wichtige Entscheidungen zu diskutieren. Damit kann schnell eine fehlende Patientenverfügung ersetzt werden**
- **Der Augsburger Notfallbogen ist ein Instrument, das dem Patienten klar macht, dass seine Planung scheitern kann (will nicht mehr in die Klinik, will keinen Pflegedienst, will sich nicht festlegen, niemand bekommt einen Schlüssel ...). Dadurch entstehen wichtige Diskussionen**
- **Der Augsburger Notfallbogen ist ein Instrument, das eine große Lücke zwischen SAPV und AAPV schließt. Da es in Bayern keine Brückenpflege gibt, ist das SAPV-Team nach abgelaufener Verordnung nicht mehr zuständig und darf auch nicht angerufen werden.**
- **Die Umsetzung in Pflegeheimen beginnt erst (es gab bisher erst zwei Beraterschulungen)**
- **Es gab bisher erst einen Anruf vom Notarzt**
- **Unsere Angst, dass es irgendwann zu viele „Rote Reiter“ gibt, war unbegründet, da sich die Zahl der aktiven Augsburger Notfallbögen auf um die 50 eingependelt hat**

MÖGLICHE PROBLEMBEREICHE: alles geregelt?

- 1. Es gibt keine Patientenverfügung**
- 2. Patientenverfügung trifft nicht zu**
- 3. Ermittlung des Patientenwillens braucht Zeit und der Bevollmächtigt/Betreuer braucht evtl. Unterstützung**
- 4. Angehörige, Mitarbeiter des Pflegeheimes, Bevollmächtigte und/oder Betreuer wollen eine Lösungen für nicht einwilligungsfähige Patienten, die auch in Notfallsituationen greift, um beispielsweise unnötige Notarzteinsätze und/oder Klinikeinweisungen zu vermeiden**

Der Augsburger Notfallbogen kann im ACP-Kontext eine Lösung für Punkt 1 bis 3 darstellen

ACP-Konzept in Augsburg - Vertreterverfügung

Ermittlung und Dokumentation des Patientenwillen				
Sicherheit:	Patient ist entscheidungs-fähig	vorausver-fügter Wille	mutmasslicher Wille	allgemeine Wertmassstäbe
Werkzeuge:	informierte Einwilligung	Patienten-verfügung	ethische Fallbesprechung	ethische Fallbesprechung
	Gespräch(e) sind immer erforderlich (§ 1901)			
	Vorsorgevollmacht, Betreuungsurkunde			
Umsetzung:	Patient	Betreuer		
Dokumente:	Einwilligung	Patienten-verfügung	Vertreter-verfügung	Vertreter-verfügung
			Protokoll der Fallbesprechung	Protokoll der Fallbesprechung
Notfallinfo:	Augsburger Notfallbogen			

- **nicht einwilligungsfähiger Patient**
- **Vorsorgevollmacht oder Betreuung eingerichtet**
- **Es gibt keine Patientenverfügung aus Zeiten, in denen der Patient noch selbst entscheiden konnte**
- **Eine vorhandene Patientenverfügung trifft nicht zu, ist unklar formuliert usw.**
- **Es gibt den Wunsch eine rechtlich einwandfreie Lösung zu finden um eine bzw. weitere Klinikeinweisungen zu vermeiden**

Hiermit verfüge ich,

Name, Vorname des Vertretungsberechtigten

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

- in meiner Funktion als**
- Vorsorgebevollmächtigte/r
 - Gesetzlich bestellter Betreuer/In, bestellt am _____ . _____ . 20_____ für
Gesundheitsangelegenheiten
(im Folgenden als Vertretungsberechtigter bezeichnet)

die folgenden Festlegungen stellvertretend für

Name, Vorname des Betroffenen

Geburtsdatum, Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

Die von mir vertretene Person, nachfolgend als »der Betroffene« bezeichnet, ist dauerhaft nicht einwilligungsfähig aufgrund von:

Begründung der Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen



I. Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens

Die nachfolgenden Festlegungen erfolgen durch mich als den unterzeichnenden Vertretungsberechtigten gemäß Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a, Abs. 2 BGB) nach bestem Wissen und Gewissen auf einer oder mehreren der folgenden Grundlagen:

- Feststellung der konkret, mündlich oder schriftlich, geäußerten Festlegungen des Betroffenen.
- Ableitung des (mutmaßlichen) Willens des Betroffenen durch Interpretation früherer, mündlicher oder schriftlicher, Äußerungen (z.B. allgemein gehaltene Patientenverfügung, Gespräche mit Freunden, Angehörigen, Briefe, E-Mails o.ä.).

(Mutmaßlicher) Patientenwille | Festlegungen des Betroffenen

Den Patientenwillen habe ich auf folgende Art ermittelt:



Vertreterverfügung 2-1



Auf Basis der beschriebenen Art der Ermittlung des Willens des Betroffenen habe ich stellvertretend für den Betroffenen und für die nachfolgend beschriebenen medizinischen Situationen (unter II.) konkrete Festlegungen getroffen. Diese Vertreterverfügung wurde zudem für den Fall verfasst, dass ein/e Arzt/Ärztin eine ärztlich indizierte Maßnahme nach Absatz III. durchführen will und ich als Vertretungsberechtigter nicht erreichbar sein sollte.

II. Definierte Situationen im Rahmen der Einwilligungsunfähigkeit, in denen diese Vertreterverfügung gelten soll

Diese Vertreterverfügung gilt ...

■ ... bei chronischer Erkrankung mit Verlust der Äußerungsfähigkeit

Weil infolge einer Gehirnschädigung des Betroffenen die Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung der Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich vollständig oder soweit verloren ist, dass ein Leben, zu dem der Betroffene sich äußern kann, nicht mehr möglich ist.

Ja Nein

Weil der Betroffene aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage ist, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Ja Nein

■ Diese Festlegungen gelten selbst dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, für jede Gehirnschädigung und unabhängig von deren Ursache. Es ist mir als Stellvertreter bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen beim Betroffenen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist.

Vertreterverfügung 2-2

■ ... bei einem akuten Notfall

Für Notfälle wurde durch mich als Vertretungsberechtigten auf Basis des ermittelten Patientenwillens eine „Verfügung für Notfälle“ erstellt.

Ja Nein

■ ... in der letzten Lebensphase

Weil der Betroffene sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befindet, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja Nein

Weil der Betroffene sich, nach ärztlicher Feststellung, aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befindet.

Ja Nein

■ ... in anderen Situationen

Weil der Betroffene sich in folgender Lebenslage befindet:

■ Kurzfristige Bewusstseinsstörungen wie eine Narkose oder ein künstliches Koma nach einer Operation sind durch die Vertreterverfügung explizit nicht erfasst.

Vertreterverfügung 3-1

III. Behandlungen von geringerer zeitlicher Dringlichkeit

Zur Beantwortung wählen Sie bitte Punkt A oder C bzw. für ausführlichere oder ergänzende Angaben Punkt B

A Ohne Einschränkung sollen **alle** lindernden, medizinisch möglichen und angezeigten (indizierten) Behandlungen vorgenommen werden, um das Leben des Betroffenen zu erhalten.

Ja Nein

C Gemäß dem Willen des Betroffenen sollen nur lindernde Maßnahmen durchgeführt werden. Den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer zufolge, soll eine fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege vorgenommen, Hunger und Durst sollen – auch mit Hilfestellung – gestillt werden. Der Betroffene soll eine menschenwürdige Umgebung, Zuwendung, Körperpflege und Linderung von belastenden Symptomen, wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe, erhalten.

Ja Nein

1 Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranken haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten mit schwerster Hirnlethargie. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

B

Lebensverlängernde Maßnahmen sollen nur solange erfolgen, wie der Betroffene Wohlbefinden empfindet. Im Detail wird durch mich als Vertretungsberechtigten Folgendes festgelegt:

▶ **Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation)**

Gemäß dem Willen des Betroffenen soll im Fall eines Herz-Kreislaufstillstands ...

... sofort mit Wiederbelebensmaßnahmen begonnen werden.

Ja Nein

... grundsätzlich keine Wiederbelebensmaßnahme mehr erfolgen.

Ja Nein

Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu **keine** Aussage treffen.

▶ **Künstliche Beatmung** ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.

Ja Nein

... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation gewünscht, also zur Linderung des Leidens.

Ja Nein

... grundsätzlich nicht mehr gewünscht.

Ja Nein

Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu **keine** Aussage treffen.

▶ **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr¹** ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.

Ja Nein

... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation gewünscht, also zur Linderung des Leidens.

Ja Nein

... grundsätzlich nicht mehr gewünscht.

Ja Nein

Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu **keine** Aussage treffen..

▶ **Gabe von Blut(bestandteilen)** ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.

Ja Nein

... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation gewünscht, also zur Linderung des Leidens.

Ja Nein

... grundsätzlich nicht mehr gewünscht.

Ja Nein

Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu **keine** Aussage treffen.

▶ **Künstliche Blutwäsche (Dialyse , Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren)** ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.

Ja Nein

... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation gewünscht, also zur Linderung des Leidens.

Ja Nein

... grundsätzlich nicht mehr gewünscht.

Ja Nein

Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu **keine** Aussage treffen.

▶ **Gabe von Antibiotika** ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.

Ja Nein

... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation gewünscht, also zur Linderung des Leidens.

Ja Nein

... grundsätzlich nicht mehr gewünscht.

Ja Nein

Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu **keine** Aussage treffen.



PALLIATIV
TEAM
Ortenau



IV. Unterschriften

Vertretungsberechtigter

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen nach bestem Wissen und Gewissen, auf Basis des sorgfältig ermittelten Willens des Betroffenen getroffen.

Ort, Datum, Unterschrift des Vertretungsberechtigten

Qualifizierter Berater

Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis mindestens zweier ausführlicher Gespräche. Dabei habe ich eine Urteilsbildung im Sinne des Betroffenen nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Hierzu bin ich als ACP-Berater qualifiziert.

_____ . 20____ . _____ Uhr

1. Gespräch: Datum, Uhrzeit

_____ . 20____ . _____ Uhr

2. Gespräch: Datum, Uhrzeit
Beraters

Ort, Datum, Unterschrift des qualifizierten Beraters

Ärztlicher Begleiter

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen mit dem unterzeichnenden Vertretungsberechtigten erörtert. Ich bestätige, dass der Vertretungsberechtigte bezüglich dieser Festlegungen einwilligungsfähig ist und die medizinischen Implikationen dieser Vertreterverfügung für den Betroffenen ausreichend verstanden hat. Die in dieser Vertreterverfügung niedergelegten Eckpunkte der Behandlung werde ich respektieren.

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

Vertragsarztstempel

Erläuterungen

zu I. Eruiierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens

In Ermangelung oder in Ergänzung einer eigenhändigen Patientenverfügung dient dieses Schriftstück der Vorsorgeplanung pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen. Es soll Pflegenden und Ärzten erleichtern, soweit als möglich im Sinne des Betroffenen zu handeln.

zu III. Behandlungen von geringerer zeitlicher Dringlichkeit

Diese Festlegungen ersetzen nicht die sorgfältig abgewogene Entscheidung des Vertreters in der aktuellen Behandlungssituation. Die Vorausplanung möglicher Behandlungsfragen und Entscheidungen eröffnet dem Vertreter jedoch die Möglichkeit, häufige oder kritische Entscheidungen vorab – gemeinsam mit Pflegenden und Hausarzt – gründlich zu durchdenken und Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen aus allen verfügbaren Quellen zu ermitteln, um dann auf dieser Grundlage die aktuelle Entscheidung im Sinne des Betroffenen treffen zu können.

Im Zustand der dauerhaften Entscheidungsunfähigkeit können behandelbare akute Erkrankungen oder Verschlimmerungen chronischer Krankheiten auftreten, die unbehandelt zum Tode führen. Auch die Grunderkrankung selbst (z.B. Demenz, Schlaganfälle) kann fortschreiten und zu Komplikationen führen (z.B. Schluckstörung), bei denen über eine Behandlung entschieden werden muss (z.B. Sonden-Ernährung).

zu IV. Unterschriften – Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Vertreterverfügung

Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis

- mindestens zweier intensiver Gespräche mit dem/der unterzeichnenden qualifizierten Berater/in
- ggf. der Erörterung mit den unterzeichnenden Angehörigen und
- einer abschließenden Beratung durch den unterzeichnenden Hausarzt.

Der Unterzeichner hat dabei nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne des Betroffenen geurteilt. Über die Folgen der Festlegungen ist er sich im Klaren – insbesondere darüber, dass die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen einen Verzicht auf die Chance bedeuten kann, länger zu leben. Diese Verfügung ist für Pflegende und Ärzte verbindlich.

Das Ausfüllen einer Vertreterverfügung mit dem Vertretungsberechtigten ist mühsam. Es gelingt praktisch nur nach einer ethischen Fallbesprechung. Das heißt, es werden zuerst die Möglichkeiten besprochen und das Besprechungsergebnis dann in der Vertreterverfügung niedergeschrieben. Wenn man sofort mit der Vertreterverfügung beginnt, hat man stundenlange Diskussionen.

Erfahrungen zu Vertreterverfügungen - Beispiel

- **Patient seit 8 Jahren dement**
- **Angeborene Hämophilie**
- **HIV positiv**
- **Ehefrau ist Krankenschwester und spritzt regelmäßig als Prophylaxe sowie bei bedarf rekombinante Gerinnungsfaktoren intravenös**
- **Pat. wird zunehmend aggressiv, eine intravenöse Gabe ist nicht mehr gefahrlos möglich**
- **Ehefrau möchte die Gabe beenden, Hämatonkologe drohte ihr im Arztbrief mit dem Entzug der Vorsorgevollmacht.**
- **Hausarzt weigert sich die intravenöse Gabe vorzunehmen (da die Familie in eine behindertengerechtes Haus umgezogen ist) wegen der Entfernung**
- **Hausarzt unterstützt die Ehefrau aber in der Entscheidung die Gabe zu beenden**
- **Wechsel des betreuenden Hämatonkologen**
- **SAPV-Koordination:**
 - **Mehrstufige Fallbesprechung**
 - **Ausfüllen der Vertreterverfügung**
 - **Ausfüllen des Augsburger Notfallplanes (damit sofort SAPV bei Problemen)**
 - **Besprechung der Umsetzung und Verordnung von Schmerzmitteln**

ACP – Vorteile und Kritik (lt. Schoeckenhoff)

Vorteile:

- **Qualifizierter Gesprächsprozess**
- **Umsetzung wird besprochen**
- **Hat die Chance eines zukunftsfähigen Konzeptes**

Kritik:

- **Qualität abhängig von der Person des Gesprächsbegleiters**
- **Dritte Instanz (Vertrauen?)**
- **Entscheidung ist ständig präsent (keine Hoffnung mehr)**

Kosten:

300 Euro
20 UE

Zielgruppe:

- Führungskräfte in Heimen und Ambulanten Hospizen
- Hausärzte
- Sozialarbeiter
- Pflegekräfte

Augsburger Notfallplan - 3. und 4. Beraterschulung

Termin 3. Schulung: 15. - 17. Juni 2018, jeweils 9 - 16 Uhr
oder

Termin 4. Schulung: 14. - 16. September 2018, jeweils 9 - 16 Uhr

Die Schulungen richten sich an Fachkräfte, die bereits Erfahrung in der Beratung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht haben und die zukünftig auch zum Augsburger Notfallplan beraten wollen.

Diese Schulung ist eingebunden in das entsprechende Advance-Care-Planning-Programm der AHPV.

Inhalt

- Die drei Säulen des Advance-Care-Planning
- Beratung
Die betroffenen Personen sollen zu einer eigenen Urteilsbildung befähigt werden. Der Begriff Beratung wird in diesem Zusammenhang als ergebnisoffener Prozess verstanden.
- Dokumentation
Neben dieser ergebnisoffenen Beratung werden entsprechende Dokumente wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Notfallplan benötigt, auf denen der Wille eines Menschen so dokumentiert ist, dass dieser auch Beachtung findet.
- Regionale Implementierung
Über das Netzwerk des AHPV ist auch die regionale Implementierung sichergestellt.

Kernelemente eines ACP-Programms:

- » Aufsuchendes Gesprächsangebot
- » Qualifizierte Gesprächsbegleitung
- » Professionelle Dokumentation
- » Archivierung, Zugriff und Transfer
- » Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf
- » Beachtung und Befolgung durch Dritte
- » Kontinuierliche Qualitätssicherung

Qualifizierte Gesprächsbegleitung:

- Geschulte Ärzte und Nichtärzte
- Mehrzeitiger Gesprächsprozess
- Es werden angestrebt:
 - Festlegung von Therapiezielen bzw. inakzeptablen Therapieergebnissen
 - Konkrete Vorausplanung für akute Entscheidungsunfähigkeit
=> Reanimation, Beatmung, Klinikeinweisung
 - Vorausplanung für Eckpunkte bei fortgesetzter Entscheidungsunfähigkeit
 - Für den Fall einer permanenten Entscheidungsunfähigkeit (z.B. Demenz)

Was gibt es sonst noch in Bayern?

DGP verleiht zum zehnten Mal den Anerkennungs- und Förderpreis für „Ambulante Palliativversorgung“

1. Preis: Prof. Dr. Stefan Lorenzl, Dr. med. Christiane Weck: **Entwicklung eines telemedizinischen Systems zur Unterstützung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungs (SAPV)-Teams in Bayern**

Gerade in der Neurologie gibt es viele Erkrankungen, die in ihrer Endphase einer palliativen Betreuung bedürfen. Es handelt sich dabei überwiegend um neurodegenerative Erkrankungen. Ziel der Studie war es, mittels Telemedizin eine neuropalliative Expertise mit den SAPV- Teams zu verknüpfen, um diese bei den oft komplexen Fragestellungen bei Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen zu unterstützen, Krankenhauseinweisungen zu verhindern und die Lebensqualität der Patienten und der Angehörigen zu verbessern. Die Arbeit wird als sehr innovativ beschrieben. Sie setzt auf den Fokus Technikentwicklung in der ambulanten Palliativversorgung und ist somit zeitgemäß und notwendig. Das Projekt wird insgesamt als hoch innovativ und preiswürdig bewertet .



► Abb. 1 v.l. n.r.: Prof. Dr. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Prof. Dr. Gerhild Becker, Jurypräsidentin, Dr. Christiane Weck, Preisträgerin, Prof. Dr. Stefan Lorenzl, Preisträger, Kai Martens, Geschäftsführer Deutschland der Grüenthal GmbH (Foto: Münster View – Heiner Witzel).

Aus ZfP November 2017

i-APV = integrierte ambulante Palliativversorgung



Freitag, 24. Januar 2016, 14:07 Uhr
GWD SeminarPlus AG

WELCHES WIRTSCHAFTS- UND RECHTSMODELL FÜR DIE INTEGRIERTE PALLIATIVVERSORGUNG?

i-APV richtet Schwerstkranke und Sterbende zu Hause eine umfassende Versorgung

Stärkung der Versorgung – Am 1. Januar 2016 tritt in Kraft die erste Regel in Deutschland für eine integrierte „Integrierte Allgemeine Palliativversorgung“ (i-APV) gesetzlich. Diese soll zukünftig besondere Versorgungsgewährungen gewährt die umfassende Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in ihrer natürlichen Umgebung, die die Bedingungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nicht erfüllt. Dieses Versorgungsmodell wurde zwischen der GWD SeminarPlus AG und dem Kupferberg Hospiz- und Palliativzentrum e.V. (KHPZ) – bei Unterstützung von Familienheimatversorgerinnen (FHV) und der AOK – entwickelt und steht allen Patienten offen. Mit der i-APV tragen innovative Krankenkassen und das Kupferberg Hospiz- und Palliativzentrum für eine zusätzliche Qualität in der Palliativversorgung bei, die viele gesundheitliche Voraussetzungen erfüllt und mit ein Bedarf an Patienten und ihre Angehörigen entspricht. Durch die neuen Versorgungsleistungen der i-APV können die Versorgungskosten für die Krankenkassen, die die i-APV anbieten, deutlich sinken. Dies wird die Organisation von Versorgungsleistungen in der ambulanten Palliativversorgung und auf eine umfassende und integrierte Versorgung zu Hause ermöglicht.

Mit der i-APV haben GWD und KHPZ in den zurückliegenden 1 Jahren ein umfassendes Versorgungsmodell zwischen Hospizversorgung und SAPV entwickelt, das von Anfang an über die Förderung Kupferberg Hospiz angelegt wurde und eine Nahtstelle und synergetische Versorgungsoption zwischen der Hospizversorgung und der SAPV bietet. Diese Nahtstelle wird immer dann, wenn die SAPV nicht mehr einsetzbar ist und die Hospizversorgung aufgrund zeitlicher Beendigung oder fehlender Versorgung überfordert ist – erfüllt können also in beiden Leistungsphasen der Betroffenen.

Ein wichtiger Bestandteil bei der Einrichtung solcher Kooperationsmodelle „de- und“ regierende diese die Organisation und Vernetzung aller Leistungsmaßnahmen. Die für eine hochwertige Versorgung des zum Lebensende im nächsten Schritt notwendig sind. Die i-APV macht dabei nicht nur den Weg für die Versorgung zu Hause frei, sondern stellt sicher, dass alle Leistungen genau für die Situation der einzelnen Patienten zusammengestellt werden – und das nicht nur in den ersten Tagen wie bei der SAPV, sondern bereits darüber hinaus.