



Patientenverfügung und Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo): Brücke zwischen Patientenwille und konkreter Umsetzung

Georg Marckmann

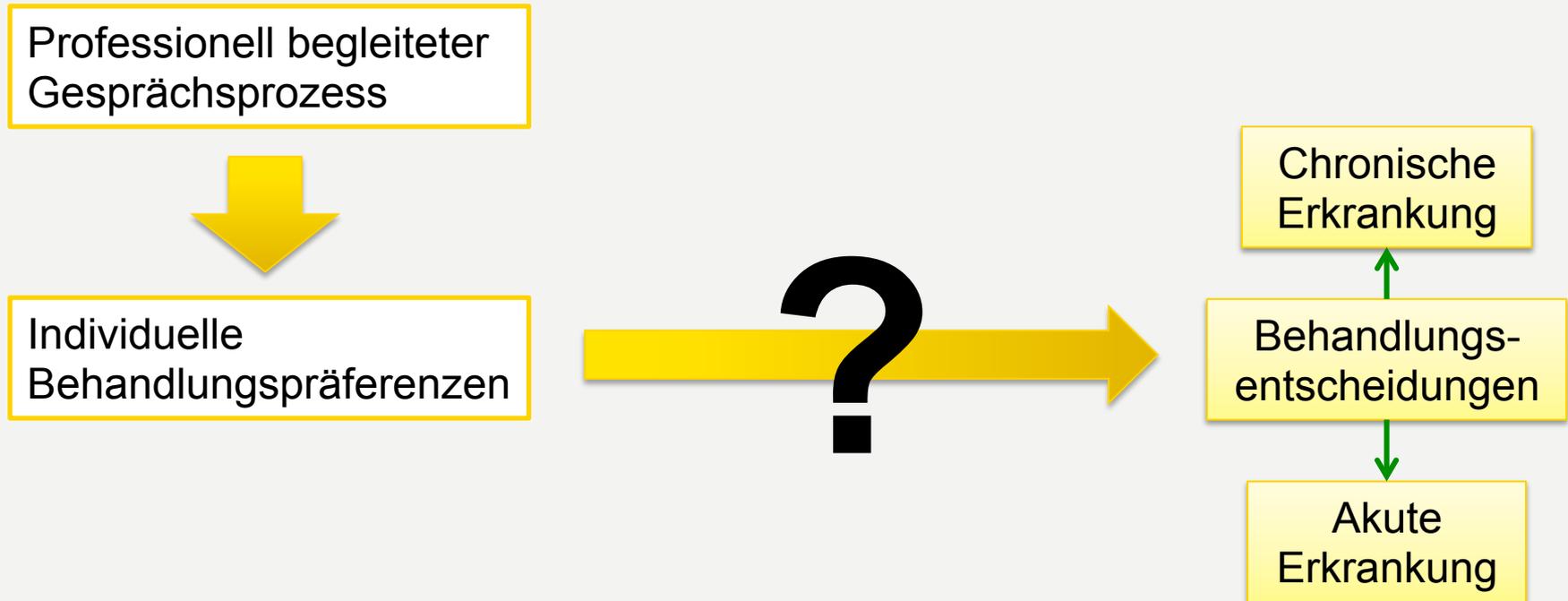
BMBF-Projekt RESPEKT / *beizeiten begleiten*

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Tagung „Patientenverfügung auf neuen Wegen“

Düsseldorf, 21. Juni 2011





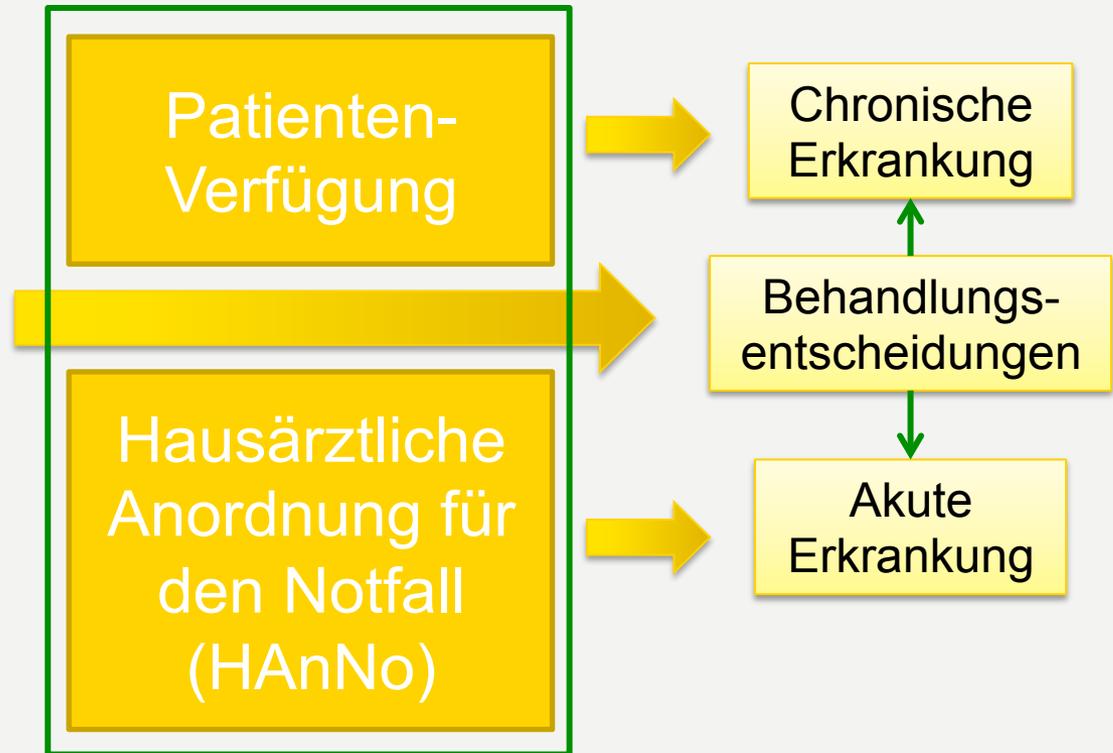


Professionell begleiteter
Gesprächsprozess



Individuelle
Behandlungspräferenzen

Kommunikation der Vorausplanung



Patientenverfügung

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Modellprojekt in Grevenbroich:

- Caritashaus St. Barbara
- Seniorenhaus Lindenhof
- Seniorenstift St. Josef Gustorf
- Jona Hospizbewegung e.V.
- _____

»Dieses Schriftstück ist eine Vorausverfügung meines Willens in Fragen pflegerischer und ärztlicher Behandlung **für den Fall**, dass ich mich einmal wegen akuter oder chronischer Erkrankung selbst nicht mehr dazu äußern kann. Es soll meinen Angehörigen, Pflegenden und Ärzten dann als Richtschnur dienen und ihnen erleichtern, Entscheidungen in meinem Sinne zu treffen.«

Übersicht

- A** Allgemeine Einstellung zum Leben und Sterben
- B** Bevollmächtigung eines Vertreters / einer Vertreterin
- C** Plötzliche Unfähigkeit zu entscheiden / Notfallsituation
- D** Dauerhafte Unfähigkeit, selbst zu entscheiden
- E** Persönliche Hinweise für die Pflege
- F** Schmerz- und Palliativtherapie
- G** Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Patientenverfügung
- H** Besonderheiten
- I** Unterschriften
- J** Aktualisierung und Fortschreibung
- K** Auszug aus dem Patientenverfügungsgesetz

Zur Beachtung:

Diese Patientenverfügung wurde für das Projekt *beizeiten begleiten* entwickelt, dem im Kern eine qualifizierte Gesprächsbegleitung bei der Entwicklung Ihrer persönlichen Patientenverfügung zugrundeliegt.

Dem Projekt *beizeiten begleiten* liegt die Vorstellung zugrunde, dass eine Patientenverfügung den Charakter einer (Nicht-) Einwilligung in ärztlicherseits empfohlene Maßnahmen hat. Eine Patientenverfügung sollte daher grundsätzlich nur mit Hilfe professioneller Beratung erstellt werden, auch wenn das Patientenverfügungsgesetz eine solche Beratung nicht zwingend vorschreibt!

Dieses Formular verwendet Fachsprache und sieht Festlegungen für komplexe künftige Szenarien vor, die in den grau unterlegten Kästen nur ansatzweise erklärt werden können. Es ist nicht selbst erklärend und für den Gebrauch außerhalb des Projekts *beizeiten begleiten* daher ungeeignet. Missverständnisse beim Ausfüllen dieser Patientenverfügung können dazu führen, dass in künftigen Situationen Behandlungen bei Ihnen durchgeführt oder unterlassen werden, obwohl Sie dies so nicht wollten!

Es wird daher dringend empfohlen, dieses Formular nur im Zusammenhang mit einer professionellen Begleitung durch eine/n für das Projekt *beizeiten begleiten* zertifizierte/n Begleiter/in zu verwenden.

Patientenverfügung

Übersicht

- A Allgemeine Einstellung zum Leben und Sterben
- B Bevollmächtigung eines Vertreters / einer Vertreterin
- C Plötzliche Unfähigkeit zu entscheiden / Notfallsituation
- D Dauerhafte Unfähigkeit, selbst zu entscheiden
- E Persönliche Hinweise für die Pflege
- F Schmerz- und Palliativtherapie
- G Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Patientenverfügung
- H Besonderheiten
- I Unterschriften
- J Aktualisierung und Fortschreibung

Diese Patientenverfügung wurde für das Projekt *beizeiten begleiten* entwickelt, dem im Kern eine qualifizierte Gesprächsbegleitung bei der Entwicklung Ihrer persönlichen Patientenverfügung zugrundeliegt.

Dem Projekt *beizeiten begleiten* liegt die Vorstellung zugrunde, dass eine Patientenverfügung den Charakter einer (Nicht-) Einwilligung in ärztlicherseits empfohlene Maßnahmen hat. Eine Patientenverfügung sollte daher grundsätzlich nur mit Hilfe professioneller Beratung erstellt werden, auch wenn das Patientenverfügungsgesetz eine solche Beratung nicht zwingend vorschreibt!

Dieses Formular verwendet Fachsprache und sieht Festlegungen für komplexe künftige Szenarien vor, die in den grau unterlegten Kästen nur ansatzweise erklärt werden können. Es ist nicht selbst erklärend und für den Gebrauch außerhalb des Projekts *beizeiten begleiten* daher ungeeignet. Missverständnisse beim Ausfüllen dieser Patientenverfügung können dazu führen, dass in künftigen Situationen Behandlungen bei Ihnen durchgeführt oder unterlassen werden, obwohl Sie dies so nicht wollten!

Es wird daher dringend empfohlen, dieses Formular nur im Zusammenhang mit einer professionellen Begleitung durch eine/n für das Projekt *beizeiten begleiten* zertifizierte/n Begleiter/in zu verwenden.

Diese Patientenverfügung ist das Ergebnis mindestens zweier ausführlicher Gespräche. Dabei habe ich die eigene Urteilsbildung und freie Willensäußerung des Verfassers / der Verfasserin nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Hierzu bin ich durch das *beizeiten begleiten*® Training qualifiziert.

Datum und Uhrzeit des ersten Gesprächs: ____ . ____ . 20____, ____:____ Uhr

Datum und Uhrzeit des zweiten Gesprächs: ____ . ____ . 20____, ____:____ Uhr

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____ **x** _____
 Unterschrift *Begleiter/in*

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen mit der Verfasserin / dem Verfasser im Sinne von *beizeiten begleiten*® erörtert. Ich bestätige, dass die Verfasserin / der Verfasser bezüglich dieser Festlegungen **einwilligungsfähig** ist und die medizinischen Implikationen seiner / ihrer Verfügung ausreichend **verstanden** hat. Der notfallmedizinisch relevante Teil dieser Verfügung ist in einer separaten Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HANo) niedergelegt. Den hier ausgedrückten Behandlungswillen werde ich respektieren.

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____

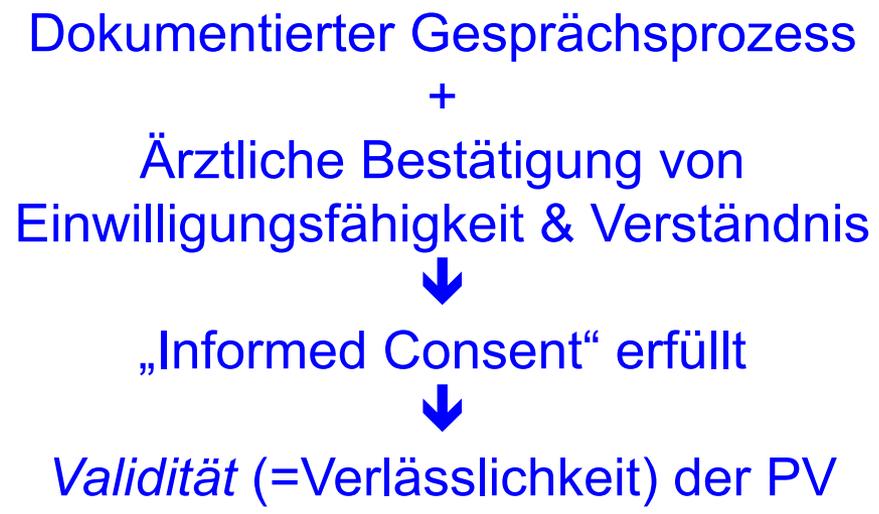
x _____
 Unterschrift und Stempel des/der an *beizeiten begleiten*® teilnehmenden Hausarztes/Hausärztin

Diese Patientenverfügung ist das Ergebnis mindestens zweier ausführlicher Gespräche. Dabei habe ich die eigene Urteilsbildung und freie Willensäußerung des Verfassers / der Verfasserin nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Hierzu bin ich durch das *beizeiten begleiten*® Training qualifiziert.

Datum und Uhrzeit des ersten Gesprächs: _____ 20____ : ____ Uhr

Datum und Uhrzeit des zweiten Gesprächs: _____ : ____ Uhr

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____



Ich habe die hier... von *beizeiten be*... züglich dieser F... seiner / ihrer Ve... dieser Verfügung... in einer separaten Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HANo) niedergelegt. Den hier ausgedrückten Behandlungswillen werde ich respektieren.

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____

✕ _____

Unterschrift und Stempel des/der an *beizeiten begleiten*® teilnehmenden Hausarztes/Hausärztin

Probleme der Patientenverfügung im Notfall

- Zu umfangreiches Dokument
- Keine spezifische & differenzierte Festlegung für Notfälle
- Festlegung für Notfälle i.d.R. gebunden an *Prognose*
⇒ *in Akutsituation meist nicht abschätzbar!*



- Medizinische Routinen
- ⇒ Patientenwünsche nicht angemessen berücksichtigt
- ⇒ ungewollte Über- und Untertherapie



Notwendig (v.a. für Senioreneinrichtungen)

- Knappe, präzise & differenzierte Festlegung über *lebensverlängernde* Maßnahmen im Notfall
- Grundlage: *aktueller* Gesundheitszustand

C Plötzliche Unfähigkeit zu entscheiden / Notfallsituation

Ein plötzliches Ereignis, z.B. Herzversagen, Schlaganfall oder auch ein schwerer Infekt mit Flüssigkeitsverlusten (Exsikkose), kann dazu führen, dass Menschen bis auf weiteres nicht mehr selbst entscheiden können. Solche Ereignisse können lebensbedrohlich sein. In diesem Abschnitt legen Sie fest, wie Sie in einem solchen Fall behandelt werden wollen.

Beispiele für Notfall-Behandlungen, die lebensrettend sein können:

- Herz-Lungen-Wiederbelebung – wenn das Herz aufhört zu schlagen
- künstliche Beatmung – wenn die Atmung stillsteht
- Intensivtherapie – hochwirksame Medikamente, kontinuierliche Überwachung
- Anlage eines Herzschrittmachers – wenn das Herz zu langsam schlägt
- Stillung einer inneren Blutung – durch eine Magenspiegelung oder Operation

Separate Verfügung für den Notfall

Mein Behandlungswille hinsichtlich einer Notfallsituation aus aktuellem Befinden heraus ist in einer **separaten Notfallverfügung** niedergelegt, die somit Teil dieser Patientenverfügung ist.

Sie wird bei Bedarf aktualisiert:

- von mir, wenn sich mein Wille hinsichtlich künftiger Notfallbehandlung verändert hat,
- gemäß meinen Festlegungen in Abschnitt D von meinem Vertreter, sollte ich dauerhaft entscheidungsunfähig geworden sein.

The image shows a form titled 'Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)' from 'begleiten'. It includes fields for name, address, and phone number. Below these are several sections with checkboxes and radio buttons for medical decisions, such as 'A. Wiederbelebung', 'B. Künstliche Beatmung', 'C. Intensivtherapie', and 'D. Herzschrittmacher'. There are also sections for 'Anlage eines Herzschrittmachers' and 'Stillung einer inneren Blutung'. The form is designed to be filled out by a doctor to specify emergency treatment preferences.

Wenn sich nach einer Notfallbehandlung **im weiteren Verlauf** herausstellt, dass die Chance auf Wiederherstellung meines bisherigen Zustands sinkt und das Risiko für bleibende körperliche oder geistige Beeinträchtigungen ansteigt, dann

(nur eine Antwort ① ② oder ③ ankreuzen!)

- ① soll die lebensverlängernde Behandlung **so lange wie ärztlich vertretbar** fortgesetzt werden, gleichgültig welche Belastungen diese Therapie mit sich bringt und welche Risiken für künftige Beeinträchtigungen damit verbunden sind.
- ② soll die Chance für eine Wiederherstellung meines bisherigen Zustands mit den Belastungen der empfohlenen Therapie und dem Risiko künftiger Beeinträchtigungen **abgewogen werden**, wobei mein Bevollmächtigter / Betreuer nach bestem Wissen und Gewissen in meinem Sinne entscheiden soll.
- ③ soll die lebensverlängernde Behandlung **frühzeitig und unter Inkaufnahme des dann eintretenden Todes abgebrochen** werden, auch wenn dadurch Chancen der Wiederherstellung meines bisherigen Zustands ungenutzt bleiben.

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)

Name: _____
Vorname: _____
geboren am: _____

Modellprojekt

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, **sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:** *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

Lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkungen (A):

A  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Lebensverlängernde Therapie, aber mit folgenden Einschränkungen (B0 bis B3):

B0  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation

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

Keine Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, auch nicht ambulant (C):

C  Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

_____ den ____ . ____ . 20____
„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit
und Verständnis der Implikationen dieser
Entscheidung.“

Unterschrift und Stempel
des zertifizierten Hausarztes

„Diese HANo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
_____ den ____ . ____ . 20____

Unterschrift des Betroffenen (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese HANo gibt den (mutmaßlichen) Behandlungswillen
des Betroffenen angemessen wieder.“

Unterschrift und NAME des Vertreters/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und NAME des zertifizierten Begleiters

Diese HANo ist der notfallmedizinisch relevante Teil der Patientenverfügung / Vertreterverfügung (Nichtzutreffendes streichen) vom ____ . ____ . 20____, der ein qualifizierter Beratungsprozess gemäß beizeiten begleiten-Standard zugrundeliegt. Die vorliegende HANo reflektiert den (mutmaßlichen) Willen des Bewohners und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:
Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

Lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkungen (A):

A  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Lebensverlängernde Therapie, aber mit folgenden Einschränkungen (B0 bis B3):

B0  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation

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

Keine Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, auch nicht ambulant (C):

C  Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)

Name: _____
Vorname: _____
geboren am: _____

Modellprojekt

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:
Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

Lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkungen (A):

A  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Lebensverlängernde Therapie, aber mit folgenden Einschränkungen (B0 bis B3):

B0  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____

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

✕

Unterschrift und Stempel
des zertifizierten Hausarztes

„Diese HANo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20____

✕

Unterschrift des **Betroffenen** (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese HANo gibt den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen angemessen wieder.“

✕

Unterschrift und NAME des **Vertreters**/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

✕

Unterschrift und NAME des zertifizierten **Begleiters**

deutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist.
Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)



Name: _____
Vorname: _____
geboren am: _____

Modellprojekt

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst

Vorteile der HANo

- Umsetzung allgemeiner Präferenzen in der PV in
 - knappe, präzise Festlegungen für den Notfall
 - auf Basis des *aktuellen* Gesundheitszustands mit
 - einfacher Anpassung an Krankheitsverlauf
 - durch Betroffenen / gesetzlichen Vertreter
 - in Absprache mit behandelndem Arzt
 - verfügbar bei Behandlungsentscheidung
- ➔ *effektive Berücksichtigung von Behandlungswünschen im Notfall!*

Greven
„Ich be
und Ve
Entsch

x

Unterschrift und Stempel
des zertifizierten Hausarztes

Unterschrift und NAME des **Vertreters**/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

x

Unterschrift und NAME des zertifizierten **Begleiters**

deutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist.
Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.