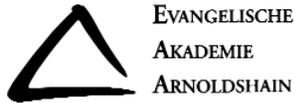


*Kurt W. Schmidt, Gabriele Wolfslast und Sonja Rothärmel (Hrsg.)*

# Wertvorstellung und Respekt

**Leitfaden zur Implementierung von  
Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht  
in die klinische und ambulante Versorgung**





EVANGELISCHE  
AKADEMIE  
ARNOLDSHAIN



**ZEM** Zentrum für  
Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus  
Center for Medical Ethics Frankfurt/Östliche Kitzellen  
**Eine Einrichtung der Ev.  
Kirche in Hessen und Nassau**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Diese Broschüre wird inhaltlich getragen von folgenden Teilnehmern der Klausurwoche:

**Dr. med. Ute Altanis-Protzer**, Griechenland; **Dr. med. Alena M. Buyx**, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster; **Nicola Esser**, Fachärztin für Anästhesie, Frankfurt/M.; **Angela Fischer**, Ärztin, Darmstadt; **Carolin Fischer**, Dipl. jur., Juristische Fakultät, Universität Göttingen; **Dr. med. Mathias Gerth**, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinik Mainz; **Günther Keune**, Dipl. Rechtspfleger, Friedrichsdorf/Ts.; **Harald G. Kratochvila**, Fakultät für Philosophie, Universität Wien; **Dr. med. Christof Schäfer**, Klinik für Strahlentherapie, Universität Regensburg; **Tina Schmedt**, Dipl. Sozialarbeiterin, Leverkusen; **Dr. med. Jürgen in der Schmitten**, Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf; **Michael Schöffner**, Arzt, Institut für Anästhesiologie, Markus-Krankenhaus, Frankfurt/M.; **Ute Tauchhammer**, Dipl. Psych., Luxemburg.

## Impressum

### Herausgeber

**Prof. Dr. jur. Gabriele Wolfslast**

**Dr. jur. Sonja Rothärmel**

Fachbereich Rechtswissenschaft  
Justus-Liebig-Universität Gießen

**Dr. theol. Kurt W. Schmidt**

Zentrum für Ethik in der Medizin  
am Markus-Krankenhaus, Frankfurt/Main

### Text, Satz & Layout

embe consult

(Bad Berleburg, Bad Homburg)

Im Gunzetal 16, 57319 Bad Berleburg

**Andreas Bernshausen**

bernshausen@embe-consult.de

**Dr. Michael Emmrich**

emmrich@embe-consult.de

### Rechtsvermerk Fotos

Umschlagfoto/Foto Seite 8:

© **Dr. R. Strasheim**/Agaplesion gAG

### Druck

Druckerei Wilke, 57271 Hilchenbach

### Kontaktadressen für Rückfragen:

**Dr. theol. Kurt W. Schmidt**

Zentrum für Ethik in der Medizin  
am Markus-Krankenhaus  
Wilhelm-Epstein-Str. 2, 60431 Frankfurt/M.  
Tel.: (069) 95 33-2555  
Fax: (06171) 91 24 23  
ZEMmarkus@aol.com  
www.medizinethik-frankfurt.de

**Prof. Dr. jur. Gabriele Wolfslast**

**Dr. jur. Sonja Rothärmel**

Professur für Strafrecht und Strafprozessrecht  
Justus-Liebig-Universität Gießen  
Hein-Heckroth-Str. 3, 35390 Gießen  
Tel.: (0641) 99 21 483  
Fax: (0641) 99 21 489  
Sonja.Rothaermel@recht.uni-giessen.de

1. Auflage © 2006, Zentrum für Ethik in der  
Medizin am Markus-Krankenhaus, Frank-  
furt/Main

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit  
schriftlicher Genehmigung der Herausgeber!

## Neue Wege gehen

In den letzten Jahren haben immer mehr Bundesbürger eine eigene Patientenverfügung verfasst. Darin werden Wertvorstellungen und Behandlungswünsche zum Ausdruck gebracht für den Fall, dass der Einzelne – vorübergehend oder dauerhaft – nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen dem Arzt direkt kund zu tun. Für Ärzte und Pflegepersonal sind diese Verfügungen wichtig, weil sie sich aus ethischer und rechtlicher Sicht am Willen des Patienten zu orientieren haben, wollen sie sich nicht dem Vorwurf einer strafbaren Körperverletzung aussetzen. Die grundsätzliche Verbindlichkeit einer solchen Patientenverfügung ist für den Arzt sowohl von der Bundesärztekammer (Grundsätze zur ärztlichen Sterbegleitung, 2004) wie auch vom Bundesgerichtshof (Entscheidung vom 17. März 2003) ausdrücklich betont worden. Eine Gesetzesinitiative zur Reichweite und Verbindlichkeit der Patientenverfügung wird von den Abgeordneten des Deutschen Bundestages ausgehen.

In der klinischen Praxis und der ambulanten Versorgung zeigen sich bis heute jedoch Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Verfügungen. Die beiden Hauptprobleme, die bisher nicht zufriedenstellend gelöst sind, beziehen sich

1. auf die **medizinische und fachliche Beratung** bei der Erstellung der Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht und
2. auf die **Implementierung in die klinische und ambulante Versorgung**.

Ohne eine praktikable Lösung dieser beiden Punkte wird die Vorsorgeplanung immer problematische Lücken aufweisen, und es wird keine Gewähr für die vom Patienten gewünschte Umsetzung geben. An diesen unvollständigen Rahmenbedingungen kann der einzelne Bürger jedoch selbst kaum etwas ändern. Die Bürgerinnen und Bürger sind darauf angewiesen, dass innerhalb des Gesundheitswesens neue Strukturen geschaffen werden, die es dem Bürger überhaupt erst ermöglichen, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.



In der Regel ist der Bürger in medizinischen Fragen ein Laie. Auch wenn sich die Informationsmöglichkeiten durch Medien und Internet enorm erweitert haben, brauchen viele Bürger eine ärztliche Vertrauensperson (einen medizinischen Experten), der ihnen hilft, diese Flut an Informationen zu filtern und einzuordnen. Aus ethischer Sicht ist es die Aufgabe der Ärztin/des Arztes, dem (potenziellen) Patienten durch das Gespräch die Informationen zu geben, die ihn anschließend befähigen, eine freie Entscheidung zu treffen. Studien zeigen, dass bei der Abfassung der Patientenverfügung die wenigsten Bürger mit denen sprechen, die diese Verfügung später interpretieren müssen: den Ärzten.

***Wer heutzutage dem Patienten mit seinen Bedürfnissen umfassend gerecht werden will, muss sich dem Thema ›Patientenverfügung‹ stellen. Krankenhausträger müssen dabei neue Wege beschreiten, ebenso wie Alten- und Pflegeheime, Hausärzte und Versorgungsnetze, Kassenärztliche Verei-***

**nigungen und Krankenkassen. Es gilt, die bestehenden Schwächen dieses Instruments der Vorsorgeplanung zu beheben, um sowohl den Patienten wie auch der Verantwortung der Ärzte und Pflegenden gerecht zu werden. Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und Notdienste werden von der Bevölkerung in Zukunft immer stärker daran gemessen werden, welche Strukturen sie entwickelt haben, um die Wertvorstellungen des Patienten auch dann zu respektieren, wenn der Patient über die weitere Behandlung selbst nicht mehr entscheiden kann.**

Die Qualität der begleitenden Betreuung wird entscheidend davon abhängen, inwiefern die Einrichtungen Strukturen entwickelt haben, um Patienten bereits im Vorfeld in ein Vorsorgekonzept einbeziehen zu können. **Dies verlangt ein Umdenken in vielen Bereichen des Gesundheitswesens.** Es verlangt aber auch von den Bürgerinnen und Bürgern einen offeneren Umgang mit der Endlichkeit des eigenen Lebens. Da sich jedoch nicht alle Menschen mit diesen – unter Umständen emotional belastenden – Fragen auseinandersetzen wollen, wird die Patientenverfügung auch nicht für alle das geeignete Mittel sein. Auch wird die Patientenverfügung nicht in der Lage sein, alle in Zukunft auftretenden möglichen Entscheidungskonflikte zu lösen bzw. zu verhindern.

**Doch die Etablierung einer Vorsorgeplanung ist u. a. aufgrund folgender Punkte sinnvoll:**

1. Jeder zweite (!) Bundesbürger stirbt heute in einem Krankenhaus (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden).
2. Werden Altenheime und Pflegeheime hinzugerechnet, sterben etwa 2/3 aller Bundesbürger in Einrichtungen des Gesundheitswesens, d. h. medizinisch-pflegerische Entscheidungen werden in einer kritischen Lebens- und Sterbephase von ärztlichem und pflegerischem Personal (mit) getroffen.
3. Viele Bundesbürger sterben nicht plötzlich und unerwartet, sondern an den Fol-

VOLLMACHT - Seite 1

**VOLLMACHT**

..... (Vollmachtgeber/in)

Vorname, Geburtsdatum) .....

..... (Telefax) .....

..... (Vollmacht an .....

..... (Vollmachtnehmer Person)

Geburtsdatum) .....

..... (Telefax) .....

**PATIENTEN**

Für den .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:**

1. **Situationen, für die diese Verfügung gilt:**

..... habe ich bzw. ....

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach schätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen existieren kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszu-

gen einer schweren chronischen Erkrankung (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen). Dies ermöglicht ihnen – zumindest theoretisch – eine vorzeitige Beschäftigung mit konkreten Fragen des Behandlungsverlaufs in typischen Krisen ihrer – bereits bekannten – Erkrankung.

4. Fanden keine Gespräche zwischen dem betroffenen Patienten, seinen Angehörigen bzw. Bezugspersonen und dem Arzt statt, herrscht Unklarheit darüber, wie der jetzt entscheidungsunfähige Patient in dieser kritischen Situation selbst entschieden hätte. Die psychische Belastung für alle Beteiligten kann in diesen Fällen erheblich sein, da auch „keine Entscheidung“ zu treffen eine Entscheidung ist, die verantwortet werden muss.

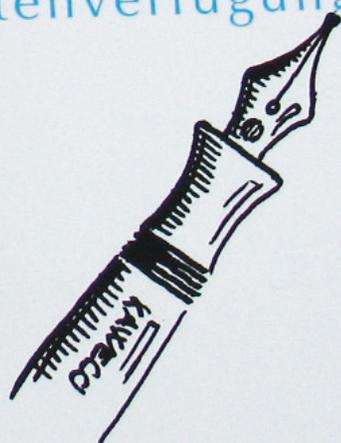
Bayerisches Staatsministerium der  
Justiz



# VORSORGE

für Unfall, Krankheit und Alter

durch  
Vollmacht  
Betreuungsverfügung  
Patientenverfügung



[www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de)

5. Wenn Ärzte und Pflegende unsicher über den Willen des Patienten sind, entscheiden sie sich für eine Weiterbehandlung.

Schwierige ethische Entscheidungskonflikte bei Fragen der Therapiebegrenzung – etwa auf der Intensivstation – müssen erst gar nicht entstehen, wenn sie bereits im Vorfeld besprochen wurden. **Dies kann gelingen, wenn die Vorsorgeplanung in ein Netzwerk eingebunden ist.** Hausärzte und Pflegende aus der ambulanten Versorgung sind ebenso einzubinden wie der Sozialdienst und Mitglieder eines Betreuungsver-

eins, der behandelnde Arzt im Krankenhaus ebenso wie der Mitarbeiter im Pflegeheim. Die Vorsorgeplanung wird – so die Vision – auf mehrere Schultern verteilt. Wie dies gelingen kann, ohne Ärzten und Pflegenden unlösbare Aufgaben aufzubürden, beschreibt diese Broschüre in kurzgefasster Form.\*

Wichtige konzeptionelle Gedanken sind hierbei in der Taunus Summer-School 2006 entstanden, einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Klausurwoche für Postgraduierte in der Ev. Akademie Arnoldshain.\* Das Modell lehnt sich stark an das von Bud Hammes und Linda Briggs an der Gunderson Lutheran Medical Foundation (USA) entwickelte Konzept der Vorsorgeplanung Respecting Choices® an, das ein überaus erfolgreiches Modell des Advance Care Planning („Vorausschauende Behandlungsplanung“) darstellt. Das vorliegende Konzept verbindet Inhalte und Erfahrungen mit der Situation und den konkreten Bedürfnissen in Deutschland.

Diese Broschüre richtet sich an alle Akteure im Gesundheitswesen, die bereit sind, Veränderungen anzustoßen und zu verwirklichen. Ziel der vorliegenden Broschüre ist es, diesem Personenkreis knapp und gezielt Informationen zu vermitteln, die Patienten und ihren Bezugspersonen sowie Ärzten und Pflegenden dabei helfen, medizinische Entscheidungen in kritischen Lebenssituationen treffen zu können.

## Diese Broschüre folgt dabei zwei Leitgedanken:

1. Das Ausfüllen der Patientenverfügung soll kein punktuellere Ereignis sein, sondern durch einen nachhaltigen Prozess der Kommunikation und Kooperation ersetzt werden.
2. Hilfreiche Anregungen zum Aufbau eines Netzwerkes zur Vorsorgeplanung sollen gegeben werden.

Die oben abgebildete Vollmacht ist entnommen der Broschüre des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz: ›Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter‹. Komplette verfügbare als pdf-Datei unter: [www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de) (Broschüren) oder über den Buchhandel (Verlag C.H. Beck, ISBN 3-406-54052-X).

\* Eine ausführliche Darstellung ist dem Tagungsband der Taunus Summer-School 2006 zu entnehmen: ›Vorausverfügen für das Lebensende‹, hrsgg. von S. Rothärmel, K.W. Schmidt und G. Wolfsplast, Frankfurt/M. 2006 (Zu beziehen über das ›Zentrum für Ethik in der Medizin‹, siehe Impressum)

## Vorsorgeplanung: Ein Mittel der permanenten

**Das Modell der Vorsorgeplanung beschreibt einen mehrstufigen Kreislauf- und Kommunikations-Prozess mit folgenden wesentlichen Elementen:**

1. Am Anfang steht die Beschäftigung mit der Vorsorgeplanung (**Anlass/Ereignis**). Grundsätzlich lassen sich hier drei Szenarien unterscheiden: (a) ein Interessierter beschäftigt sich erstmals überhaupt mit dem Thema, (b) er überprüft seine bereits formulierten Wünsche für die Behandlung am Ende des Lebens in bestimmten Zeitzyklen regel- und routinemäßig, und (c) ein erneutes Ereignis, eine Krankheit, eine Veränderung im Krankheitsverlauf oder ein Anstoß von außen etc. lassen die einmal festgelegten Wünsche in anderem Licht und überprüfenswert erscheinen.

Initiatoren zum Gespräch über Vorsorgeplanung können verschiedene Personen an verschiedenen Orten im Gesundheitswesen sein, z. B. der Hausarzt bei einer Routineuntersuchung, die Krankenschwester bei der Patientenaufnahme, der Arzt im Krankenhaus im Rahmen einer Behandlung. Der Punkt „Anlass/Ereignis“ beschreibt dabei das Ansprechen des Themas ›Vorsorgeplanung‹ und – bei Interesse – die Weiterleitung zu einer Kontaktperson, die eine angemessene Beratung folgen lässt. Wichtig ist, dass der Initiator die nachfolgenden Gespräche nicht selbst führen muss, sondern auf ein Netzwerk von Personen zurückgreifen kann, von denen diese Beratung übernommen wird. Die Beschäftigung mit dem Thema sollte dabei regelhaft und routinemäßig erfolgen. Das heißt: Fragen nach den Wertvorstellungen und Behandlungswünschen am Ende des Lebens sollten ein normaler Bestandteil von (Anamnese)Gesprächen werden. Diese Selbstverständlichkeit nimmt Patienten Ängste und Belastungen. Stets handelt es sich dabei um ein Angebot, kein Muss! Der Verzicht auf die Äußerung von Behandlungswünschen ist eine ebenso zu respektierende Entscheidung wie die Formulierung einer Patientenver-



fügung. Hilfreich ist, wenn in der Einrichtung bereits durch Plakate und ausgelegte Flyer auf das Thema ›Vorsorgeplanung‹ hingewiesen wird. So kann auch der Patient selbst durch seine Nachfrage als Anlassgeber des Gespräches fungieren.

2. Auf unterschiedliche Motivationen, sich mit dem Thema Vorsorgeplanung zu befassen, folgen **Information und Beratung** über die verschiedenen Formen und Möglichkeiten der Vorsorge (wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) und über die konkreten Ansprechpartner



## Die 5 Schritte der Implementierung: Modell Markus-Krankenhaus

### 1. Gründung einer Arbeitsgruppe „Vorsorgeplanung“

Eine Arbeitsgruppe führt Veranstaltungen in der Klinik bzw. Abteilung zum Thema ›Patientenverfügung‹ durch und erarbeitet aufgrund der kritischen Rückmeldungen einen Vorschlag für die Krankenhausleitung, welche Patientenverfügungen (Formulare) im Krankenhaus auf Patientenfrage empfohlen und ausgehändigt werden sollen. Die Ergebnisse werden mit den Chefärzten der einzelnen Kliniken und den Pflegedienstleitungen abgestimmt; eine Entscheidung zur Einführung bestimmter Formulare und eines damit verbundenen Vorsorgekonzepts wird getroffen.

*[Beispiel: ›Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter‹ des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz. Verfügbar als pdf-Datei unter: [www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de)]*

### 2. Einrichtungsinterne Schulung für Ärzte und Pflegekräfte

Für die Mitarbeiter der einzelnen Abteilungen finden Fortbildungsveranstaltungen statt, um die ausgewählten Formulare, die im Krankenhaus den Patienten auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden, inhaltlich

vorzustellen. Das Phasenmodell der Beratung (von der Initiierung des Gesprächs bis zur Dokumentation in der Akte) wird vorgestellt, die Inhalte der Informationsbroschüre, Plakate und Flyer werden abgestimmt und die Kooperationspartner vorgestellt. Innerhalb des Krankenhauses sollte ein Schwerpunktbereich festgelegt werden, in dem die Gespräche über die Vorsorgeplanung besondere Aufmerksamkeit erhalten (z. B. eine onkologische Abteilung).

### 3. Seminare für (potenzielle) Patienten zur Erstellung einer Patientenverfügung

Das Seminar dient dazu, Patienten an einem halben Tag vor allem die medizinische Bedeutung der Begrifflichkeiten zu vermitteln. Dazu wird das Formular (bzw. eines der Formulare) ausgewählt und den Teilnehmern zur Verfügung gestellt, das im Krankenhaus hohe Akzeptanz hat. (Das Seminar kann kostenpflichtig sein, um die Ausgaben für Materialien und Getränke/Imbiss zu finanzieren). Im Seminar erläutern Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter u. a. die in den Formularen verwendeten Begrifflichkeiten (beispielsweise Koma, Schlaganfall) und die medizinischen Handlungen, zu denen

der (potenzielle) Patient seine Einstellung äußern soll (z. B. Wiederbelebung, künstliche Ernährung, Flüssigkeitsgabe). Für Migranten und Bürger mit Migrationshintergrund können eigene Seminare angeboten werden, um Menschen mit Sprach- und Verständnisproblemen, vor allem aber mit sehr verschiedenen Wertewelten adäquat die Möglichkeiten von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten nahezubringen.

Die Teilnehmerzahl in diesen Seminaren sollte begrenzt werden, um Rückfragen und Diskussionen zu ermöglichen. Eine vorherige Anmeldung ist sinnvoll.





#### **4. Einrichtung einer Beratungsstelle ›Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht‹ im Krankenhaus (Patienteninformationszentrum)**

Neben dem medizinischen Schwerpunkt haben viele Bürgerinnen und Bürger auch Beratungsbedarf in Hinblick auf die weitere Vorsorgeplanung (finanzielle Angelegenheiten etc.). Hier ist darauf zu achten, dass die Grenze zur „Rechtsberatung“, die in Deutschland nur besonderen Personengruppen erlaubt ist, nicht verletzt wird. Es empfiehlt sich die Kooperation mit einem Betreuungsverein o. ä.

*Bsp.: Modell Markus-Krankenhaus:  
Einmal im Monat (bei größerer Nachfrage auch 14-tägig) findet in den Räumen des ›Patienteninformationszentrums‹ eine Beratung durch Mitarbeiter des ›Bürgerinstituts e.V.‹ statt (ehemals ›Institut für Sozialarbeit‹). Das Beratungsangebot des Betreuungsvereins (gemäß Betreuungsgesetz) wird somit durch die Möglichkeiten der medizinischen Fachberatung ergänzt,*

*umgekehrt wird die Beratung über grundsätzliche Fragen von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmacht durch den Betreuungsverein erweitert.*

#### **5. Vernetzung mit Hausärzten, Altersheimen und Pflegeheimen**

Plakate und Flyer weisen in den Krankenhäusern, Altenheimen und Hausarztpraxen auf dieses Konzept der Vorsorgeplanung hin und dienen als Anstöße und Anknüpfungspunkte für Gespräche.

Mit Hausärzten, Altenheimen und Pflegeheimen wird der Umgang mit den vorliegenden Patientenverfügungen in Notfallsituationen besprochen. Bei Rückverlegung aus dem Krankenhaus wird – sofern vom Patienten gewünscht – die Vorsorgeplanung besprochen/aktualisiert.

#### **Aufbau eines Systems zur strukturierter Erfassung der Patientenverfügungen in der Einrichtung.**

Dazu gehört u.a.

- (a) Die einzelne Gesundheitseinrichtung legt für sich fest, wie sie das Vorhandensein einer Patientenverfügung erfragen will (kontrovers werden derzeit das ›Wann‹ und das ›Wo‹ diskutiert: z. B. regelhaft bei der Aufnahme? Bei der Prämedikation vor einer OP? Regelhaft bei der Pflegeanamnese?).
- (b) Der Inhalt und die Verbindlichkeit der Patientenverfügung sind – sofern möglich – mit dem Patienten zu besprechen.
- (c) Das Vorliegen der Patientenverfügung ist zu dokumentieren, z. B. in der Patientenkurve: hier kann eine eigene Rubrik eingerichtet werden, die an das Erfragen erinnert („Checkliste“) und zugleich ermöglicht, das Vorhandensein einer Patientenverfügung für andere kenntlich zu machen. Bei elektronischer Patientenkurve kann ein eigener Button eingefügt werden.
- (d) Auf die getroffenen Vereinbarungen wird bei Pflegeüberleitungen sowie in Arztbriefen (beispielsweise von Krankenhäusern an Alten- und Pflegeheimen – oder umgekehrt) hingewiesen (Stichwort: „Patientenverfügung beachten!“).

## Modell Patientenseminar

# Wie erstelle ich meine Patientenverfügung?

### Beispiel für die Durchführung eines Tagesseminars

Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen haben in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Als Bürgerin und Bürger können Sie darin schriftlich festlegen, wie Sie behandelt werden möchten, wenn Sie selbst – aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls – vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sind, sich unmittelbar zu äußern.

Das Abfassen einer Patientenverfügung wirft jedoch viele Fragen auf. Ohne ärztliche Hilfe und Beratung ist das Erstellen einer Patientenverfügung in der Regel kaum möglich, auch sind bestimmte juristische Aspekte zu bedenken. Das Markus-Krankenhaus bietet deshalb im Rahmen seiner Patientenakademie ein Seminar an, um Ihnen das Erstellen Ihrer eigenen Patientenverfügung zu erleichtern. Im Rahmen des Seminars werden dabei zum einen grundsätzliche Aspekte – aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht – dargestellt und es stehen Ihnen zum anderen Experten aus verschiedenen Fachbereichen und Disziplinen für Fragen zur Verfügung. Sie erhalten damit die Möglichkeit, unter qualifizierter Anleitung Ihre eigene Patientenverfügung zu erstellen.

Auch können Sie Ihre bereits verfasste Patientenverfügung mitbringen, um zu überprüfen, ob diese vom Arzt auch so verstanden wird, wie Sie Ihre Verfügung verstanden wissen möchten.

Um einen intensiven Austausch zu ermöglichen, ist die Teilnehmerzahl für dieses Seminar begrenzt und eine verbindliche Anmeldung unbedingt erforderlich!

Zu diesem Seminar laden wir herzlich ein!

### Programm

#### Begrüßung und Einführung

#### 1. Zur Bedeutung und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen

#### 2. Wie erstelle ich meine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht?

- Überblick zu den Patientenverfügungen
- Hinweise für Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

#### 3. Konkrete Formulierungen in den Patientenverfügungen:

- Was bedeuten bestimmte Formulierungen in den Vordrucken?
- Welche Formulierungen sind für Ihre Verfügung sinnvoll?

PAUSE

#### 4. Gespräch mit den Fachleuten

Fragen an den **Intensivmediziner**

- Zur Bedeutung von Patientenverfügungen für die ärztliche Entscheidungsfindung auf der Intensivstation
- Erklärung der Bedeutung von „Keine Wiederbelebung“

Fragen an die **Krankenschwester**

Fragen an den **Onkologen**

Fragen an die **Neurologin**

- Erklärung der neurologischen Vorgänge bei Schädigungen des Gehirns (z.B. Schlaganfall, Koma, „Wachkoma“, fortgeschrittene Demenz)
- Bedeutung von „künstlicher Ernährung“ und „Flüssigkeitsgabe“

- Bedeutung von „künstlicher Ernährung“ und „Flüssigkeitsgabe“

Fragen an den **Geriatr**

Fragen an den **Chirurgen**

Fragen an den **Nephrologen** (Dialyse-Behandlung)

Fragen an den **Hausarzt**

Fragen an die **Sozialarbeiterin**

**Ethische Aspekte** (Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung)

**Rechtliche Aspekte**

Anschließend **Zeit für Einzelgespräche** mit den Referenten an Einzeltischen.

**Abschlussdiskussion und Schlusswort**

## Zusammenfassung

### Nachteile des bisherigen Zugangs:

- Patientenverfügungen (PV) sind oft zu ungenau formuliert
- Sie treffen auf die konkrete Behandlungssituation häufig nicht zu
- Eine fundierte Beratung zu den medizinischen Sachverhalten findet in der Regel nicht statt
- Unsicherheit bei den Ärzten, ob der Patient es „so“ gemeint hat
- Die Dokumente sind häufig zu missverständlich formuliert, so dass Konflikte zwischen Ärzten und Angehörigen bzgl. der Interpretation entstehen
- PV sind „Momentaufnahmen“ und geben als singuläres Ereignis kaum Einblick in die Lebenswirklichkeit des Patienten
- Ärzte und Pflegende sprechen Patienten nicht von sich aus auf das Thema PV und Vorsorgeplanung an
- Eine begleitende Beratung ist zeitlich nicht zu leisten, die finanzielle Erstattung dieser Leistung ist unzureichend geregelt
- Ein Netzwerk ist nicht etabliert

### Vorteile des neuen Beratungsprozesses

- **Patientenverfügungen (PV) sind keine Momentaufnahmen mehr, sondern Ergebnisse eines breit angelegten Prozesses**
- **Gestärkte Entscheidungsbasis für Ärzte und Pflegepersonal**
- **Präzisere Formulierungen werden möglich**
- **Stärkere Beachtung der Wertvorstellungen des Patienten**
- **Förderung der Kommunikation**
- **Stärkung der gemeinsamen Verantwortung**
- **Entlastung für Patient, Angehörige und Ärzte**
- **Reduzierung von Konfliktsituationen**
- **Einbindung in ein Versorgungsnetzwerk**
- **Beruhigung und Erhöhung der Lebensqualität des Patienten**
- **Regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung des Patientenwillens**
- **Bessere Dokumentation und Zugänglichkeit von Patientenverfügungen**
- **Verbesserte Information zur Verbindlichkeit/Gültigkeit von Patientenverfügungen**
- **Größere Sicherheit in der Vorsorgeplanung**

## Die Vision:

Im Jahr 2020 ist in Deutschland ein strukturiertes Beratungsmodell zur Erstellung von Patientenverfügungen etabliert, das sich durch folgende Merkmale auszeichnet:

- Die Patientenverfügung ist in einem kontinuierlichen diskussions- und qualitätsgesicherten Beratungsprozess entstanden.
- Sie ist so dokumentiert, dass ein Zugriff für alle relevant Beteiligten einfach und schnell möglich ist.
- Sie wird regelmäßig überprüft und kann aktualisiert werden.
- Sie ist zum integralen Bestandteil medizinischer und pflegerischer Routineversorgung geworden.

## Der Start:

Jede Einrichtung kann eine effektive Vorsorgekonzeption initiieren:

- Der Prozess der Vorsorgeplanung kann von Ärzten in der Klinik oder von der Hausarztpraxis initiiert werden, ebenso von Pflegenden oder Beratungsorganisationen.
- Es ist sinnvoll, zuerst lokale und regionale Netzwerke zwischen Praxen, Kliniken, Heimen und Beratungsstellen entstehen zu lassen.
- Die Vorsorgeplanung sollte mit entsprechendem Informationsmaterial (Plakaten, Broschüren u. ä.) professionell kommuniziert und dargestellt werden.

**In Zukunft werden Krankenhäuser, ebenso wie Alten- und Pflegeheime und die hausärztliche Versorgung, immer stärker daran gemessen werden, welche Strukturen sie entwickelt haben, um die Wertvorstellungen des Patienten auch dann zu respektieren, wenn der Patient über die weitere Behandlung selbst nicht mehr entscheiden kann.**

**Diese Broschüre richtet sich an alle Akteure im Gesundheitswesen, die bereit sind, Veränderungen anzustoßen und zu verwirklichen.**

