

## 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 der Einrichtungen der stationären Seniorenhilfe sowie an deren Angehörige und rechtliche Vertreter. Wir empfehlen die Lektüre dieses Textes zur Vorbereitung auf die Gespräche zum Thema „**Behandlung im Voraus Planen**“ (**BVP**).

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

Diese Broschüre basiert auf einer Entwicklung im Rahmen des BMBF-geförderten Forschungsprojekts RESPEKT 2011.

1. Auflage 2021

Herausgeber: Deutsche interprofessionelle Vereinigung im Voraus Planen e.V. (DIV-BVP)

Website: [www.div.bvp.de](http://www.div.bvp.de)

Kontakt: [info@div-bvp.de](mailto:info@div-bvp.de)

Gestaltung: [www.two-up.de](http://www.two-up.de)

Redesign: [www.fafalter.de](http://www.fafalter.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

## Grußwort des Vorstandes der DiV-BVP

**BVP**-Behandlung  
im Voraus Planen

Jeder von uns hat das Recht, sein Leben nach den eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten. Dies gilt insbesondere auch im Fall schwerer Erkrankung oder am Lebensende. In diesen Situationen gibt es durch den medizinischen Fortschritt eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten. Häufig ist der erkrankte Mensch dann jedoch nicht mehr in der Lage, selbst zwischen den Möglichkeiten zu wählen und über seine Behandlung zu entscheiden. Sofern nicht bereits Vorsorge durch eine Patientenverfügung getroffen wurde, müssen dann andere für den Betroffenen entscheiden. Dabei sind die Wünsche des erkrankten Menschen an seine medizinische Behandlung und Begleitung die Grundlage für die stellvertretend zu treffenden Entscheidungen. Diese Wünsche sind jedoch vielfach nicht oder nur unzureichend bekannt.

Angehörige oder rechtliche Vertreter (Vorsorgebevollmächtigter oder Betreuer) werden häufig in die Behandlungsentscheidung einbezogen und zum Sprachrohr der Bewohnerin/des Bewohners. Dann stellt sich die Frage: „Was hätte sie/er gewollt? Wie kann ich sie/ihn am besten unterstützen?“ Gerade auch unter Zeitdruck, z.B. im Notfall stellt diese Aufgabe eine große Herausforderung dar.

Durch das Angebot „Behandlung im Voraus Planen“ (BVP) möchten wir dazu beitragen, dass schwer erkrankte Menschen auch dann so behandelt und begleitet werden, wie sie es sich wünschen, wenn sie selbst nicht (mehr) entscheiden können.

Alle an solchen Entscheidungen Beteiligten können damit Unterstützung bei der Vorsorge für derartige Situationen finden. Dafür stehen Ihnen speziell geschulte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Wir freuen uns, wenn Sie dieses auch durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziell mitgetragene Angebot in Ihrer Einrichtung nutzen.



Prof. Dr. med. Friedemann Nauck  
1. Vorsitzender des Vorstandes der DiV-BVP e.V.



## Übersicht

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 Konzept „Behandlung im Voraus Planen“	42
Ein Wort zum Schluss	44

## Unser gemeinsames Anliegen

### **BVP**–Behandlung im Voraus Planen



#### **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.

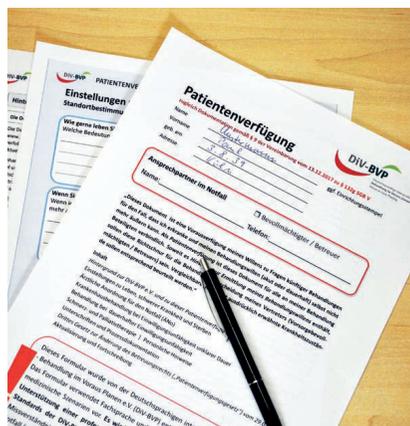
Für rechtliche Vertreter gilt: Sie entscheiden in der Regel aktuell im Sinne der von Ihnen vertretenen Person, also wenn die gesundheitliche Krise eingetreten ist. Wenn und solange Sie nicht rechtzeitig vor Ort sein bzw. kontaktiert werden können, z. B. im Notfall, sind die Patientenverfügung oder die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



## Zehn Schritte, bei denen wir Sie begleiten

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- Wir initiieren den Kontakt mit dem Hausarzt zur abschließenden Besprechung und gemeinsamen Unterzeichnung der Verfügung.



- 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.
- Wir sorgen dafür, dass die Unterlagen im Bedarfsfall zur Stelle sind – etwa beim Eintreffen des Rettungsdienstes oder im Krankenhaus.
- Wir sind durch Ausbildung und Zertifizierung im Rahmen des Projekts „Behandlung im Voraus Planen“ (S. 40 f.) kompetente und vertrauenswürdige Partner für alle Beteiligten.
- Wir begleiten Sie im weiteren Verlauf und unterstützen Sie in den kommenden Jahren bei notwendigen Aktualisierungen der Dokumente.



- 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?

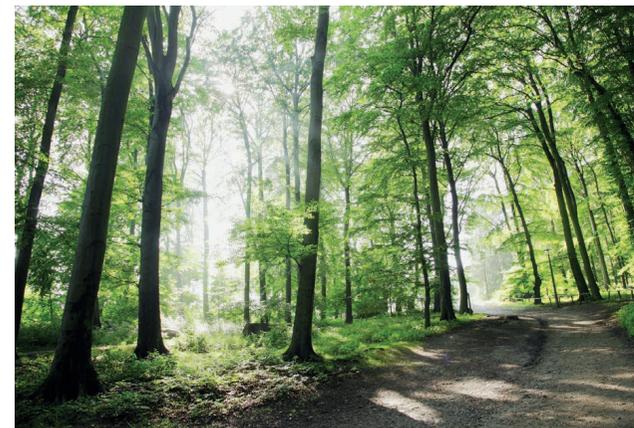
- Gab es Behandlungen, von denen ich heute sage: Das soll mit mir keinesfalls (mehr) geschehen?

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

**BVP**–Behandlung  
im Voraus Planen



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. Krankenseinweisung 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 Festlegungen 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 unzulässig!

**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.

„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/Betreters  
 „Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“  
 x  
 Unterschrift und NAME des DIV-BVP-Gesprächsleiters

**!** 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.

## 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.

## Situationen, für die vorausschauend geplant werden kann

### 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?

## Stellvertretend entscheiden

### 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.



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 Pflegenden sollten aktiv nach solchen Äußerungen gefragt werden.
- Angehörige können manchmal von Hal-tungen berichten, die den Betreffenden insbesondere im Alter geprägt haben und von denen Rückschlüsse gezogen werden können.

- Früher unterzeichnete »Patientenver-fügungen« können Hinweise auf eine Haltung und den Wunsch nach einer Therapiebegrenzung belegen, auch wenn sie ohne Gesprächsbegleitung entstan-den sind und konkrete Behandlungs-fragen häufig unbeantwortet lassen.
- Manche Menschen, die nicht mehr für sich selbst entscheiden können, machen dennoch Äußerungen, die mit gebührender Vorsicht als Hinweis auf ihren (mutmaß-lichen) 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 medi-zinisch Mögliche und Sinnvolle« getan werden soll, um sein Leben zu retten bzw. zu verlän-gern.

## 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 Pflegenden 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.

## Wahre Geschichten – Anregungen zum Weiterdenken

**BVP**–Behandlung  
im Voraus Planen

### 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 Herr E. das Erstickungsgefühl 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.

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.

**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.**

**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.**

## Wahre Geschichten – Anregungen zum Weiterdenken

### **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

### **BVP**-Behandlung im Voraus Planen

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 Betreuungsgesetz zur Klärung hinzugezogen.

## Das Konzept „Behandlung im Voraus Planen“

„Behandlung im Voraus Planen“ (BVP) ist ein auf dem internationalen Konzept „Advance Care Planning“ fußender Weg der gesundheitlichen Vorausplanung. Dieser beinhaltet neben den Gesprächsprozessen mit den qualifizierten Gesprächsbegleitern auch Maßnahmen zur Umsetzung des Konzepts in den teilnehmenden Einrichtungen und der Region. Denn nur, wenn alle Beteiligten in der medizinischen Versorgungskette über das Konzept informiert sind, kann der Wille des Vorausplanenden auch Beachtung finden.

In den letzten Jahren haben sich viele Einrichtungen und Dienste auf den Weg gemacht, das durch die „Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen“ (DiV-BVP) entwickelte Konzept BVP umzusetzen. Zahlreiche Mitarbeitende wurden nach den anspruchsvollen Standards der DiV-BVP zu qualifizierten Gesprächsbegleitern und Gesprächsbegleiterinnen ausgebildet. Die Patientenverfügung und Vertreterdokumentation der DiV-BVP sind geschützte Marken. Sie dürfen



nur von zertifizierten, d.h. entsprechend qualifizierten und autorisierten Personen verwendet werden. Dies ist wichtig, damit sich die beteiligten Personen in der Region darauf verlassen können, dass die Festlegung den Willen des Patienten wiedergibt.

Es haben sich darüber hinaus in Deutschland Initiativen gegründet, die in einer Region mit mehreren Einrichtungen zusammen das Konzept BVP umsetzen: Die Mitarbeitenden der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen werden geschult, Bewohner, Angehörige oder Vertreter durch Veranstaltungen informiert, Hausärzte erhalten eine entsprechende Fortbildung und sind eingeladen, sich an der Umsetzung von BVP 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.

**Alle Beteiligte verbindet das Anliegen, dass Menschen so behandelt werden, wie sie es selbst wünschen – auch dann, wenn sie selbst nicht (mehr) entscheiden können.**



## Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**BVP**-Behandlung  
im Voraus Planen

# **BVP**–Behandlung im Voraus Planen

Im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes wurde Ende 2015 § 132g in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Danach können Einrichtungen der stationären Pflege sowie der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung den Versicherten eine „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ anbieten. Die Nutzung dieses Angebotes wird von gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.

Die gesundheitliche Vorausplanung wurzelt in dem international etablierten Konzept „Advance Care Planning“ (ACP). Die „Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen“ (DiV-BVP e.V.) hat im Austausch mit internationalen Experten und unter Mitwirkung von Fachleuten aus Rechtswissenschaften, Ethik und Theologie das BVP Konzept und aussagekräftige Formulare entwickelt. In einer anspruchsvollen Weiterbildung werden geeignete Fachkräfte zu BVP-Gesprächsbegleiter/innen 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 „**Behandlung im Voraus Planen**“ fördert zudem, dass die so entstandenen Dokumente von allen an der Versorgung Beteiligten tatsächlich auch beachtet und befolgt werden.