



VA



Version:1.0



Inkraftsetzung:27.08.2015



Stand:25.08.2015

Leitlinie zur Therapiebegrenzung der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München

Herausgeber:

AG Therapiebegrenzung der Med. Klinik III am Klinikum der Universität München
(Leitung: Dr. P. Heußner, PD Dr. Dr. E. Winkler)

Redaktionsteam:

E. Jaeger, Dr. F. Mumm, Dr. K. Mehlis, Dr. M. Dietrich, Dr. K. Laryionava

unter Mitarbeit folgender Experten:

Prof. Dr. C. Bausewein, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Prof. Dr. W. Eisenmenger, Vorsitzender der Ethikkommission bei der Universität München

Prof. Dr. K.-W. Jauch, Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. G. Marckmann, Leiter des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Frau P. Budian, Leiterin der Stabsstelle Recht des Klinikums

Mitglieder der AG Therapiebegrenzung der Med. Klinik III:

Prof. Dr. W. Hiddemann, Prof. Dr. H. Ostermann

A. Absmayr, Dr. T. Altmann, Dr. B. Arndt, C. Bautz, Dr. A. Beraldi, PD Dr. S. Böck, S. Bremora, Dr. C. Christ, B. Damm, A. Dörndorfer, Prof. Dr. M. Dreyling, Dr. R. Forstpointner, N. Frischmann-Knoll, Dr. S. Fritsch, Dr. C. Gießen-Jung, Prof. Dr. V. Heinemann, Dr. T. Herold, Dr. P. Heußner, E. Jaeger, C. Joneit, J. Krügl, K. Liebing, PD Dr. L. Lindner, A. Malanowski, Dr. M. Michl, J. Milde, A. Müller, Dr. F. Mumm, Dr. W. Olipitz, Dr. P. Ostermann, Dr. R. Reibke, Dr. A. Schnaiter, Dr. Ch. Schulz, V. Schweighofer, Dr. T. Seiler, Prof. Dr. K. Spiekermann, M. Steindorfner, Prof. Dr. H.J. Stemmler, Dr. J. Tischer, C. Viereck, B. Wagner, N. Weber, A. Weisensel

Erstellung:

Mumm, Friederike
Jaeger, Elena

Prüfung:

25.08.2015 Jaeger, Elena
26.08.2015 Heußner, Pia Dr.

Freigabe:

26.08.2015 Hiddemann, Wolfgang Prof.Dr.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Rechtliche Hinweise

Die Leitlinie zur Therapiebegrenzung steht im Eigentum der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München und unterliegt dem deutschen Urheberrecht. Vervielfältigung, Bearbeitung und jede Art der Verwertung bedürfen der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München.

Diese Leitlinie wurde ausschließlich zum internen Gebrauch innerhalb der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München entwickelt. Eine Haftung des Klinikums der Universität München für Schäden, die von Dritten im Zusammenhang mit der Anwendung der Leitlinie verursacht werden, ist vollumfänglich ausgeschlossen.

Sollten Sie Inhalte der Leitlinie für den akademischen, nicht kommerziellen Gebrauch zitieren wollen, ist als Urheber die Medizinische Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München ausdrücklich zu nennen.

Jeglicher sonstige Gebrauch der Leitlinie bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Inhaltsverzeichnis

Legende.....	4
Präambel	5
1 Bedeutung, Definition und Begründung einer Therapiebegrenzung.....	7
1.1 Was wird in dieser Leitlinie unter Therapiebegrenzung verstanden?.....	7
1.2 Was sind Gründe für eine Therapiebegrenzung?	7
2 Der einwilligungsfähige Patient.....	8
2.1 Was bedeutet Einwilligungsfähigkeit?	8
2.2 Wann wird die Einwilligungsfähigkeit festgestellt?	8
2.3 Welche Voraussetzungen gibt es?.....	9
2.3.1 Wer erfragt diese Voraussetzungen?	10
2.3.2 Wo werden diese dokumentiert?.....	11
2.4 Das Gespräch zur Therapiebegrenzung mit dem einwilligungsfähigen Patienten	11
2.4.1 Wer führt die Gespräche zur Begrenzung tumorspezifischer Therapien und wann sollen diese Gespräche geführt werden?	11
2.4.1.1 Was sind die Triggerpunkte und Inhalte der Gespräche zur Begrenzung tumorspezifischer Therapien?.....	13
2.4.1.2 Wann sollte der Verzicht auf Reanimation und intensivmedizinische Maßnahmen angesprochen werden?.....	15
2.4.2 Weiteres Vorgehen nach dem Patientengespräch.....	16
2.4.3 Wo und wie werden Entscheidungen zur Therapiebegrenzung dokumentiert?.....	16
2.4.4 Besondere Gesprächssituationen.....	17
2.4.4.1 Umgang mit anderen Kulturen	17
2.4.4.2 Wie gehe ich mit einem Patienten um, der kein Gespräch über Therapiebegrenzung möchte, da er auch seine Prognose nicht wissen möchte?.....	18
2.4.4.3 Wie gehe ich mit einem Patienten um, der eine nicht oder fraglich indizierte Therapie wünscht?	19
2.4.5 Wer kann bei der Gesprächsführung unterstützen?.....	20
3 Der Nicht-einwilligungsfähige Patient	21
3.1 Welche Verbindlichkeit hat eine Patientenverfügung?	21
3.2 Welche Rolle spielen Angehörige bei der Ermittlung des Patientenwillens?.....	22
3.3 Wann und wie wird eine amtliche Betreuung eingerichtet?.....	22
4 Die Rolle der Angehörigen/nahe stehender Menschen	24
5 Literaturverzeichnis	25
6 Anhang	29
6.1 Gesetzestexte	29
6.1.1 Informationspflicht	29
6.1.2 Aufklärung.....	29
6.1.3 Einwilligung.....	29
6.1.4 Dokumentation der Entscheidung zur Therapiebegrenzung.....	30
6.2 Dokumentationsbogen	31

Therapiebegrenzung Leitlinie

Legende

Besonders wichtige Abschnitte sind in folgender Formatierung gekennzeichnet:

Definition

Erläuterung zentraler Begriffe dieser Leitlinie

Konsentierete Handlungsempfehlung/Statement

Resultat der Konsensuskonferenzen innerhalb der Medizinischen Klinik III

Klinikintern determinierte Prozessabläufe

Praktische Implikationen der konsentierten Handlungsempfehlungen/Statements für Klinikabläufe;

diese sind als solche i.R. der Leitlinie nicht konsentiert, entsprechen aber den Richtlinien und SOPs der Klinik

Gesetzestexte

Verweise auf korrespondierende Rechtsnormen und Gesetzestexte, die für rechtliche Aussagen zur Therapiebegrenzung von Bedeutung sind

Therapiebegrenzung Leitlinie

Präambel

Für Patienten¹ mit infauster Prognose und ihre Familien ist es wichtig, dass die Prognose früh und im Verlauf der Erkrankung thematisiert und Entscheidungen zum Lebensende hin vorbereitet werden, um

- Entscheidungen mit allen Betroffenen wirklich abwägen zu können,
- eine realistische Krankheitsverarbeitung zu ermöglichen,
- die Patienten bei der Entwicklung individueller Behandlungswünsche zu unterstützen,
- den individuellen Behandlungswünschen der Patienten respektvoll zu begegnen,
- Übertherapie zu vermeiden.

Im klinischen Alltag werden prognostische Informationen jedoch häufig nur auf konkrete Nachfrage des Patienten vermittelt. Insbesondere Entscheidungen zur Therapiebegrenzung werden erst spät im Krankheitsverlauf des Patienten getroffen und häufig nicht eindeutig mit dem Patienten besprochen.

Es ist zu beobachten, dass sowohl von Seiten der Betroffenen (Patient, Angehörige) als auch ärztlicherseits Gespräche über Vorausplanung und Therapiebegrenzungen aus unterschiedlichen Gründen vermieden werden. Dies gilt insbesondere auch für Gespräche zur Begrenzung tumorspezifischer und intensivmedizinischer Therapien, da die in solchen Gesprächen getroffenen Entscheidungen maßgebliche Konsequenzen für den einzelnen Patienten haben (Winkler, 2010).

Im Februar 2013 trat das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ („Patientenrechtegesetz“) in Kraft mit dem Ziel, mehr Transparenz u.a. hinsichtlich der Informations- und Aufklärungspflicht zu schaffen.

Die einschlägigen Gesetzestexte finden sich unter §§ 630 c-g BGB und betreffen Informationspflicht, Aufklärung, Einwilligung und Dokumentation. Die Originaltexte hierzu und diejenigen, die die Leitlinie betreffen, finden sich im Anhang.

Die Leitlinie bemüht sich daher, den Entscheidungs- und Kommunikationsprozess zu strukturieren und bestimmte Gesprächsinhalte festzulegen, die im Verlauf einer fortschreitenden zum Beispiel onkologischen Erkrankung vermittelt und rechtzeitig angesprochen werden sollten.

Konsentierete Handlungsempfehlung 1:

Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Medizinischen Klinik und Poliklinik III gelten, in denen Patienten ambulant oder stationär versorgt werden.

¹Um die Lesbarkeit des Textes zu erhalten, wurde auf die Erwähnung der generischen Geschlechter verzichtet. In vielen Fällen wird auf geschlechtsneutrale Formulierungen zurückgegriffen. In den übrigen Fällen wird das generische Maskulinum genannt, womit jedoch explizit beide Geschlechter gemeint sind.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Konsentiertes Statement 1:

In der Medizinischen Klinik III wird in Übereinstimmung mit dem Verhaltenskodex der Klinik (siehe <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Medizinische-Klinik-und-Poliklinik-III/de/klinik/qualitaetsmanagement/index.html>) ein Kommunikationsstil gepflegt, der geprägt ist von Respekt und Wertschätzung allen individuellen Gesprächspartnern gegenüber.

Die Leitlinie basiert auf Konsensuskonferenzen aller Berufsgruppen, die in Gespräche zur Therapiebegrenzung in der Medizinischen Klinik III des Klinikums der Universität München (Klinikleitung, Oberärzte, Assistenzärzte, Pflegebereichsleitung, Pflege, Psycho-Onkologie, Qualitätsmanagement) involviert sind.

Der Entstehungsprozess und der Aufbau dieser Leitlinie orientiert sich an der Methodik des Leitlinienprogramms Onkologie und der *AWMF* (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften).

Hierfür wurden literaturbasierte Textentwürfe zunächst in themenbezogenen Kleingruppen erstellt. Anschließend wurden diese in strukturierten Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet. Dabei wurden die Handlungsempfehlungen und Statements von den stimmberechtigten Mandatsträgern formal abgestimmt.

In dieser Leitlinie wird die Stärke der Empfehlungen in vier Empfehlungsgrade unterschieden:

- Stärkste Empfehlung/Anweisung: ist ... zu
- Starke Empfehlung: soll
- Empfehlung: sollte
- Empfehlung offen: kann

Mit welcher Stärke die jeweilige Empfehlung in der Medizinischen Klinik III vertreten wird bzw. wieviel Ermessenspielraum eingeräumt werden soll, wurde für jede Empfehlung im Rahmen der Konsensdiskussionen festgelegt. Selbstverständlich sind einer Standardisierung hier Grenzen gesetzt, insbesondere vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Prognosen und Krankheitsverläufe im Fachgebiet der Hämatologie und Onkologie.

Die Leitlinie bezieht sich in ihren Empfehlungen insbesondere auf Patienten, die selbst noch entscheidungsfähig sind. Für die Therapiezieländerung bei entscheidungsunfähigen Patienten existiert eine separate Empfehlung des Arbeitskreises Patientenverfügung des KUM (siehe Kap. 3).

Therapiebegrenzung Leitlinie

1 Bedeutung, Definition und Begründung einer Therapiebegrenzung

1.1 Was wird in dieser Leitlinie unter Therapiebegrenzung verstanden?

Definition Therapiebegrenzung:

Unter Therapiebegrenzung verstehen wir den Verzicht auf oder die Beendigung von Maßnahmen, die darauf zielen, das Leben zu verlängern – seien es intensivmedizinische Maßnahmen (z.B. Reanimation und Beatmung), der Einsatz von Antibiotika, Blutprodukten, parenterale Ernährung und i.v. Flüssigkeitsgabe oder tumorspezifische Therapien.

Nicht davon betroffen sind Entscheidungen zum Einsatz von Maßnahmen zur Kontrolle krankheitsbedingter Symptome im Sinne der palliativen Versorgung.

1.2 Was sind Gründe für eine Therapiebegrenzung?

Grundsätzlich ist eine medizinische Maßnahme dann gerechtfertigt, wenn sie

1. indiziert ist (also geeignet, das angestrebte Ziel zu erreichen) und
2. das Nutzen-Schadensverhältnis akzeptabel ist und
3. die Einwilligung des Patienten vorliegt.

Konsentierete Handlungsempfehlung 2:

Eine **nicht** indizierte Therapie soll nicht angeboten oder durchgeführt werden. Dieses gilt auch für eine diagnostische Maßnahme **ohne** medizinische Konsequenzen. Für diese **Nicht-Durchführung** wird **keine** Einwilligung des Patienten oder Vertreters benötigt.

In vielen Therapiesituationen ist die Indikation allerdings fraglich:

- Das angestrebte Therapieziel ist fraglich zu erreichen, wenn die Erfolgsaussicht aus ärztlicher Sicht gering ist.
- Das Therapieziel ist möglicherweise zu erreichen, allerdings gewichten Arzt und Patient Nutzen und Belastung/Schadensrisiko unterschiedlich.

In diesen Fällen ist die Entscheidung wie auch bei einer gegebenen Indikation mit dem Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter zu erörtern (Grübler, 2011) (siehe 2.4.4.3).

Therapiebegrenzung Leitlinie

2 Der einwilligungsfähige Patient

2.1 Was bedeutet Einwilligungsfähigkeit?

Definition Einwilligungsfähigkeit(sog. Einsichts- und Steuerfähigkeit):

Einwilligungsfähigkeit ist ein rechtlicher Begriff. Ein Patient ist dann einwilligungsfähig, wenn er die nötige geistige Fähigkeit besitzt, um Folgen und Tragweite einer medizinischen Behandlung zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen (AK Patientenverfügung KUM – Leitlinie, 2013).

Die Fähigkeit zur Einwilligung ist Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung nach § 228 StGB. Nur mit einer solchen Einwilligung sind medizinische Eingriffe als Körperverletzung nicht rechtswidrig.

Einwilligung (§ 228 StGB)

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

Einwilligungsunfähigkeit ist nicht mit Geschäftsunfähigkeit (§ 104 BGB) gleichzusetzen.

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch gegeben sein, wenn grundsätzlich eine Geschäftsunfähigkeit vorliegt. Auch z.B. Minderjährige oder Menschen mit psychischen Erkrankungen können, wenn sie die oben genannte Definition erfüllen, je nach individueller geistiger und sittlicher Reife trotz evtl. Geschäftsunfähigkeit einwilligungsfähig sein.

2.2 Wann wird die Einwilligungsfähigkeit festgestellt?

Eine Evaluation der Einwilligungsfähigkeit eines Patienten erfolgt grundsätzlich immer bei dessen Anamneseerhebung im Rahmen der Aufnahme in die Medizinische Klinik III, darüber hinaus im täglichen Patientenkontakt u.a. während der Visite durch die Stationsärzte und das Pflegepersonal.

Eine Veränderung zum Aufnahmezustand wird dokumentiert.

Bei der Evaluation der Einwilligungsfähigkeit sind Einschränkungen in den Wahrnehmungsfähigkeiten des Patienten (z.B. Schwerhörigkeit, Vigilanzminderungen und Sprachbarrieren) zu beachten.

Konsentierter Handlungsempfehlung 3:

Die Verantwortung für die Evaluation der Einwilligungsfähigkeit obliegt den behandlungsverantwortlichen Ärzten, d.h. dem Stationsarzt (der in der Regel Facharzt ist bzw. Facharzt-Reife hat) oder/und dem Stationsoberarzt. Während der Dienstzeiten übernimmt diese der 1. Dienstarzt (der in der Regel Facharzt ist bzw. Facharzt-Reife hat) ggf. in Absprache mit dem diensthabenden Oberarzt. Im Zweifelsfall sollte ein Kollege des palliativen oder psychiatrischen Konsildienstes hinzugezogen werden.

Therapiebegrenzung Leitlinie

2.3 Welche Vorausverfügungen gibt es?

Diese Leitlinie ist primär am entscheidungsfähigen Patienten orientiert und Vorausverfügungen² werden nur bei eintretender Entscheidungsunfähigkeit relevant (siehe Abschnitt 3 *Nicht-Einwilligungsfähige Patienten*). Dennoch ist es die Aufgabe des behandelnden Arztes oder der Institution, nach vorhandenen Vorausverfügungen zu fragen und diese für den Fall einer eintretenden Entscheidungsunfähigkeit abzulegen (Bundesärztekammer, 2013).

Konsentierter Handlungsempfehlung 4:

Bei Patienten ohne entsprechende Unterlagen sollte die Erstellung einer Vorausverfügung angeregt werden.

Es besteht jedoch keine Verpflichtung zur Errichtung einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. Ergibt sich im Gespräch die Möglichkeit, die persönlichen Vorstellungen, Hoffnungen und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Erkrankung des Patienten zu erfragen, so sollen diese stichwortartig dokumentiert werden.

(Informationen und Formulare z.B. unter

<https://www.verwaltungsservice.bayern.de/dokumente/leistung/299431265284>

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Broschüre „Betreuungsrecht“, Januar 2014)

Hilfestellung bei der Klärung der persönlichen Vorstellungen vor der Erstellung von Vorausverfügungen kann ggf. die Psycho-Onkologie oder die Palliativmedizin anbieten. Unterstützung in der Einschätzung der spezifischen medizinischen Situation und Formulierung sachlich sinnvoller/zielführender Aussagen soll jedoch im Gespräch zwischen Patient und behandelndem Arzt erfolgen.

Wenn ein Patient entscheidungsfähig ist, haben die nachfolgenden Vorausverfügungen keine Gültigkeit.

Definition Patientenverfügung (PV)

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Vorausverfügung einer volljährigen Person für den Fall seiner Entscheidungsunfähigkeit. Diese enthält Wünsche und Informationen, welche ärztlichen Maßnahmen und Eingriffe oder pflegerische Begleitung gewünscht sind und unter welchen Bedingungen auf welche ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen verzichtet werden soll.

²Vorausverfügungen: vorausgehende Willensäußerung eines Patienten in Bezug auf künftige Behandlungswünsche. Zu den Vorausverfügungen zählen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

Therapiebegrenzung Leitlinie

„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 Gesundheitszustands, 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.“ (§ 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB)

Definition Vorsorgevollmacht (VSV)

Eine Vorsorgevollmacht ist ein schriftliches Dokument, in dem eine oder mehrere Vertrauenspersonen ermächtigt werden, die rechtsgeschäftliche Vertretung zu übernehmen, für den Fall, dass eigene Aufgaben nicht mehr selbst wahrgenommen werden können. Den Umfang der Vollmacht legt der Vollmachtgeber fest. Zu folgenden Bereichen können Regelungen getroffen werden: Gesundheitspflege, Pflegebedürftigkeit, Aufenthalt- und Wohnungsangelegenheiten, Vermögensverwaltung, Post- und Fernmeldeverkehr, Behörden, Todesfall.

Definition Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung werden Angaben zur Person des gewünschten Betreuers sowie zur Art und Weise der Betreuung gemacht. Dieser Vorschlag ist bindend für das Gericht, wenn das Wohl des Betreuten gewährleistet ist (§ 1897 Absatz 4 Satz 1 BGB). Der Betreuer ist verpflichtet, „dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.“ (§ 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB). Bei Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht ist die Betreuungsverfügung nicht notwendig.

2.3.1 Wer erfragt diese Voraussetzungen?

Jeder Patient der Med. III wird bei Aufnahme sowohl durch die Pflegekräfte als auch durch die Ärzte nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung und/oder einer Vorsorgevollmacht gefragt. Dies wird in der Pflegeanamnese und im ärztlichen Patientendokumentationsbogen dokumentiert.

Konsentiertere Handlungsempfehlung 5:

Bei jedem Patienten der Med. III soll im Rahmen der ärztlichen Aufnahme das Vorhandensein einer Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht sowie ggf. einer gesetzlichen Betreuung abgefragt werden und die Vorlage erbeten werden. Dabei soll die Aktualität/Übereinstimmung mit dem aktuellen Patientenwillen geprüft werden.

Therapiebegrenzung Leitlinie

2.3.2 Wo werden diese dokumentiert?

Konsentierter Handlungsempfehlung 6:

Eine Kopie der Vorausverfügungen soll in der nichtfallbezogenen Befundakte des Patienten direkt hinter dem Dokumentationsbogen bzw. im elektronischen Äquivalent im KAS abgelegt werden. Das Vorliegen soll im ärztlichen Anamnesebogen dokumentiert werden. Die Kontaktdaten des Bevollmächtigten und ggf. vorhandenen gesetzlichen Vertreters sind aufzuführen.

Der vorbestehende ärztliche Anamnesebogen der Med. III wird um folgende Abfrage ergänzt:

	Patienten- verfügung		Vorsorge- vollmacht		Betreuung eingrichtet	
Vorhanden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vorliegend in der Akte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Entspricht die vorliegende Verfügung dem aktuellen Patientenwillen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erstelldatum						
Kontaktdaten Bevollmächtigter/Betreuer						
Bemerkungen						

2.4 Das Gespräch zur Therapiebegrenzung mit dem einwilligungsfähigen Patienten

Ziel der Gespräche zur Therapiebegrenzung soll sein, sich gemeinsam mit dem Patienten auf persönlich relevante und realistische Behandlungsperspektiven (z.B. Lebensqualität vs. Lebenszeitgewinn) zu verständigen (Baile & Buckman, 2000; Mack & Smith, 2012; Wright et al., 2014). Selbstverständlich gehört die optimale palliative Betreuung zum onkologischen Standard und dient dazu, die maximal zu erreichende Lebensqualität des Patienten zu gewährleisten.

2.4.1 Wer führt die Gespräche zur Begrenzung *tumorspezifischer Therapien* und wann sollen diese Gespräche geführt werden?

Für Gespräche zu Therapiebegrenzungssituationen, die häufig existentielle und persönliche Entscheidungen berühren, sind passende Rahmenbedingungen zu schaffen:

- der **Arzt** soll ausreichend Zeit haben und ungestört sprechen können (z.B. Funk abgeben, Nicht-Erreichbarkeit bei Kollegen/Pflege/Station anmelden)

Therapiebegrenzung Leitlinie

- es soll ein geschützter Ort aufgesucht werden, möglichst ein separater Raum (z.B. Aufenthaltsraum, Arztzimmer „blocken“)
- der **Patient** sollte gesprächsbereit sein, d.h. z.B. keinen Zeitdruck haben (z.B. durch anstehenden Untersuchungstermin) und idealerweise nicht abgelenkt sein (z.B. durch parallel laufende unverträgliche Therapien, unerträgliche Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, etc.)
- alle zur Entscheidung notwendigen Befunde sind vorhanden
- noch zu klärende Fragen sind im Vorfeld mit dem Oberarzt bzw. anderen Fachdisziplinen diskutiert worden
- ggf. Vorstellung im interdisziplinären Tumor-Board ist zuvor erfolgt

Mit in den Entscheidungsprozess einbezogen werden sollten:

- der Patient selbst
- das Stationsteam: behandlungsführendes Ärzteteam und betreuendes Pflegepersonal
- ggf. seine Angehörigen (zur Schweigepflicht siehe Kap. 4)
- ggf. andere, an der Patientenversorgung beteiligte Mitarbeiter (z. B. Psycho-Onkologie, Physiotherapie, Seelsorge, Sozialdienst)
- ggf. mitbetreuende Ärzte anderer Fachdisziplinen, insbesondere der Palliativmedizin
- ggf. geeigneter Dolmetscher³

Konsentierete Handlungsempfehlung 7:

Eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung ist ein den Patienten und seine Behandlung wesentlich betreffender Umstand und soll daher mit dem Patienten besprochen werden. Ein abweichendes Vorgehen ist zu begründen und zu dokumentieren.

Konsentierete Handlungsempfehlung 8:

Zu den Gesprächen an ereignisorientierten Zeit- und Triggerpunkten sollte ein Oberarzt/Facharzt/erfahrener Kollege hinzugezogen werden, eine Delegation an den Teamjüngsten soll **nicht** stattfinden. Die Gespräche sind immer durch einen Arzt zu führen, eine Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter ist **nicht** möglich.

Gespräche über die Entscheidung zur Begrenzung tumorspezifischer Therapien finden zu unterschiedlichen Zeitpunkten und Situationen des Krankheitsverlaufs in unterschiedlicher Gewichtung und Intensität statt.

Idealerweise sollten Entscheidungen zur Therapiebegrenzung rechtzeitig in einer Teambesprechung vorbereitend besprochen werden.

³Geeigneter Dolmetscher: bezeichnet einen Dolmetscher, der möglichst über ein medizinisches Grundverständnis verfügt, sich selbst nicht überfordert fühlt und emotional neutral übersetzen kann, s. 2.4.4.1.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Konsentierete Handlungsempfehlung 9:

In Vorbereitung einer Entscheidung zur Therapiebegrenzung, die **nicht** notfallmäßig ansteht, soll diese in einer Teambesprechung unter Anwesenheit des Stationsteams (behandlungsführendes Ärzteteam und betreuendes Pflegepersonal), bedarfsweise auch unter Hinzunahme weiterer Berufsgruppen wie nachfolgend näher spezifiziert, besprochen werden.

Teambesprechungen in der Med.III:

- F10: „große Übergabe“ jeden Mittwoch von 13:15-14:00 Uhr
- G10: „große Übergabe“ jeden Mittwoch um 13:30 Uhr
- G22: „große Übergabe“ jeden Mittwoch um 13:00Uhr
- L21: „große Übergabe“ jeden Dienstag um 13:45 Uhr
- M21: „große Übergabe“ jeden Dienstag um 14:30 Uhr
- F2B/C: „große Übergabe“ jeden Donnerstag um 14:00 Uhr
- F5: bedarfs- und situationsorientierte Teambesprechungen; 1 x monatliche Teambesprechung (Zeitpunkt wird nachgereicht)
- Ambulanz Poliklinik: bedarfs- und situationsorientierte Teambesprechungen
- KMT-Ambulanz: bedarfs- und situationsorientierte Teambesprechungen

2.4.1.1 Was sind die Triggerpunkte und Inhalte der Gespräche zur Begrenzung tumorspezifischer Therapien?**1. Therapeutisches Erstgespräch**

Grundsätzlich soll im initialen Aufklärungsgespräch mit dem Patienten über die generelle Prognose, den besten und ungünstigsten Verlauf und die ersten Therapiemaßnahmen gesprochen werden.

Je nach Allgemeinzustand und Stadium der Tumorerkrankung kann es auch an diesem Punkt schon notwendig sein, über das Vorliegen nur limitierter tumorspezifischer Therapieoptionen, die Möglichkeiten der palliativen Betreuung und die Einstellung des Patienten zu intensivmedizinischen Maßnahmen zu sprechen und diese zu dokumentieren.

2. Progression nach Erstlinientherapie

Wenn es zu einer Progression unter der Erstlinientherapie kommt, sollte dem Patienten bereits im entsprechenden Befundmitteilungsgespräch erklärt werden, dass es insgesamt nur noch wenige tumorspezifische Therapieoptionen gibt, inklusive der am jeweiligen Zentrum angebotenen Studien.

3. Weitere Progression und Beginn der sog. Letztlinientherapie

Wenn im Krankheitsverlauf die voraussichtlich vorletzte Therapieoption ausgeschöpft worden ist, sollte intensiver mit dem Patienten über die Erkrankungsprognose gesprochen werden.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Die Verfügbarkeit nur noch einer wissenschaftlich belegten tumorspezifisch wirksamen Therapielinie (sog. Letztlinientherapie) sollte angesprochen werden, und es sollten gemeinsam mit dem Patienten die weiteren Therapieziele definiert werden. Besonders wichtig ist an diesem Punkt, den Patienten über den Stellenwert intensivmedizinischer Maßnahmen zu informieren sowie realistische Therapieziele zu besprechen. Die individuellen Wünsche und Vorstellungen des Patienten sollen evaluiert und mit den Möglichkeiten und Grenzen der Intensivmaßnahmen in dieser Krankheitsphase abgeglichen werden. Ziel sollte es sein, sich gemeinsam mit dem Patienten auf persönlich relevante und realistische Zielperspektiven zu verständigen.

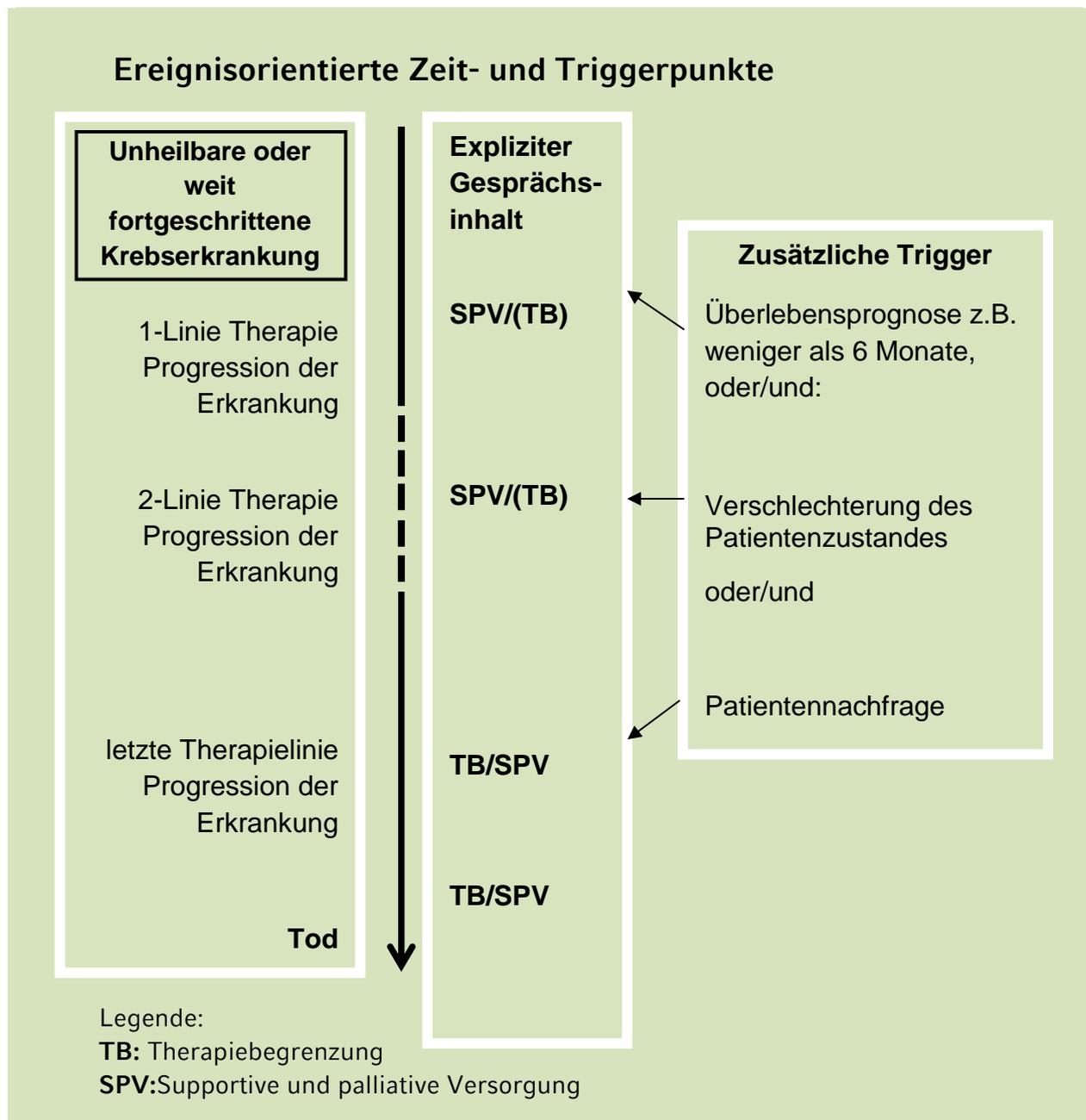


Abb.1: Ereignisorientierte Zeit- und Triggerpunkte für das Gespräch

Therapiebegrenzung Leitlinie

Zusätzliche Anlässe für Gespräche über Therapiebegrenzung sind:

- eine akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten
- die Nachfrage des Patienten selbst nach der Sinnhaftigkeit oder einer Beendigung von Therapiemaßnahmen
- in Analogie zu der in der Literatur beschriebenen „surprisequestion“, sollten Gespräche zu Entscheidungen am Lebensende spätestens geführt werden, wenn die Überlebensprognose bei weniger als 3-6 Monaten liegt: *Wären Sie überrascht, wenn der Patient innerhalb der nächsten 6 Monate stirbt? Wenn Sie nicht überrascht wären, dann sollten Sie beginnen, Entscheidungen am Lebensende im Gespräch vorzubereiten* (Moss et al., 2010, Moroni et al., 2014).
- Wenn sich der Patient bereits bei Erstvorstellung in einem irreversibel schlechten Allgemeinzustand befindet und die Tumorerkrankung sehr weit fortgeschritten ist, so dass tumorspezifische Komplikationen in naher Zukunft erwartet werden (s.o. 2.4.1.1 *Therapeutisches Erstgespräch*).

Konsentierter Handlungsempfehlung 10:

An den ereignisorientierten Zeit- und Triggerpunkten (Abbildung 1) sollen die notwendigerweise zu führenden Gespräche wahrgenommen werden, um den betroffenen Patienten und dessen Angehörigen eine möglichst zeitgerechte Anpassung an die sich verändernde Prognose und die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen zu ermöglichen.

2.4.1.2 Wann sollte der Verzicht auf *Reanimation und intensivmedizinische Maßnahmen* angesprochen werden?

Reanimation und intensivmedizinische Maßnahmen haben das Ziel, bei Ausfall von vitalen Organfunktionen diese zu überbrücken, bis die körpereigenen Funktionen wieder einsetzen und ein Weiterleben außerhalb der Intensivstation möglich ist (DIVI, 2012).

Daher sollte mit dem Patienten im Vorfeld bereits besprochen werden, dass der Einsatz von Reanimation und Intensivtherapie nur dann sinnvoll ist, wenn damit eine Lebensverlängerung bei subjektiv akzeptabler Lebensqualität ermöglicht wird (Schmidt, 2009; Marckmann et al., 2010).

Ein Verzicht auf den Einsatz dieser Maßnahmen sollte konkret besprochen und entsprechend festgelegt werden, wenn

- das Ziel der Lebensverlängerung bei subjektiv akzeptabler Lebensqualität auch mit Reanimation/ Intensivtherapie mit hoher Sicherheit nicht erreicht werden kann,
- das Ziel der Lebensverlängerung möglicherweise erreicht werden kann, aber insgesamt die Prognose durch die hämatologische oder onkologische Erkrankung sehr limitiert ist,
- Nutzen und Belastung der Therapie sich aufwiegen oder sogar die Gefahr besteht, dass das Schadensrisiko überwiegt (bleibende kognitive/ Organschäden).

Therapiebegrenzung Leitlinie

2.4.2 Weiteres Vorgehen nach dem Patientengespräch

Konsentierter Handlungsempfehlung 11:

Die getroffene Entscheidung soll zum Zeitpunkt der Anordnung mit der zuständigen Pflegekraft persönlich besprochen werden.

Konsentierter Handlungsempfehlung 12:

Nach Abwägung aller Optionen soll das gemeinsam erarbeitete therapeutische Konzept von allen Beteiligten getragen werden, um eine Verunsicherung des Patienten zu vermeiden. Bei Bedarf (z.B. veränderte Erkrankungssituation) soll eine erneute Diskussion und Konzepterstellung im Team stattfinden.

In der gemeinsamen Besprechung des Stationsteams wird das weitere Vorgehen erörtert.

Bei Unsicherheit oder Uneinigkeit im Team, was die ethisch beste Option ist, ist die Klinische Ethikberatung ein geeignetes Instrument, eine Übereinkunft zu erzielen (siehe 2.4.5).

Weitere Gesprächsmöglichkeiten (z.B. zum Ansprechen offener Fragen) mit den behandelnden Ärzten (ggf. unter bedarfsweise Hinzunahme der Psycho-Onkologie, Seelsorge, Palliativmedizin) werden angeboten.

Anhand der erarbeiteten Ziele sollte das weitere Vorgehen geplant werden:

- Verlegung heimatnah oder
- Verlegung Palliativstation oder
- Entlassung
- ggf. SAPV oder Pflegeeinrichtung organisieren
- Sozialdienst/Entlassmanagement involvieren
- Psychoonkologische (ambulante) Anbindung (S3-Leitlinie Psychoonkologie, 2014: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0510LI_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_1.1.pdf)
- Folgegespräche/Wiedervorstellungstermine vereinbaren

2.4.3 Wo und wie werden Entscheidungen zur Therapiebegrenzung dokumentiert?

Konsentierter Handlungsempfehlung 13:

Bei jeder Entscheidung zur Therapiebegrenzung soll der einheitliche und detaillierte Dokumentationsbogen vom verantwortlichen Arzt gut leserlich ausgefüllt werden.

Anlage: Dokumentationsbogen Med. III

Therapiebegrenzung Leitlinie

Konsentierter Handlungsempfehlung 14:

Die Ablage des Dokumentationsbogens soll bei jeder getroffenen Therapiebegrenzungsentscheidung auf Seite 1 ff. der nichtfallbezogenen Befundakte des Patienten (vor der PV/VV) bzw. im elektronischen Äquivalent im KAS erfolgen. Somit ist diese Dokumentation jederzeit für alle Berufsgruppen des Behandlungsteams frei einsehbar.

Konsentierter Handlungsempfehlung 15:

Die Therapiebegrenzungsentscheidungen (TBE) keine Reanimation=KR, keine Intensiv, ausschließlich Symptomkontrolle⁴=aSK sollen schriftlich in der Patientenkurve angeordnet und zusätzlich auf dem aktuellen Kurvenblatt dokumentiert werden. Bei Wechsel des Kurvenblattes ist die TBE **durch das Pflegeteam** zu übertragen und **ärztlicherseits** abzuzeichnen.

Wichtig: Unterschrift, lesbarer Name und Datum!

Die Anschaffung von Stempeln für jeden Stationsstützpunkt zu getroffenen TBE-Entscheidungen soll veranlasst werden: 3 Ankreuzmöglichkeiten, d.h. 1. KR, 2. Keine Intensiv, 3. aSK sowie zum Ausfüllen: Unterschrift und Datum.

Konsentierter Handlungsempfehlung 16:

Die dokumentierte Entscheidung zur Therapiebegrenzung ist vorbehaltlich einer Änderung gültig.

Änderungen sind gesondert auf dem Dokumentationsbogen zu dokumentieren und zusätzlich deutlich auf dessen Seite 1 zu kennzeichnen.

Eine regelmäßige Überprüfung soll erfolgen und ist entsprechend mit Datum und Unterschrift auf dem Dokumentationsbogen einzutragen.

2.4.4 Besondere Gesprächssituationen

2.4.4.1 Umgang mit anderen Kulturen

Konsentiertes Statement 2:

Anderen Kulturen und Wertvorstellungen wird mit Offenheit und Respekt begegnet. Im Mittelpunkt steht die direkte Kommunikation mit dem Patienten, ggf. über einen geeigneten Dolmetscher.

Bei anderem kulturellen Verständnis zur informierten Entscheidung über medizinische Maßnahmen gilt die konsentierter Handlungsempfehlung 19.

⁴Ausschließlich Symptomkontrolle: supportive Therapie zur Sicherstellung der bestmöglichen Lebensqualität des Patienten und unter kritischer Evaluation und mit einer strengen Indikation hinsichtlich eines Nutzens für die Symptomkontrolle.

Therapiebegrenzung Leitlinie

In der Zusammenarbeit mit Dolmetschern ist es wichtig, dass das Aufklärungsgespräch von einer Person übersetzt wird, die die Sachzusammenhänge verständlich formulieren kann, die vom Patienten akzeptiert wird und die zuverlässig alle gewünschten Informationen und Fragen beider Gesprächsparteien übersetzt. Da Familienangehörige häufig aus Sorge, Schutzbedürfnis oder Überforderung heraus nicht neutral übersetzen können, sollte ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen werden.

Konsentierter Handlungsempfehlung 17:

Bei Aufklärungen über grundlegende medizinische Maßnahmen und Therapiebegrenzungen soll ein geeigneter Dolmetscher hinzugezogen werden.

Konsentierter Handlungsempfehlung 18:

Der Dolmetscher unterzeichnet den Aufklärungsbogen mit und soll bestätigen, dass er wahrheitsgemäß und gewissenhaft in die fremde Sprache übersetzt hat.

2.4.4.2 Wie gehe ich mit einem Patienten um, der kein Gespräch über Therapiebegrenzung möchte, da er auch seine Prognose nicht wissen möchte?

Die Kommunikation mit dem Patienten soll sich an dessen individuellem Anliegen, Bedürfnissen und Präferenzen hinsichtlich Information, Aufklärung und Beteiligung an Entscheidungen orientieren.

Konsentierter Handlungsempfehlung 19:

Der Patient bestimmt mit, wie detailliert er über Behandlung, Risiken und Prognose informiert werden möchte. Macht der Patient sein Recht auf Nichtwissen geltend, so kann daher nur ein teilweise informiertes Einverständnis eingeholt werden. Dieser ausdrückliche Verzicht auf Information und weitere Aufklärung soll die Ausnahme darstellen und ist sorgfältig zu dokumentieren.

Schwierig ist häufig die Situation, in der keine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich ist, weil der Patient seine Prognose **nicht** wissen möchte und den Wirklichkeitsbezug verweigert – z.B. bei verdrängender Krankheitsverarbeitung.

Aus dem ethischen Recht auf Nichtwissen ergeben sich rechtspraktische Probleme: Selbstbestimmter Informationsverzicht setzt zumindest die generelle Kenntnis des potentiellen Verzichtsgegenstands voraus. Ein pauschaler Generalverzicht erfüllt nicht die Anforderungen einer selbstbestimmten Entscheidung (Deutsch & Spickhoff, 2014; Duttge et al., 2015).

Wenn der Patient explizit **keine** Kommunikation über seine Prognose oder Therapiebegrenzung wünscht, darf die Entscheidung zur TBE bei fraglicher Indikation auch ohne ihn getroffen werden.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Wiederum ist auch hier das Prozesshafte der Krankheitsverarbeitung zu berücksichtigen und das Gespräch zu einer realistischen Einschätzung wiederholt anzubieten (Back & Arnold, 2006).

2.4.4.3 Wie gehe ich mit einem Patienten um, der eine nicht oder fraglich indizierte Therapie wünscht?

Hier ist zunächst zu klären, ob die Maßnahme tatsächlich **nicht** indiziert ist oder ob die Indikation fraglich ist.

Konsentierter Handlungsempfehlung 2 (siehe 1.2):

Eine nicht indizierte Therapie soll nicht angeboten oder durchgeführt werden, dieses gilt auch für eine diagnostische Maßnahme ohne medizinische Konsequenzen. Für diese Nicht-Durchführung wird keine Einwilligung des Patienten oder Vertreters benötigt.

In vielen Therapiesituationen ist die Indikation allerdings fraglich:

- Das Therapieziel ist möglicherweise zu erreichen, allerdings gewichten Arzt und Patient Nutzen und Belastung/Schadensrisiko unterschiedlich.
- Das angestrebte Therapieziel ist fraglich zu erreichen, Arzt und Patient bewerten eine möglicherweise geringe Erfolgsaussicht unterschiedlich.

In diesen Fällen ist die Entscheidung wie auch bei einer gegebenen Indikation mit dem Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter zu erörtern.

Gerade wenn die Indikation fraglich ist, weil die Belastung/der Schaden der Behandlung den Nutzen aufwiegt, hat der Arzt die Fürsorgeverpflichtung, den Patienten vor Schaden zu bewahren.

Wenn der Patient im Wissen um das ungünstige Nutzen-/Schadensverhältnis die Therapie dennoch dezidiert wünscht, dann sollte die Fürsorgeverpflichtung zurückgestellt werden. Bedingung ist aber der gut informierte Patient. Daher ist notwendige Voraussetzung für die informierte Entscheidungsfindung („informed consent“), dass der Patient durch das ärztliche Gespräch zu einer realistischen Einschätzung seiner Situation gelangt (Winkler et al., 2011; Winkler & Marckmann, 2012).

Konsentierter Handlungsempfehlung 20:

Wenn ein Patient eine **nicht oder fraglich** indizierte Maßnahme wünscht, sollten folgende Fragen erneut bedacht werden:

- Ist der Patient entscheidungsfähig?
- Hat der Patient die aktuelle medizinische Situation verstanden? Werden weitere Informationen benötigt?
- Verbergen sich hinter dem Patientenwunsch evtl. konkrete Ängste oder unrealistische Befürchtungen oder Hoffnungen?
- Will er weitere Maßnahmen aus eigenen Stücken oder weil ihn die Angehörigen dazu drängen?
- Braucht er ggf. Unterstützung durch einen Psycho-Onkologen oder Seelsorger?

Therapiebegrenzung Leitlinie

2.4.5 Wer kann bei der Gesprächsführung unterstützen?

Die **Klinische Ethikberatung** ist ein geeignetes Instrument, ethischen Fragestellungen und Herausforderungen im klinischen Alltag zu begegnen und im gemeinsamen Dialog eine Übereinkunft zu erzielen.

Aktuell befindet sich die klinische Ethikberatung im Klinikum der LMU im Aufbau unter Beteiligung von u.a. Kollegen der Med. III. Daraus ergibt sich, dass bis zur Umsetzung eine Übergangslösung zum Tragen kommt und das praktische Vorgehen im Laufe adaptiert werden muss.

Als Ansprechpartner stehen Herr Prof. Dr. G. Marckmann und Herr PD Dr. Dr. R. J. Jox vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin (Kontakt Daten: Tel: 089/2180-72785, Fax: 089/2180-72799 oder Email: marckmann@lmu.de; ralf.jox@med.lmu.de) sowie die Ethikbeauftragte der Med. III (Dr. P. Heußner) für Fragen zur Ethikberatung zur Verfügung.

Weitere mögliche Ansprechpartner: Seelsorge, Psycho-Onkologie, Sozialdienst, palliativmedizinischer oder psychiatrischer Konsiliardienst, je nach Fragestellung des Patienten.

Die Onkologische Tagesklinik F5 bietet zudem eine spezialisierte Palliativsprechstunde an, um Patienten und Angehörige bereits zu einem frühen Zeitpunkt mit den palliativmedizinischen Möglichkeiten vertraut zu machen und eine rechtzeitige Einbindung in eine spezialisierte palliative Versorgung bzw. schrittweise Annäherung an TBE zu ermöglichen.

Therapiebegrenzung Leitlinie

3 Der Nicht-einwilligungsfähige Patient

Wir verweisen für detaillierte Informationen auf die Leitlinie zur Therapiezieländerung des AK Patientenverfügung des KUM (Jox et. al., 2012)

(https://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/Fachbereiche/Palliativmedizin/Leitlinie_PV_Langfassung.pdf).

Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, sollte das Vorhandensein einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung geprüft werden (zur Erläuterung siehe 2.3). Dazu kann es hilfreich sein, die Datenbank der Deutschen Notarvereinigung abzufragen, bei der diese Dokumente gemeldet werden können.

3.1 Welche Verbindlichkeit hat eine Patientenverfügung?

Der **behandelnde Arzt** muss prüfen, ob die Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft und diese dann berücksichtigen.

Ist dies der Fall, muss der Arzt der Patientenverfügung Folge leisten, da eine eindeutige Patientenverfügung für den Arzt bindend ist. Bei Vorliegen einer eindeutigen Patientenverfügung ist die Bestellung eines Betreuers beim Betreuungsgericht nicht notwendig (§1896 Abs. 2 BGB).

Hat der Patient bereits eine gesetzliche Vertretung (Bevollmächtigter/Betreuer), ist das Gespräch und die Konsensfindung mit diesen Vertretern Voraussetzung für eine Therapieentscheidung (Ausnahme Notfallsituation).

Bei unterschiedlichen Meinungen von behandelndem Arzt und gesetzlichem Vertreter/Bevollmächtigten, die den vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen des Patienten vertreten, ist die ethische Fallberatung ein geeignetes Instrument, eine Übereinkunft zu erzielen. Wenn das nicht gelingt, ist das Betreuungsgericht zur Klärung mit einzubeziehen.

Nimmt der gesetzliche Vertreter seine Aufgaben im Wirkungskreis Gesundheitsfragen offenkundig nicht ordnungsgemäß wahr, ist ein Antrag auf Betreuerwechsel an das Betreuungsgericht zu stellen (§1908b BGB).

Durch das dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“) vom 29. Juli 2009 wurden die §§ 1901 a und b in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt und damit die gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung vorgenommen.

Patientenverfügung (§ 1901 a Abs. 1, 2 & 4 BGB)

(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 Gesundheitszustands, 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.

Therapiebegrenzung Leitlinie

(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.*

(4) *Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.*

3.2 Welche Rolle spielen Angehörige bei der Ermittlung des Patientenwillens?

Beim einwilligungsunfähigen Patienten werden von der Schweigepflicht entbundene Angehörige als Stellvertreter des Patienten zur Ermittlung des Patientenwillens befragt, wenn

- der Angehörige vorab vom Patienten per Vorsorgevollmacht als rechtlicher Vertreter benannt oder vom Betreuungsgericht als amtlicher Betreuer eingesetzt wurde;
- oder weder PV noch VSV vorliegen und der mutmaßliche Patientenwille ermittelt werden soll;
- oder eine Patientenverfügung hinsichtlich des mutmaßlichen Willens des Patienten interpretiert werden soll.

Weitere Ausführungen siehe Kapitel 4, konsentiertes Statement 3.

3.3 Wann und wie wird eine amtliche Betreuung eingerichtet?

Eine amtliche Betreuung wird eingerichtet, wenn der Patient nicht einwilligungsfähig* ist und

- a) zwar eine Patientenverfügung hat, die aber auf die aktuelle Situation nicht zutrifft, und keinen Bevollmächtigten oder
- b) keine Patientenverfügung hat und keinen persönlichen Bevollmächtigten.

*Dieses gilt nicht für absehbar reversible Zustände z. B. auf Grund von Medikamentenunverträglichkeit, Überdosierung von Schlaf- oder Schmerzmittel oder vorübergehender Sedierung.

Bestellung eines Betreuers (§ 1896 BGB)

(1) *Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine*

Therapiebegrenzung Leitlinie

Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

Umfang der Betreuung (§ 1896 BGB)

(2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist.[...]

Die Betreuung wird durch den Antrag zur „Einrichtung einer rechtlichen Betreuung“ angeregt.

In Eilfällen kann das Gericht in einem vereinfachten Verfahren nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses durch einstweilige Anordnung einen vorläufigen Betreuer bestellen oder falls in spezifischen Situationen notwendig, den Aufgabenkreis eines bestellten Betreuers vorläufig erweitern (§ 300FamFG).

Formular unter:

http://www.justiz.bayern.de/imperia/md/content/stmj_internet/gerichte/amtsgerichte/muenchen/betreuungen/1004_formblatt_betreuungsanregung.pdf

Ansprechpartner:

Amtsgericht München
Betreuungsgericht
Linprunstraße 22
80335 München

Telefon: +49 (89) 5597-06
Telefax: +49 (89) 5597-4900

Das Betreuungsgericht prüft, auch unter Einbeziehung eines unabhängigen Sachverständigen, ob die Voraussetzungen zur Einrichtung einer Betreuung gegeben sind. Liegen diese vor, wird ein Betreuer bestimmt, der die gerichtlich festgelegten Aufgabenkreise wahrnimmt. In dem Antrag kann ein Vorschlag für einen Betreuer gemacht werden.

Therapiebegrenzung Leitlinie

4 Die Rolle der Angehörigen/nahe stehender Menschen

Eine Krebserkrankung betrifft neben dem Patienten auch seine Angehörigen/nahe stehende Menschen. Die Angehörigen bewegen sich im Spannungsfeld: Einerseits sind sie Unterstützer und stellen eine wichtige Ressource in der Krankheitsbewältigung für den Patienten dar, andererseits sind sie durch die Erkrankung und deren Auswirkung Mitbetroffene. Die Belastung ist hoch, insbesondere nimmt diese auch bei Fortschreiten der Erkrankung zu, und es kann zu einer klinisch signifikanten Symptombelastung (u.a. Schlafstörungen, Depression, Angst, Erschöpfung) kommen (Hauke et al., 2011; Heussner, 2013a).

Wichtige Fragen stellen sich im Umgang mit den Angehörigen:

- Wer sind die nahestehenden Angehörigen?
- Wer soll welche Informationen erhalten?
- Wer ist hilfreich, wer kann unterstützen?
- Wie sieht die Form der Unterstützung aus bzw. wie könnte sich der Angehörige einbringen?
- Wer benötigt bei deutlicher psycho-sozialer Belastung zusätzlich professionelle Hilfe (z.B. durch Vermittlung an die Psycho-Onkologie)?
- Bestehen ein weiterer Informationsbedarf oder spezifische Beratungswünsche (z.B. Aushändigung von Informationsbroschüren; Kontaktdaten, Sozialdienst, Palliativmedizin, Psycho-Onkologie)?

Ein besonderes Augenmerk ist auch auf die Kinder und Jugendlichen unserer Patienten zu richten. Kinder brauchen eine offene Kommunikation über die aktuelle Situation in einer ihnen angemessenen Sprache, um die Ereignisse verstehen zu können (Heussner, 2013b).

Unterstützt werden können das behandelnde Team sowie die Eltern und Kinder und Jugendlichen durch die Angebote der "Familiensprechstunde" der Psycho-Onkologie. (Kontakt: Tel: 77905 oder 74919; Sekretariat Psycho-Onkologie der Med. Klinik III).

Auch zu beachten ist, dass Angehörige nicht immer primär die Interessen des Patienten verfolgen müssen, sondern auch eigene Bedürfnisse und Interessen haben, die denjenigen des Patienten widersprechen können.

Konsentiertes Statement 3:

Beim einwilligungsfähigen Patienten ist die Information über und der Einbezug von Familie/Angehörigen in Entscheidungsprozesse wichtig, allerdings gilt die ärztliche Schweigepflicht bis auf den individuellen Widerruf auch Angehörigen gegenüber.

Therapiebegrenzung Leitlinie

5 Literaturverzeichnis

AK Patientenverfügung am Klinikum der Universität München (2013). *Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen*, 3. überarbeitete Version 2013. Unter https://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/Fachbereiche/Palliativmedizin/Leitlinie_PV_Langfassung.pdf (aufgerufen am 17.06.2015).

Back, L.A. & Arnold, R.M.(2006). Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 4214-4217.

Baile, W.F. & Buckman, R. (2000). SPIKES – A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.

Bundesärztekammer (2013). Empfehlungen der Bundesärztekammer und der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, 33-34, 1580-1585.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014). Broschüre „Betreuungsrecht“ unter http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Das_Betreuungsrecht.pdf?__blob=publicationFile (aufgerufen am 16.06.2015).

Bürgerliches Gesetzbuch, Buch 1, Allgemeiner Teil, Rechtsgeschäfte, Geschäftsunfähigkeit: § 104.
Unter http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_104.html (aufgerufen am 18.06.2015).

Bürgerliches Gesetzbuch, Buch 2, Recht der Schuldverhältnisse, Dienstvertrag und ähnliche Verträge, Behandlungsvertrag: §§ 630 c,d,e,g.
Unter <http://dejure.org/gesetze/BGB/630.html> (aufgerufen am 18.06.2015).

Bürgerliches Gesetzbuch, Buch 4, Familienrecht, Rechtliche Betreuung, Voraussetzungen: §1896.
Unter http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1896.html (aufgerufen am 06.03.2015).

Bürgerliches Gesetzbuch, Buch 4, Familienrecht, Rechtliche Betreuung, Bestellung einer natürlichen Person: §1897.
Unter http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1897.html (aufgerufen am 06.03.2015).

Therapiebegrenzung Leitlinie

Bürgerliches Gesetzbuch, Buch 4, Familienrecht, Rechtliche Betreuung, Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens: §1901a,b.

Unter http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1901.html (aufgerufen am 06.03.2015).

Deutsch, E. & Spickhoff, A. (2014) Kapitel VIII: Einwilligung und Aufklärung. In: Deutsch, E. & Spickhoff, A. (Hrsg.): *Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*. 7. Auflage 2014. Heidelberg: Springer Verlag.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2012). *Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin – Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI*. Unter: http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Therapiezielaenderung/Positionspapier_Ethik_2012.pdf (aufgerufen am 18.06.2015).

Duttge, G., Engel, W., Schulze, T., Poser, W. & Lenk, C. (2015). Zentrum für Medizinrecht der Universität Göttingen & Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Universität Ulm (2013): *Projekt "Normatives Fundament und anwendungspraktische Geltungskraft des Rechts auf Nichtwissen"*, <http://www.recht-auf-nichtwissen.uni-goettingen.de/index.html> (aufgerufen am 11.03.2015).

Familiengesetz, Buch 3, Verfahren in Betreuungs- und Unterbringungssachen, Verfahren in Betreuungssachen, Einstweilige Anordnung: §300. Unter http://www.gesetze-im-internet.de/famfg/_300.html (aufgerufen am 16.06.2015).

Grübler, B. (2011). Wann soll das Leben zu Ende gehen? *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (26), 1473-1477.

Hauke, D., Reiter-Theil, S., Hoster, E., Hiddemann, W., Winkler, E.C. (2011): The role of relatives indecisions concerning life-prolonging treatment in patients with end-stage malignant disorders: informants, advocates or surrogate decision-makers? *AnnalsofOncology*, 22 (12), 2667-2674.

Heussner, P. (2013 a): Helfer oder Hilfsbedürftige – Psychoonkologische Aspekte des Umgangs mit Angehörigen und deren Einbindung in den Informations- und Behandlungsprozess (S.199-202). In: Dorfmueller, M. & Dietzfelbinger, H. (Hrsg.): *Psychoonkologie* (2. Aufl., 2013), München: Elsevier Verlag.

Therapiebegrenzung Leitlinie

- Heussner, P. (2013 b): Wie sag ich's meinem Kinde – spezifische Herausforderungen im Umgang mit den Kindern krebskranker Erwachsener (S. 203-208). In: Dorfmueller, M. & Dietzfelbinger, H. (Hrsg.): *Psychoonkologie* (2. Aufl., 2013), München: Elsevier Verlag.
- Jox, R.J., Winkler, E.C. & Borasio, G.D. (2012). Änderung des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137, 829–833.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2014): *S3 Leitlinie für Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten* (Version 1.1).
Unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0510LI_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_1.1.pdf (aufgerufen am 18.06.2015).
- Mack, J.W. & Smith, T.J. (2012). Reasons Why Physicians Do Not Have Discussions About Poor Prognosis, Why It Matters, and What Can Be Improved. *Journal of clinical oncology*, 30(22), 2715-2717.
- Marckmann, G., Sandberger, G. & Wiesing, U. (2010). Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen - Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135, 570–574.
- Montgomery, F.U. & Wiesing, U. (2013). Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (33–34), 1580-1585.
- Moroni, M., Zocchi, D., Bolognesi, D., Abernethy, A., Rondelli, R., Biasco, G. et al. (2014). The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners, *Journal of Palliative Medicine*, 28, 959-964.
- Moss, A.H., Lunney, J.R., Culp, S., Auber, M., Kurian, S., Rogers, J. et al. (2010). Prognostic Significance of the "Surprise" Question in Cancer Patients *Journal of Palliative Medicine*, 13(7), 837-840.
- Schmidt, F.P. (2009). DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied. *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (30), 1511-1516.
- Strafgesetzbuch, Das Strafgesetz, Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (Abschnitt 17), Einwilligung: §228.
Unter http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_228.html (aufgerufen am 06.03.2015).

Therapiebegrenzung Leitlinie

Verhaltenskodex der Med. Klinik und Poliklinik III des KUM (2014). Unter <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Medizinische-Klinik-und-Poliklinik-III/de/klinik/qualitaetsmanagement/index.html>(aufgerufen am 29.06.2015).

Winkler, E.C. (2010). Die Bedeutung des neuen Patientenverfügungsgesetzes für die klinische Praxis. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135, 569.

Winkler, E.C., Hiddemann, W. & Marckmann, G. (2011): Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: An ethical decision aid. *Lancet Oncology*, 11, 720-22.

Winkler, E.C. & Marckmann, G. (2012). Therapieverzicht gegen den Patientenwillen? *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, 04, 140-144.

Wright, A.A., Zhang, B., Keating, N.L., Weeks, J.C. & Prigerson, H.G. (2014): Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 348 doi: 10.1136/bmj.g1219.

Therapiebegrenzung Leitlinie

6 Anhang

6.1 Gesetzestexte

6.1.1 Informationspflicht

Mitwirkung der Vertragsparteien, Informationspflichten (§ 630 c BGB):

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

6.1.2 Aufklärung

Aufklärungspflichten (§630 e BGB):

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

6.1.3 Einwilligung

Einwilligung (§ 630 d BGB):

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Feststellung des Patientenwillens (§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.

6.1.4 Dokumentation der Entscheidung zur Therapiebegrenzung*Dokumentation der Behandlung (§630 g BGB):*

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Therapiebegrenzung Leitlinie

6.2 Dokumentationsbogen



VAFB

Version: 1.0

Inkraftsetzung: 24.08.2015

Stand:

Therapiebegrenzung Dokumentationsbogen



Folgende Therapiebegrenzungsentscheidungen sind getroffen:

	<u>Keine Reanimation (KR)</u>
	<u>Keine Intensiv</u>
	<u>Ausschließlich Symptomkontrolle (aSK)</u>
	<u>Sonstiges:</u>

Gründe für die Unterlassung der Maßnahmen:

- Medizinische Indikation nicht gegeben (z.B. inkurable Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung; Sterbephase hat eingesetzt)
- Patient lehnt weitere intensivmedizinische Maßnahmen ab (Aussage kann vom Patienten jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)
- Die TBE entspricht dem mutmaßlichen Willen des Patienten
 - nach Rücksprache am _____ mit _____
(Angehörige, Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigter mit Namen)
 - nach eigener Kenntnis der Vorstellungen des Patienten
- Sonstiges: _____

Erstellung: Mumm, Friederike
Jaeger, Elena

Prüfung: Heußner, Pia Dr.

Freigabe: Hiddemann, Wolfgang Prof. Dr.

Therapiebegrenzung Leitlinie

Therapiebegrenzung Dokumentationsbogen

Es liegen vor:

- Patientenverfügung ja nein
 Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung ja nein
 (ggf.) Betreuungsausweis ja nein

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten

- Ist zu Person/Zeit/Ort voll orientiert. Kein Hinweis auf Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit.
- Patient ist nicht einwilligungsfähig
- Palliativmedizinisches Konsil liegt vor vom _____
- Psychiatrisches Konsil liegt vor vom _____
- Patient ist betreut

Gespräch zur TBE erfolgt am _____ mit _____

(z.B. Patient, Angehörige, Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigter mit Namen)

Kontaktdaten (Angehörige, Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigter mit Namen):

Besprechung in „großer Übergabe“/ Teambesprechung am _____

Ethikberatung erfolgt ja nein am _____

Die Anordnung einer Therapiebegrenzungsmaßnahme muss ärztlich in der Kurve angeordnet, bei Übergaben mitgeteilt und mit der zuständigen Pflegekraft zum Zeitpunkt der Anordnung besprochen werden.

Die dokumentierte Entscheidung zur Therapiebegrenzung ist vorbehaltlich einer Änderung gültig. Änderungen sind gesondert zu dokumentieren und deutlich auf Seite 1 zu kennzeichnen. Eine regelmäßige Überprüfung soll erfolgen.

Datum/ Uhrzeit	Name, Station und Unterschrift Stationsarzt/1. Dienstarzt oder/und Oberarzt

Therapiebegrenzung Leitlinie

Therapiebegrenzung Dokumentationsbogen

Reevaluation:

Datum/ Uhrzeit	Bemerkungen	Name und Unterschrift Stationsarzt/1. Dienstarzt oder/und Oberarzt

Widerruf oder Änderungen:

Datum/ Uhrzeit	Art der Änderung	Name und Unterschrift Stationsarzt/1. Dienstarzt oder/und Oberarzt

Therapiebegrenzung Leitlinie

Therapiebegrenzung Dokumentationsbogen

**Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin, dem Entscheidungsprozess, Wünschen oder Vorstellungen oder sonstige Anmerkungen:
(Vermerk mit Datum, Name, Unterschrift:**