

# Advance Care Planning – eine Chance für ambulant tätige Ärzte

*Corona-Pandemie 2020* -- Autoren: B. Feddersen, S. Petri, G. Marckmann, J. in der Schmitt

Die COVID-19-Pandemie geht mit schweren Atemwegserkrankungen einher, die insbesondere bei älteren Menschen oft Entscheidungen über eine Krankenhauseinweisung mit möglicher Intensivtherapie erfordern. Hierbei besteht die Gefahr, dass Behandlungsentscheidungen getroffen werden, die medizinisch nicht angemessen oder vom Patienten nicht (mehr) gewünscht sind. Mit welchen Maßnahmen Sie dies vermeiden können, lesen Sie in diesem Beitrag.



**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Berend Feddersen**  
Spezialisierte  
Ambulante Palliativ-  
versorgung (SAPV),  
Klinik und Poli-  
klinik für  
Palliativmedizin,  
Klinikum der Uni-  
versität München

Im Notfall läuft die Entscheidungsfindung häufig nach akutmedizinischen Standards ab, ohne dass das Therapieziel, die medizinische Indikation und die Einwilligung der betroffenen Person in einem sorgfältigen Prozess der Vorausplanung (Advance Care Planning) geklärt wurden [1]. Um diese Situation für ambulante Patienten zu verbessern, haben sechs wissenschaftliche Fachgesellschaften, darunter die Deutsche interprofessionellen Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP) und die Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), eine gemeinsame Handlungsempfehlung veröffentlicht [2].

Mit einem Leitfaden ([https://www.div-bvp.de/wp-content/uploads/2020/04/Ambulante\\_patientenzentrierte\\_Vorausplanung\\_fuer\\_den\\_Notfall\\_LEITFADEN\\_20200409\\_final.pdf](https://www.div-bvp.de/wp-content/uploads/2020/04/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf)) sollen ambulant tätige Ärzte in der für diese Klärung erforderlichen Gesprächsführung und der korrespondierenden, krisentauglichen Dokumentation ([https://www.div-bvp.de/wp-content/uploads/2020/04/Ambulante\\_patientenzentrierte\\_Vorausplanung\\_DOKU\\_gesamt\\_200409\\_final.pdf](https://www.div-bvp.de/wp-content/uploads/2020/04/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_DOKU_gesamt_200409_final.pdf)) Orientierung und Unterstützung erhalten. Dazu werden Hinweise zur Indikation, Einschätzung der Prognose, Therapiezielklärung sowie zur Ermittlung des Patientenwillens gegeben (**Abb. 1**). Die DiV-BVP bietet

zudem Online-Ressourcen an, durch die sich Ärzte für die besondere Gesprächsführung qualifizieren können, die dem Konzept „Behandlung im Voraus Planen“ und den verwendeten Dokumenten zugrunde liegt ([www.div-bvp.de](http://www.div-bvp.de)).

## Indikationsstellung in Abhängigkeit von der Prognose

Erste Voraussetzung für die Durchführung einer Behandlungsmaßnahme ist die medizinische Indikation in Abhängigkeit von der gegebenen Prognose. Diese stellt der behandelnde Arzt auf Grundlage seiner Einschätzung der aktuellen Situation unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen. Wenn schon im Voraus zuverlässig erkennbar ist, dass das vom Patienten angestrebte Therapieziel durch eine Be-



Die Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben bilden die Grundlage, um das individuelle Therapieziel zu klären.

**Div-BVP** © Div-BVP e.V. | 2020-2 Ärt  
**Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall**  
 - Überblick -

**I. Patient** Adresse / ggf. Einrichtungsstempel  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Vertreter** (Vorsorgevollmächtigter, Betreuer)  
 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Zustand VOR Eintreten der akuten Beeinträchtigung**  
 Allgemeinzustand Clinical Frailty Scale (CFS) = ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ (abrufbar unter www.dggeriatrie.de)  
 Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Pkt Pflegegrad = ① ② ③ ④ ⑤  
 Einschränkung Kognition:  nicht  leicht  mittel  schwer

**II. Prognose und Indikation**  
 Besteht die **Indikation** zu einer **Krankenhaus**einweisung?  Ja  Nein  
 (siehe Formular: „Einschätzung der Prognose“)  
 wenn ja:  **Intensivmedizinische** Maßnahmen sind wegen fehlender Erfolgsaussicht **nicht indiziert**  
 Die **Erfolgsaussichten intensivmedizinischer** Maßnahmen sind aufgrund bestimmter Kriterien **gering**

**III. Patientenwille**  
 Ist der Patient zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung **einwilligungsfähig**? (wenn ja, dann Entscheidung)  Ja  Nein  
**Patientenverfügung** (nur falls Patient nicht einwilligungsfähig)  
 Eine auf diese Situation **zutreffende Patientenverfügung** ist vorhanden. Inhalt wurde überprüft und in die Dokumentation der Entscheidung (IV) überführt.  Ja  Nein  
 Falls **keine** zutreffende **Patientenverfügung**  
 Der (**mutmaßliche**) **Wille** des Patienten wurde mit dem **rechtlichen Vertreter** ermittelt.  Ja  Nein

**IV. Entscheidung**  
 (anhand der Indikation, aktuellem, vorausverfügtem oder mutmaßlichem Willen)  
 Dokumentation siehe Ärztlicher Notfallbogen (ÄNo) der Div-BVP www.div-bvp.de

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Haus-) Arzt / Ärztin \_\_\_\_\_ (Stempel)

Abb. 1: Ambulante patientenzentrierte Vorausplanung.

handlungsmaßnahme nicht erreicht werden kann, so ist diese Maßnahme medizinisch nicht indiziert und darf dem Patienten nicht angeboten werden. Bietet eine Behandlungsmaßnahme eine (zumindest minimale) Aussicht auf Erfolg, so ist sie medizinisch indiziert (oder zumindest vertretbar). In diesem Fall ist eine gemeinsame Erörterung der Prognose erforderlich, um den Patienten über die Chancen und Risiken der möglichen Behandlungen aufzuklären und dadurch zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen [3].

**Krankenhaus**einweisung

Zur Einschätzung des Risikos der Entwicklung einer Sepsis und somit eines schweren Verlaufs wird im stationären Bereich der bewährte, auf wenigen, leicht erhebbaren klinischen Parametern aufgebaute qSOFA-Score genutzt [4]. Er kann auch im ambulan-

ten Bereich als Entscheidungshilfe für die Frage dienen, ob eine Krankenhauseinweisung medizinisch indiziert ist.

Zudem empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin vor dem Hintergrund der bisherigen Erkenntnisse speziell bei COVID-19-Erkrankungen die Messung der peripheren Sauerstoffsättigung zur Erhöhung der Sensitivität des qSOFA-Index. Demnach sollte ein akuter Abfall der Sauerstoffsättigung auf < 92% (bei Lungengesunden und Raumluft) bzw. auf < 90% (bei pulmonaler Komorbidität und Raumluft) als ergänzender vierter prognostischer Parameter Berücksichtigung finden.

**Intensivmedizinische Behandlung, invasive Beatmung und Reanimation**

Bei schwer erkrankten Patienten ist – soweit möglich – bereits im ambulanten Bereich zu prüfen, ob eine ggf. erforderliche Intensivtherapie eine ausreichende Erfolgsaussicht aufweisen würde. Hierfür benennen Leitfaden und Dokumentation Kriterien, die eine Orientierung bieten, wann eine Intensivbehandlung nicht mehr medizinisch indiziert oder mit einer stark eingeschränkten Erfolgsaussicht verbunden ist [5].

**Ermittlung des Patientenwillens**

In einem sorgfältig moderierten Prozess ist zu eruieren, ob die getroffenen Entscheidungen vom Patienten auch gewollt sind. Die ggf. vorzunehmende Therapieanpassung sollte möglichst frühzeitig mit dem Patienten, dem rechtlichen Vertreter und – soweit möglich – den Angehörigen besprochen, festgelegt und aussagekräftig dokumentiert werden.

Bevor konkrete Behandlungsoptionen besprochen werden, ist das individuelle Therapieziel zu klären. Hierfür haben sich einige Fragen bewährt, anhand derer der Betroffene sich darüber klarwerden und mitteilen kann, wie sehr er im Angesicht einer schweren Erkrankung am Leben festzuhalten bzw. das Leben loszulassen wünscht (Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben, **Abb. 2**).

Als nächstes sollte im Gespräch geklärt werden, ob der Patient für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung, in der er selbst aktuell nicht (mehr) einwilligungsfähig ist, eine der folgenden Behandlungsoptionen ausschließen möchte: Krankenhauseinweisung, intensivmedizinische Behandlung, invasive Beatmung und kardiopulmonale Reanimation (CPR) (Ärztliche Anordnung für den Notfall [ÄNo], **Abb. 3**).

Ist der Patient aktuell nicht einwilligungsfähig und liegt keine unmittelbar auf die (Notfall-)Situation zutreffende Patientenverfügung vor, so ist zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Behandlungswillens des Patienten das Gespräch mit dessen rechtlichem

**Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben**  
der einwilligungsfähigen bzw. nicht einwilligungsfähigen Person

**Aktuelle Äußerungen:** verbal und/oder nonverbal (bei einwilligungsfähigen Personen nur hier ankreuzen)

**Patientenverfügung:** Aussagen in einer Patientenverfügung

**Behandlungswünsche:** frühere mündl. o. schriftl. Äußerungen, die Festlegungen für konkrete Situationen enthalten

**Mutmaßlicher Wille:** Aufgrund konkreter Anhaltspunkte (verbale/nonverbale Äußerungen oder Einstellungen): „Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten (und woher wissen wir das)?“

Wie gerne leben Sie/ wie gerne lebt die vertretene Person?  
Welche Bedeutung hat es für Sie/für die vertretene Person, (noch lange) weiter zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken, was kommt Ihnen da in den Sinn?  
Was ist bekannt darüber, was die vertretene Person über das Sterben denkt oder dachte?  
Wenn Sie/die vertretene Person heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde/n, was würde das für Sie/ für die vertretene Person bedeuten?

Darf eine medizinische Behandlung aus Ihrer Sicht/aus Sicht der vertretene Person dazu beitragen, Ihr/Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie/wäre die Person bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das so? Gibt es Sorgen und Ängste hinsichtlich medizinischer Behandlungen?

Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten Sie/die vertretene Person nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollte/n? Warum ist das so? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

**WICHTIG:** Bei Hinweisen auf veränderte Einstellungen ist diese Dokumentation zu aktualisieren!  
Datum / Name, Vorname / Handschrift (Patient oder Vertreter)

Abb. 2: Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben.

**Auszufüllen von Arzt gemeinsam mit Patient/Vertreter**

**Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)**

Name \_\_\_\_\_ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner, Telefon:** \_\_\_\_\_

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 ungültig!*

**THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung – soweit medizinisch vertretbar**

**A** ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

**THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, 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 Lebenserhaltung**  
**Ausschließlich lindernde Maßnahmen\***

**C** ●●●●● Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten (sofern einwilligungsfähig)

Unterschrift und Stempel des Arztes

Unterschrift des Vertreters (Vorsorgebevollmächtigter/ Betreuer)

Ein Krisenplan wurde erstellt.

**!** Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht aufgrund veränderter Indikation oder Patientenwillens eine abweichende Regelung vereinbart wird. Sie muss regelmäßig überprüft und angepasst werden!

Weitere Informationen zur Anwendung finden Sie unter [www.div-bvp.de](http://www.div-bvp.de)

Abb. 3: Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo).

**Literatur:**  
springermedizin.de/mmw

**Title:**  
Implementing patient-centered advance care planning in the outpatient setting during the COVID-19 pandemic

**Keywords:**  
Advance care planning, advance directives, shared decision making, COVID-19, SARS-CoV-2

Vertreter (Betreuer, Vorsorgebevollmächtigter) zu führen. Dabei sind aus einer früheren Patientenverfügung oder aus früheren oder aktuellen Äußerungen Hinweise auf den Willen des Patienten für die aktuelle Situation zu eruieren [6]. Nach der Ermittlung von Indikation und Patientenwillen ist die Entscheidung über die Vorgehensweise im Notfall in der ÄNo zu dokumentieren.

**Für die Verfasser:**  
**Prof. Dr. Dr. med. Berend Feddersen**  
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin  
LMU Klinikum  
Schillerstr. 40  
D-336 München  
E-Mail: berend.feddersen@med.uni-muenchen.de

**Koautoren:**  
**Dr. hum. biol. Sabine Petri**  
Caritasverband der Erzdiözese München und Freising

**Prof. Dr. med. Georg Marckmann**  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Ludwig-Maximilians-Universität München

**Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten**  
Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Universitätsklinik Düsseldorf

**FAZIT FÜR DIE PRAXIS**

1. Der ambulanten Entscheidungsfindung kommt eine besondere Bedeutung zu, da Patienten – ganz unabhängig von der COVID-19-Krise – nur dann mit dem Ziel einer lebenserhaltenden Therapie stationär eingewiesen werden sollten, wenn dies sowohl medizinisch indiziert als auch vom Patienten gewollt ist.
2. Beide Fragen bedürfen eines möglichst frühzeitigen qualifizierten Klärungsprozesses im Sinne gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) bzw. von „Behandlung im Voraus Planen“, an dessen Ende eine fundierte und wohl abgewogene Entscheidung des Betroffenen steht.
3. Die Festlegungen hinsichtlich Krankenseinweisung, intensivmedizinischer Behandlung, invasiver Beatmung und kardiopulmonaler Reanimation sind aussagekräftig in der Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo) zu dokumentieren.
4. Der zugehörige Leitfaden sowie die Dokumente, entsprechende Schulungsangebote und Termine sind auf der Website [www.div-bvp.de](http://www.div-bvp.de) zu finden.

### Literatur

1. Coors R, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg.): Advance Care Planning. Kohlhammer, Stuttgart 2015
2. Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall. Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie vom 9.4.2020, abrufbar unter [www.div-bvp.de](http://www.div-bvp.de)
3. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt. 2018;115: A2434–41
4. Vincent JL, Moreno J, Takala J et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 1996;22:707–10
5. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA 2020, DOI: 10.1001/jama.2020.5046 & eSupplement: Allocation of scarce critical care resources during a public health emergency
6. Petri S, Zwißler B, in der Schmitten J, Feddersen B. Behandlung im Voraus Planen – Weiterentwicklung der Patientenverfügung. Anaesthesist. 2020;69:78–88