



>> Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Praktische Umsetzung und Erfahrungen in der
(haus-)ärztlichen Praxis

Dr. Herbert Bachler, 08. 02. 2023

www.dr-bachler.at



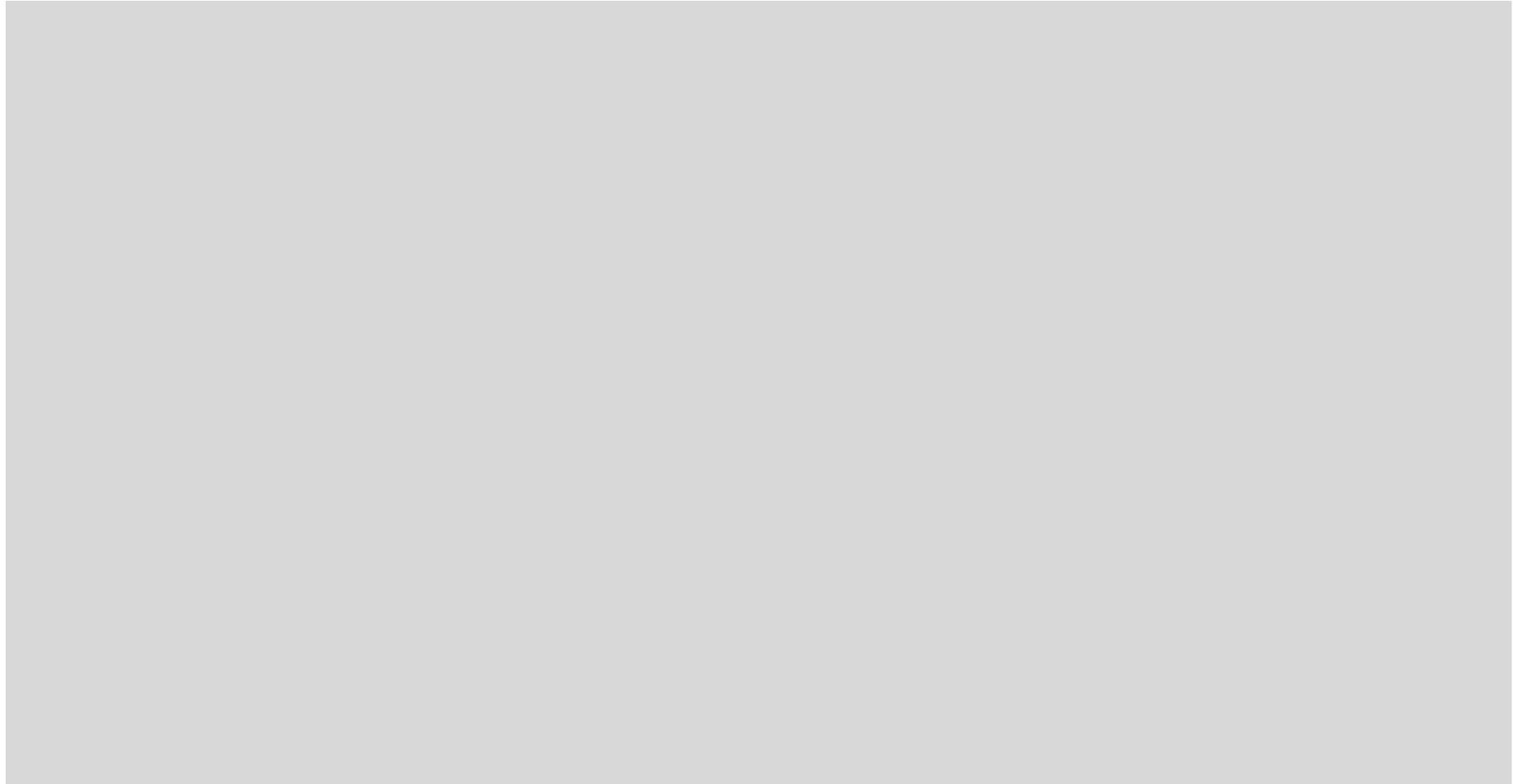
Programm

- 19:00 – 19:20: Begrüßung; Therapiezieländerung in der ärztlichen Begleitung (Dr. Herbert Bachler)
- 19:20 – 19:40: Patientenverfügung in der Hausarztpraxis – ein praktischer Überblick (Dr. Alexander Kofler)
- 19:40 – 20:15: Rechtliche Aspekte Vorsorgevollmacht & Patientenverfügung, Fallbeispiele (Mag. Alexander Ahmed)
- 20:15 – 20:40: Nicht verbindliche/andere Patientenverfügung – Umsetzung & Fallbeispiele aus der Praxis (Dr. Theresa Graf)
- 20:40 – 21:10: Rechtliche Aspekte und Fallbeispiele missglückter/korrektur Patientenv Verfügungen (Mag. Birger Rudisch)
- 21:10 – 21:40: „... und trotzdem wünsche ich mir eine adäquate Schmerztherapie am Lebensende“ – palliative Schmerztherapie (Dr. Matthias Lutz)
- 21:40 – 22:00: Diskussion; Fallbeispiele der Teilnehmer*innen sind erwünscht!

Offenlegung

- Kein potentieller Interessenskonflikt (außer „Wahrheitsfindung“)
- Ich beziehe kein Geld aus pharmazeutischer Industrie oder von Medizinprodukt-Herstellern – „Null-Euro-Ärzte“

>> Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht





- 4 % haben eine registrierte *Patientenverfügung* (2020)
(<https://salzburg.orf.at/stories/3028388/>)
- Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) sind **176.000 Vorsorgevollmachten** 54.000 mehr als 2019, (4,4%)
(<https://www.notar.at/informationen/aktuelle-infos-veranstaltungen/vorsorge-studie-2021/>)
- Testament haben 20 % (33% bei über 60jährigen)
(<https://www.notar.at/informationen/aktuelle-infos-veranstaltungen/vorsorge-studie-2021/>)
- Erste Informationsquelle: Ärzt*in (43%)

■ Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBI. I Nr. 55/2006 i.d.G.F.) errichtet.

Meine Patientenverfügung

Ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der (rechtlichen) Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig bin.

Diese Patientenverfügung soll verbindlich gelten.

[1] Meine Daten

Vorname(n) _____
Nachname(n) _____
Geburtsdatum _____ Telefon _____
Straße/Nr. _____
Postleitzahl _____ Wohnort _____

[2] Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen

Damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient(in) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod bzw. meiner religiösen Einstellung fest:

[3] Inhalt der Patientenverfügung

Meine Patientenverfügung soll in folgenden Situationen gelten:

Patientenverfügung – Seite 1 von 4

Vorsorgevollmacht



1. Bevollmächtigung, Verfügungen

A Vollmachtgeber/in

Herr/Frau (Familienname, Vorname)
geboren am
wohnhaft in
Telefon/E-Mail
Sozialversicherungsnummer

Ich kann die Tragweite der hier abgegebenen Erklärung vollinhaltlich erkennen. Ich bin mir bewusst, dass die Einsetzung eines/einer Bevollmächtigten in aller Regel die Bestellung eines Sachwalters/einer Sachwalterin ersetzt und der/die Bevollmächtigte – anders als der Sachwalter/die Sachwalterin – nicht vom Gericht überwacht wird. Ich weiß, dass ich die Vollmacht jederzeit widerrufen kann, dass der Widerruf aber zu seiner Wirksamkeit dem/der Bevollmächtigten zugehen muss.

B Bevollmächtigte/r

(darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder einer anderen engen Beziehung zur Einrichtung stehen, in der sich Vollmachtgeber/in aufhält oder von der er/sie betreut wird)

Ich bevollmächtige

Herr/Frau (Familienname, Vorname)
geboren am
wohnhaft in
Telefon/E-Mail
Naheverhältnis: (z. B. Tochter, Freundin)

Zusatz (Einsatz mehrerer Bevollmächtigter oder eines/einer Ersatzbevollmächtigten)

Ich bevollmächtige weiter

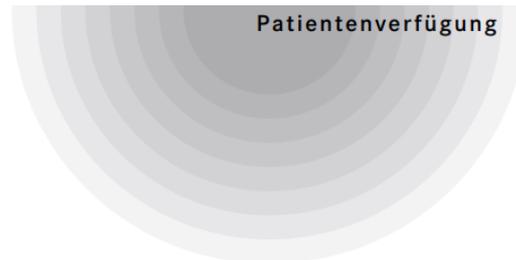
Herr/Frau (Familienname, Vorname)
geboren am
wohnhaft in
Telefon/E-Mail
Naheverhältnis: (z. B. Tochter, Freundin)
(Unterfertigung dieser Person am Ende der Urkunde – siehe 3. A1)

Dieses Formular wurde in Zusammenarbeit mit folgenden Institutionen erstellt:





Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht



Ich,	
geb. am	wohnhalt in

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung Nachfolgendes. Dabei bin ich mir bewusst, dass mein nachfolgend erklärter Verzicht auf die Einleitung und Aufrechterhaltung lebensverlängernder und -erhaltender Maßnahmen mit der begründeten Gefahr meines Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein kann:

Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben, dass

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren Sterbeprozess befinde, oder
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder
- aufgrund einer Gehirnschädigung (bspw. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn ein Todeintritt nicht absehbar ist, oder
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,

• (Raum für eigene Eintragungen)

verzichte ich auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung medizinischer Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung und nicht nur der Schmerz- oder Beschwerdelinderung dienen. Daher bestimme ich für den Fall, dass ich mich in einer der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen, der Gabe von Antibiotika stimme ich nur zu, wenn diese zur Linderung meiner Schmerzen und Beschwerden aus ärztlicher Sicht erforderlich sind,
- keine Operationen, etwa zur Behandlung einer Krebserkrankung, mehr durchgeführt werden,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden,
- ich nicht künstlich beatmet werde, verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen,
- ich keine künstliche Ernährung z.B. über eine Magensonde erhalte, sondern nur mein Hunger- und Durstgefühl gestillt wird,

• (Raum für eigene Eintragungen)

Palliativmedizin

- „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht oder keine kurative Behandlung mehr durchgeführt werden kann und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“
- Es stehen die Lebensqualität des Patienten – sein subjektives Wohlbefinden, *seine Wünsche und Ziele* – im Vordergrund der Behandlung.

Therapiezieländerung am „Ende“ des Lebens

- Wir „helfen“ im Rahmen der (Palliativ-)Medizin Menschen
 - Wir unterstützen „Heilungsprozesse“
 - Wir begleiten sie
 - Wir lassen auch sterben zu
 - Wir ermöglichen ein „Sterben in Würde“ unter guter Symptomkontrolle

>> Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht



Recht auf freie Selbstbestimmung, Therapiezieländerung

- **Alt:**
 - Passive Sterbehilfe ist der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (z. B. Verzicht auf Ernährung, Bluttransfusion oder Beatmung)
 - Indirekte Sterbehilfe ist, wenn Patient*in z. B. durch Schmerzlinderung früher verstirbt (in D und A erlaubt)



- Nomenklatur der **Therapiezieländerung**:
 - **DNR: Do not resuscitate** (mechanisch; medikamentös; elektrisch)
 - **DNE: Do not escalate** (laufende Therapie nicht steigern)
 - **WITHHOLD**: etwas nicht beginnen (Aufnahme ad Intensiv, Intubation, OP durchführen, HF, Antibiose etc.)
 - **WITHDRAW**: etwas absetzen (laufende Antibiose, HF, ECMO, Beatmung/Tubus, Katecholamine etc...)
 - **CTC: Comfort Terminal Care**
 - **AND: Allow natural death** (Normalstation, nicht für ICU)

Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, Lenhart-Orator A, Likar R, Pernerstorfer T, Pfausler B, Roden C, Schaden E, Valentin A, Wallner J, Weber G, Zink M, Peintinger M. [Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit](#). Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2013 Apr;48(4):216-23.



Partizipative Entscheidungsfindung

- Vom traditionell hierarchischen Arzt-Patienten-Gefälle zur partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) – Ziel: Erhöhung des Therapieerfolgs
- Da Adhärenz keine rein fremdbestimmte Leistung mehr ist, hat Patient selbst Interesse, sich an Therapieempfehlungen zu halten; Verantwortung nicht einfach an den Arzt abgeschoben
- Voraussetzung: zusätzlich zu umfassender Fachkompetenz spielt Empathie für die Bedürfnisse des Patienten immer größere Rolle

- Das Shared Decision Making-Modell zur medizinischen Entscheidungsfindung = Ergebnis der Bürgerrechts- und Konsumentenbewegung in den 1960-er Jahren
- Vom paternalistischen und informativen Modell der Arzt-Patient-Kommunikation ist das SDM-Modell unterscheidbar anhand der drei Bereiche Informationsfluss, Abwägen und Entscheidung



Aufklärungspflicht lt. ÄrzteG

- Arzt muss Patienten über Art und Schwere sowie über die möglichen Gefahren und schädlichen Folgen der Behandlung oder ihrer Unterlassung sowie darüber unterrichten, dass daneben auch noch andere, weniger gefährliche, wenngleich vielleicht länger dauernde Behandlungsmethoden Erfolgsaussichten haben.
- ...
- Folgende Kriterien sind daher bei der Aufklärungsverpflichtung zu beachten:
 - Risikohäufigkeit
 - Dringlichkeit des Eingriffs
 - Persönlichkeitsstruktur des Patienten

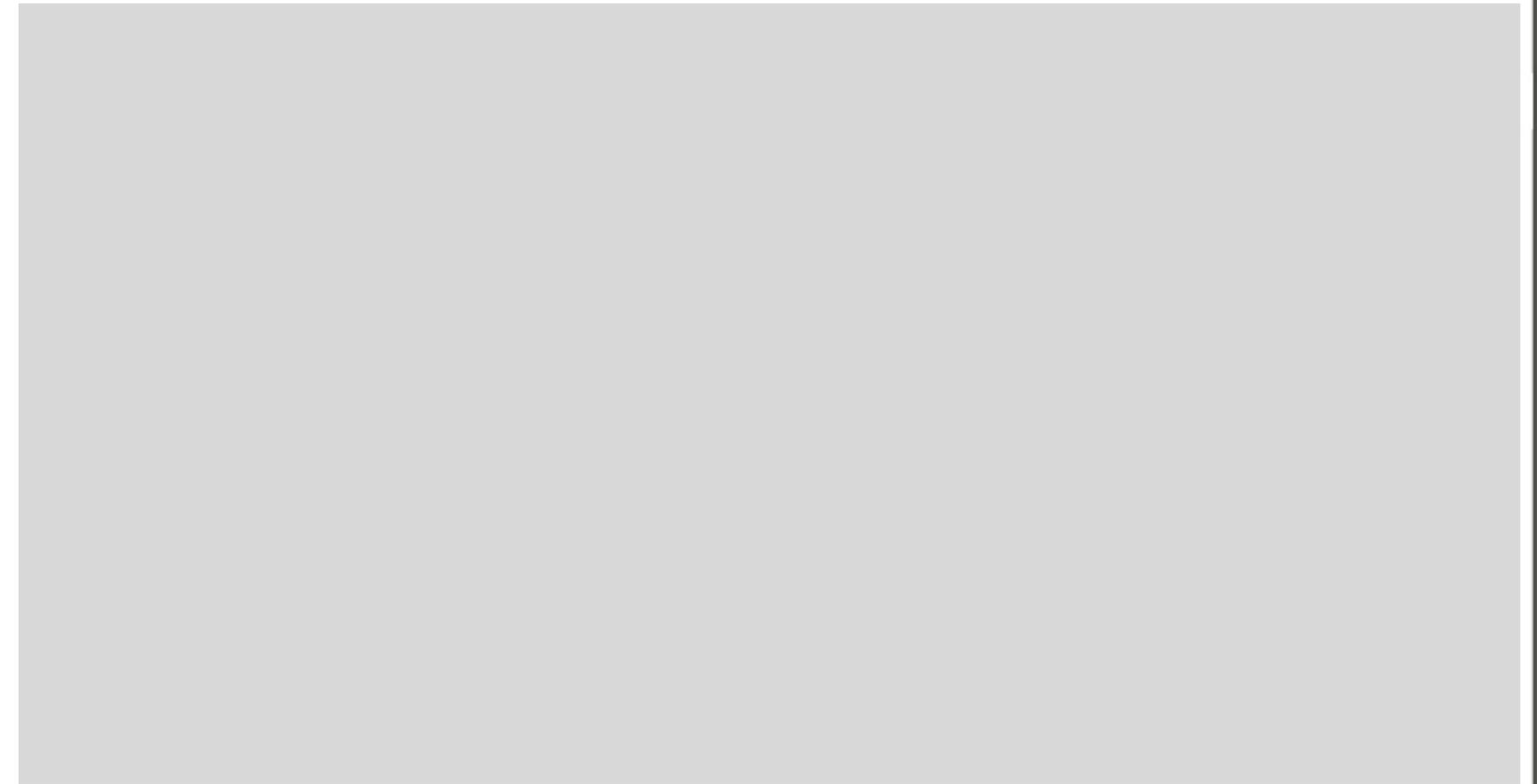


Rechtliche Basis ärztlicher Entscheidungsfindung - § 49 ÄrzteG

- Lt. Ärztegesetz ist Ärzt*in verpflichtet, nach Maßgabe der ärztlichen **Wissenschaft** und **Erfahrung** das **Wohl der Kranken** und den **Schutz der Gesunden** zu wahren
 1. Ärzt*in hat sterbenden Menschen, die von ihr/ihm zur Behandlung übernommen wurden, unter **Wahrung ihrer Würde** beizustehen
 2. Es ist bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen intensivmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren **Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen** (Symptomlinderung) im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.

- → Ärzt*in ist demnach **nicht verpflichtet, ALLES technisch Machbare zu tun**, wenn dies nicht mehr zum Nutzen/Wohle von Patient*in ist. „Zum Wohle der Kranken“ heißt auch, ärztlich und pflegerisch „gut begleiten“ und „Sterben in Würde“ im Rahmen rechtzeitiger palliativmedizinischer Betreuung zulassen.

>> Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht



Kosten?

Patientenverfügungen als IGeL-Leistung oder als Teil Hausärztlicher Versorgung?

*Advance Directives: Private Non-Covered Health Service or Part of
Primary Health Care?*

Günther Egidi¹, Heinz-Harald Abholz², Jürgen in der Schmitt²

Zusammenfassung: Gespräche über Patientenverfügungen spielen im hausärztlichen Alltag eine zunehmend wichtige Rolle. Da sie weder zu den unmittelbar kurativen noch (im engeren Sinn) zu präventiven Leistungen zählen, sind sie in der ärztlichen Gebührenordnung (EBM) nicht abgebildet. Es wird eine Diskussion aus dem allgemeinmedizinischen Listserver zur Frage dokumentiert, ob solche Gespräche dennoch als Teil der von den Krankenkassen honorierten hausärztlichen Tätigkeit anzusehen sind – oder ob eine Abrechnung als Selbstzahler-Leistung berechtigt ist. In einem anschließenden Kommentar wird aus berufspolitischer Perspektive empfohlen, Verhandlungen besser über die Höhe der hausärztlichen Pauschale als über die Anzahl der darin enthaltenen Leistungen zu führen. In einem zweiten Kommentar wird die These vertreten, dass angesichts unterentwickelter Verbreitung, Relevanz, Validität und Beachtung von Patientenverfügungen die gesamte Diskussion das Thema verfehlen würde.

Schlüsselwörter: Patientenverfügungen; IGeL-Leistungen; Selbstzahler-Leistungen; Ärztliche Gebührenordnung

Summary: Conversations about medical advance directives are of increasing importance in the daily routine of family physicians. Since these conversations are neither curative nor preventive in the strict sense of the word, they are not explicitly listed in the performance catalogue for family practitioners of the German statutory health insurance (quarterly lump sum per patient). Should these conversations nevertheless be viewed as part of the statutory health insurance's performance package, or is it legitimate to charge patients privately for this service? This article documents a discussion of this question, led in the German family physician web panel "Listservers" in autumn 2011. A subsequent commentary recommends from a political point of view to focus on the sum of family physicians' lump payments than to the question whether a single performance is covered by it or not. A second commentary argues that the entire discussion misses the point considering the underdevelopment of distribution, relevance, validity and recognition of patient advance directives in Germany.

Keywords: Advance directives; Advance Care Planning; Family Physician; Reimbursement Strategies; Pay for Performance

- € 120,- /angefangene ½ Stunde (<https://www.aektirol.at/mitgliederservice/arzt-und-recht/patientenverfuegung>)