VSD Vorsorgedialog®

Ein Instrument der vorausschauenden Planung für Alten- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsdienste und Arztpraxen

vom Beirat am 25. Mai 2022 verabschiedet

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS 3

1. EINFÜHRUNG 4

2. AUFBAU DES DOKUMENTS 5

3. INFORMATIONEN ZUM VSD VORSORGEDIALOG® 6

3.1 Ziele des Vorsorgedialogs 6

3.2 Inhalte des Vorsorgedialogs 8

3.3 Rechtliche Einordnung des Vorsorgedialogs 9

3.4 Wer ist die Zielgruppe des Vorsorgedialogs? 10

4. EINFÜHRUNG UND UMSETZUNG DES VSD VORSORGEDIALOGS® IN EINER EINRICHTUNG/EINEM DIENSTLEISTER 10

4.1 Welche Grundvoraussetzungen müssen Einrichtungen/Dienstleister für eine Integration des Vorsorgedialogs erfüllen? 10

4.2 Integration des Vorsorgedialogs 11

5. PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG DES VSD VORSORGEDIALOGS® 12

5.1 Wer kann den Vorsorgedialog ANREGEN? 12

5.2 Wer kann den Vorsorgedialog DURCHFÜHREN? 13

5.3 Prozessverläufe des Vorsorgedialogs 13

5.3.1 Prozessverlauf ausgehend vom Alten- und Pflegeheim 15

5.3.2 Prozessverlauf ausgehend von der Hauskrankenpflege 16

5.3.3 Prozessverlauf ausgehend von der Ärztin/dem Arzt mit palliativmedizinischer Kompetenz 17

5.4 Leitfaden als Unterstützung zur Vorbereitung und Durchführung des Vorsorgedialog-Gesprächs 18

5.4.1 Grundhaltung 18

5.4.2 Mögliche Anordnung des Gesprächs 18

5.4.3 Gesprächsleitfaden als Unterstützung bei der Einladung und der Moderation eines Vorsorgedialogs 19

6. DOKUMENTATIONSTEIL DES VSD VORSORGEDIALOG® 26

6.1. Persönliche Daten der Patientin/des Patienten und der Betreuenden 26

6.2. Dokumentation von Vorgesprächen zum Vorsorgedialog® 26

6.3. Entscheidungshintergrund 27

6.4. Folgende Instrumente zur Selbstbestimmung liegen vor 27

6.5. Medizinische und pflegerische Situation 28

6.6. Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben 29

6.7. Informationen zur Durchführung und Dokumentation des Gesprächs 30

6.8. VSD Vorsorgedialog® - KRISENBLATT 31

ANSICHTSEXEMPLAR

6.9. VSD Vorsorgedialog® - KRISENBLATT 32
6.10. Beiblatt für VSD Vorsorgedialog®-Evaluierungsgespräche 34
7. VERWENDETE LITERATUR 35
8. MITWIRKENDE PERSONEN UND ORGANISATIONEN 35
9. ADRESSEN UND KONTAKTDATEN 35

Abkürzungsverzeichnis

AM: Allgemeinmediziner*in im niedergelassenen Bereich, vormals Hausärztin/Hausarzt

DGKP: diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

ErwV: Erwachsenenvertreter*in

HPC: Hospiz und Palliative Care

HKP: Hauskrankenpflege

HH: Heimhelfer*in

HT: Hospizteam (ehrenamtliche Mitarbeiter*innen)

MPT: Mobiles Palliativteam

P: Patient*in

PA: Pflegeassistent*in

PatVG: Patientenverfügungsgesetz

PEG-Sonde: perkutane endoskopische Gastrostomie

PFA: Pflegefachassistent*in

PV: Patient*innenverfügung

VSD: VSD Vorsorgedialog®

VB: Vorsorgebevollmächtigte*r

VV: Vorsorgevollmacht

ANSICHTSEXEMPLAR

1. Einführung

In Österreich versterben jährlich rund 80.000 Menschen. Die meisten Patient*innen (80 – 90%) werden in der Grundversorgung betreut. Das sind Alten- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsdienste, Arztpraxen und Krankenhäuser (vgl. Abbildung 1).

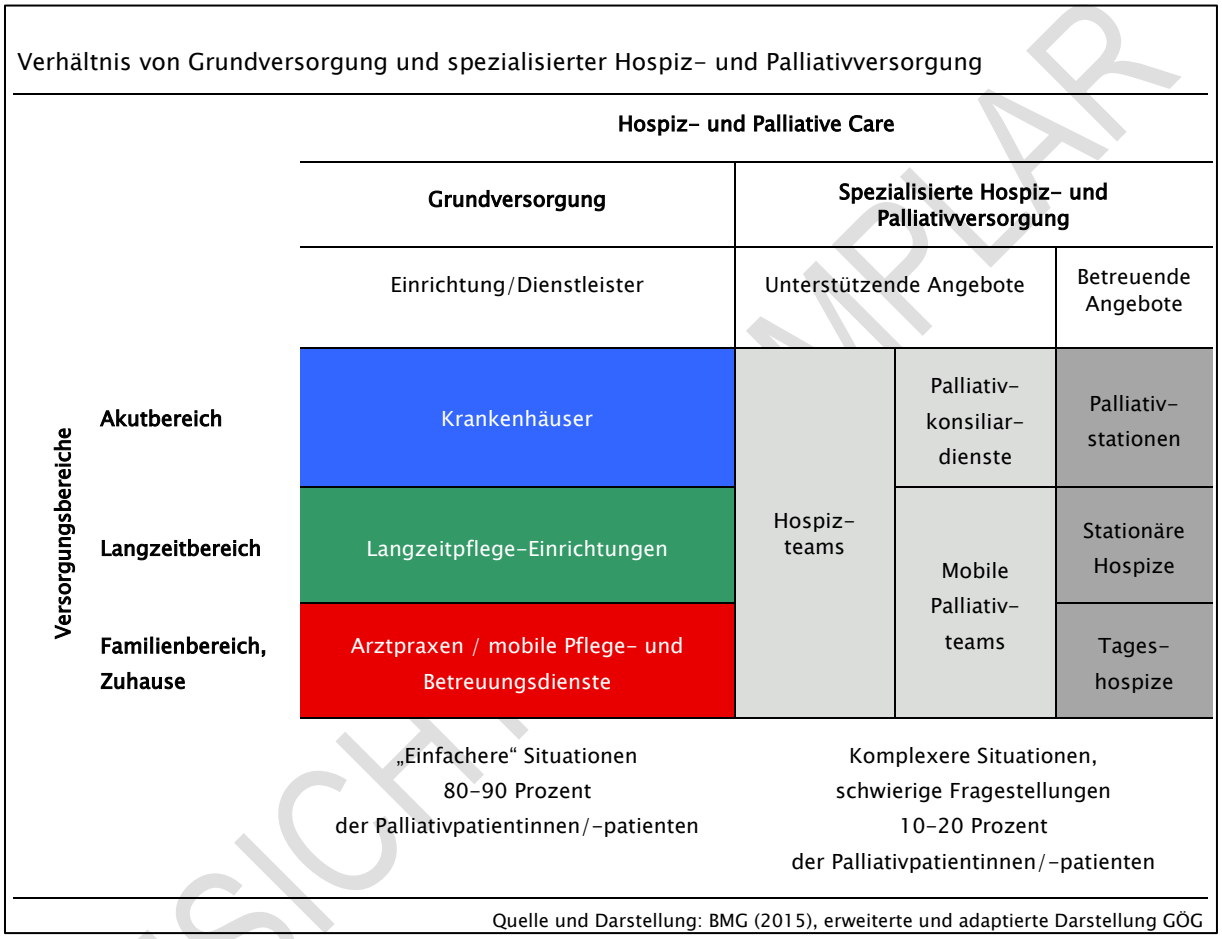


Abbildung 1: Leitfaden Hospiz- und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung.
Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Hospiz- und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung-Leitfaden, 2017, S. 5

Die Dauer des Krankseins hat sich verändert. Während kranke Menschen früher entweder bald wieder gesund oder bald verstorben waren, sind es nun viele Menschen, die einen langen Krankheitsverlauf haben. Das trifft im Besonderen auf hochaltrige Menschen zu.

In langen Krankheitsverläufen treten immer wieder Krisensituationen auf. Daher braucht es in der Grundversorgung ein Basiswissen und eine Grundhaltung zu Hospiz und Palliative Care. Bei sehr komplexen Fällen wird mit der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zusammengearbeitet.

ANSICHTSEXEMPLAR

Für das Betreuungsteam und die Angehörigen/Vertrauenspersonen ist es wichtig zu wissen, welche Maßnahmen in Krisensituationen medizinisch indiziert sind, was der Patientin/dem Patienten in Krisensituationen wichtig ist und welche Maßnahmen diese/r wünscht und welche nicht.

Es stellen sich dann Fragen wie:

- Was ist der*dem Patient*in für ein gutes Leben/eine gute Betreuung wichtig?
- Was bedeutet für sie*ihn Lebensqualität bis zuletzt?
- Will sie*er reanimiert werden?
- Will sie*er zum Ziel der Lebensverlängerung in ein Krankenhaus eingeliefert werden, wenn das Sterben absehbar ist?
- Unter welchen Bedingungen will sie*er mit einer PEG-Sonde ernährt werden?

2. Aufbau des Dokuments

Nach dem in den Abschnitten 1 und 2 eine Einführung zum Vorsorgedialog und zum Dokument selbst finden Sie in Abschnitt 3 umfassende Informationen zum Vorsorgedialog. Abschnitt 4 behandelt, unter welchen Voraussetzungen und wie der Vorsorgedialog in Einrichtungen/Dienstleistern eingeführt werden kann. Bei Abschnitt 5 geht es um alle relevanten Themen für die praktische Durchführung des Vorsorgedialogs (wer kann ihn anregen und durchführen, Prozessverläufe für die einzelnen Einrichtungsarten, Leitfaden für die praktische Durchführung). Im Abschnitt 6 finden Sie den Dokumentationsteil des Vorsorgedialogs. Abschließend finden Sie in den Abschnitten 7, 8 und 9 die verwendete Literatur, wer an der Entstehung des Vorsorgedialogs mitgewirkt hat und wichtige Kontaktdaten für die Umsetzung im jeweiligen Bundesland.

ANSICHTSEXEMPLAR

3. Informationen zum VSD Vorsorgedialog®

3.1 Ziele des Vorsorgedialogs

Der Vorsorgedialog ist ein **Kommunikationsinstrument zur Erfassung des aktuellen, voraus verfügten Patient*innenwillens**. Den Patient*innen wird dadurch die Gelegenheit geboten, ihr Selbstbestimmungsrecht rechtzeitig wahrzunehmen und entsprechende Handlungsanweisungen für einen späteren Zeitpunkt – bei einem eventuellen Verlust der Entscheidungsfähigkeit – festzulegen.

Der Vorsorgedialog fördert und unterstützt den Kommunikationsprozess zum Thema „Letzte Lebensphase, Sterben und Tod“. Einerseits wird die Kommunikation zwischen den Betreuenden (Pflegepersonal, Ärzt*innen, weitere Berufsgruppen, Angehörige/Vertrauenspersonen, ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, …) gefördert und andererseits die Kommunikation der Patientin/des Patienten mit ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen. Der Vorsorgedialog soll helfen, dass die Wünsche der Patient*innen für ein gutes Leben und ein würdevolles Sterben realisiert werden können. Er soll aber auch dem Betreuungsteam die Rechtssicherheit geben, diese Wünsche umsetzen zu können, und z.B. Patient*innen nicht mehr reanimieren zu müssen, wenn diese das ablehnen.

Am zielführendsten für die Durchführung ist ein früher Zeitpunkt, zu welchem die*der Patient*in noch entscheidungsfähig ist und ihren*seinen Willen selbst äußern kann.

Die*der Patient*in wird vom Betreuungsteam über das Angebot des Vorsorgedialogs informiert. Diese*r kann dieses Angebot ablehnen oder annehmen. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass je nach Einrichtung zwischen 10 – 40% der Patient*innen das Angebot ablehnen. Der Vorsorgedialog kann auch auf Wunsch der Patientin/des Patienten vom Betreuungsteam organisiert und durchgeführt werden.

Sollte die*der Patient*in nicht mehr entscheidungsfähig sein, dann ist das Ziel des Vorsorgedialogs, den **mutmaßlichen Willen** der Patientin/des Patienten möglichst authentisch zu erfassen. Dieser Aspekt ist vor allem für die Alten- und Pflegeheime von Bedeutung, da hier viele Bewohner*innen nicht mehr entscheidungsfähig sind.

ANSICHTSEXEMPLAR

Dafür fasst das Betreuungsteam, gemeinsam mit den Angehörigen/Vertrauenspersonen alles zusammen, was die*der Patient*in in der Vergangenheit zum Thema Sterben und Tod aufgeschrieben oder gesagt hat. Das wird durch aktuelle Beobachtungen der Patientin/des Patienten ergänzt. Wenn Angehörige/Vertrauenspersonen widersprüchliche Aussagen tätigen, so wird das entsprechend dokumentiert.

Im Rahmen des Vorsorgedialogs ist die Frage der medizinischen Indikation sehr wichtig. Die Ärztin/der Arzt muss abklären, ob bestimmte medizinische Maßnahmen bei der Patientin/dem Patienten indiziert sind oder nicht. Patient*innen können nur Maßnahmen, die medizinisch indiziert sind, befürworten oder ablehnen.

Der VSD nimmt dem Betreuungsteam keine Entscheidungen ab, sondern hilft, den Patient*innenwillen zu ergründen. Er darf NICHT dazu benutzt werden, um Patient*innen Entscheidungen aufzudrängen.

Das, was im Vorsorgedialog besprochen und dokumentiert wurde, kommt in Krisensituationen nur dann zur Anwendung, wenn sich die*der Patient*in nicht mehr dazu äußern kann. Dann ist der VSD eine wichtige Orientierung für das Betreuungsteam/Angehörige. Er bringt mehr (Rechts-)Sicherheit, wie in Krisensituationen im Sinne der Patientin/des Patienten gehandelt werden soll.

Eine gute und übersichtliche Dokumentation des Gesprächsergebnisses eines VSD ist sehr wichtig, damit im Krisenfall nach den Wünschen und Bedürfnissen der Patientin/des Patienten gehandelt werden kann. Insbesondere die Aussagen von Patient*innen und die erfolgte Aufklärung der Ärztin/des Arztes/der DGKP über medizinische und pflegerische Maßnahmen müssen dokumentiert werden.

Da sich die Einstellung eines Menschen immer wieder verändern kann, ist es wichtig, in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, ob das, was im Gespräch vereinbart wurde, nach wie vor Gültigkeit hat. Das kann halbjährlich/jährlich oder bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes sein. Die*der Patient*in hat, sofern sie*er sich dazu äußern kann, immer die Möglichkeit, das im Vorsorgedialog Besprochene zu widerrufen. **Es gilt immer der letzte geäußerte Wille.**

ANSICHTSEXEMPLAR

Wir möchten an dieser Stelle noch auf den „Maßnahmenplan für krisenhafte Situationen“ von der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft hinweisen. In diesem kann die Ärztin/der Arzt empfehlen, welche Medikamente beim Vorliegen von belastenden Symptomen verabreicht werden sollen[1].

3.2 Inhalte des Vorsorgedialogs

Der Vorsorgedialog ist ein Gespräch, in dem es um die Wünsche und Bedürfnisse der Patientin/des Patienten für ein gutes Leben und für ein würdevolles Sterben geht.

Zentrale Inhalte sind:

- Medizinische und pflegerische Situation der Patientin/des Patienten
- Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben
    - Gewünschte medizinische und pflegerische Interventionen
    - Psycho-soziale und spirituelle Bedürfnisse
    - Versterben und Begräbnis
- Ein Krisenblatt kann auf Wunsch der Patientin/des Patienten ausgefüllt werden. Das Krisenblatt darf NUR im Rahmen und als Teil des VSD-Gespräches verwendet werden.
    - Am Krisenblatt gibt die Ärztin/der Arzt an, welche Maßnahmen medizinisch indiziert sind.
    - Entscheidungsfähige Patient*innen können folgende medizinische Maßnahmen befürworten/ablehnen, sofern diese medizinisch indiziert sind:
        - Reanimationswunsch
        - Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Zweck erweiterte Diagnose und weitere Therapiemöglichkeiten
    - Wenn die*der Patient*in nicht mehr entscheidungsfähig ist, kann der mutmaßliche Wille auf dem Krisenblatt schriftlich festgehalten werden.

Die Patient*innen werden in klarer und verständlicher Weise darüber aufgeklärt, welchen Nutzen und welche Risiken bestimmte medizinische Maßnahmen gemäß

[1] https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2014/02/Formular-Maßnahmenplan.pdf

ANSICHTSEXEMPLAR

dem aktuellen Stand der Forschung haben (z.B. Reanimation, Legen einer PEG-Sonde). Nur so kann ein*e Patient*in gut überlegen und sagen, welche Maßnahmen sie*er für sich möchte bzw. nicht möchte.

Alle Betreuungspersonen haben dafür Sorge zu tragen, dass die personenbezogene Daten- und Informationsweitergabe im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung erfolgt.

3.3 Rechtliche Einordnung des Vorsorgedialogs

Rechtlich gesehen ist der VSD Vorsorgedialog® eine andere Patient*innenverfügung (§§ 8, Patientenverfügungs-Gesetz) wenn die*der Bewohner*in zum Zeitpunkt der Erstellung entscheidungsfähig ist. Es handelt sich um keine verbindliche PV, da die Formalkriterien für diese nicht erfüllt sind.

Die*der Patient*in hat, sofern sie*er sich dazu äußern kann, immer die Möglichkeit, das im VSD Besprochene zu widerrufen. Es gilt immer der letzte geäußerte Wille.

Ist die*der Patient*in zum Zeitpunkt der Erstellung nicht mehr entscheidungsfähig, handelt es sich beim Vorsorgedialog um die Dokumentation des mutmaßlichen Patient*innenwillens, an dem sich das Betreuungsteam orientieren soll.

Der VSD findet sich in den Erläuterungen der Novelle zum Patientenverfügungs-Gesetz (zu § 8 – Voraussetzungen). Seit 2018 ist er im Erwachsenenschutzgesetz als Instrument, das Menschen dabei unterstützt, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (§ 239 Abs. 2, ABGB), erwähnt. Weiters ist er seit 2022 im Hospiz- und Palliativfondsgesetz unter § 4 Abs. 2 Z 5 erwähnt, wie auch in den Erläuterungen.

Die erwähnten Gesetzestexte beziehen sich auf die jeweils gültige Fassung zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Version des Vorsorgedialogs.

ANSICHTSEXEMPLAR

3.4 Wer ist die Zielgruppe des Vorsorgedialogs?

Der Vorsorgedialog richtet sich an alle Patient*innen, die in medizinischer und/oder pflegerischer und/oder psychosozialer Betreuung sind. Auf Wunsch der Patientin/des Patienten können auch die Angehörigen/Vertrauenspersonen eingebunden werden. Die*der Patient*in ist in jedem Falle bei dem Gespräch anwesend, selbst wenn sie*er nicht entscheidungsfähig ist.

4. Einführung und Umsetzung des VSD Vorsorgedialogs® in einer Einrichtung/einem Dienstleister

Der Vorsorgedialog wurde vorrangig für die Grundversorgung entwickelt. Damit sind Alten- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsdienste und Arztpraxen gemeint. In Krankenhäusern, außer auf Palliativstationen, kann der Vorsorgedialog nicht angewendet werden.
Der Vorsorgedialog kann auch von Ärzt*innen und Pflegenden der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung angewendet werden.

4.1 Welche Grundvoraussetzungen müssen Einrichtungen/Dienstleister für eine Integration des Vorsorgedialogs erfüllen?

Die Durchführung des Vorsorgedialogs erfordert in Alten- und Pflegeheimen, mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten und Arztpraxen eine gute Basis zu Hospizkultur und Palliative Care (HPC). Nur Einrichtungen/Dienstleister, die das erfüllen, können den Vorsorgedialog verwenden. Im Krankenhaus kann der Vorsorgedialog nicht angewendet werden.

Eine gute Basis zu HPC erlangen die Einrichtungen/Dienstleiter z.B. durch die Teilnahme am Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH)“, und in der Hauskrankenpflege durch die Teilnahme an „Hospiz und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause (HPC Mobil)“ bzw. „Hauskrankenpflege im Zentrum (HiZ)“. Mehr Informationen dazu erhalten sie unter www.hospiz.at.

ANSICHTSEXEMPLAR

Bei den **betreuenden Ärzt*innen mit palliativmedizinischer Kompetenz** wird davon ausgegangen, dass ausreichend Kompetenz für die Durchführung des VSD vorhanden ist bzw. dass diese sich durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen eigenverantwortlich dazu weiterbilden.

Bei Einrichtungen/Dienstleistern der **spezialisierten Hospiz- und Palliativ-versorgung** ist eine gute Basis zu Hospiz und Palliative Care vorausgesetzt. Sie können den Vorsorgedialog verwenden. Es empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit der jeweils zuständigen landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisation.

4.2 Integration des Vorsorgedialogs

Alle Einrichtungen/Dienstleister in der Grundversorgung, die den VSD durchführen möchten, müssen einen Einführungsprozess zum VSD machen. Einführungs-prozesse werden von der jeweils zuständigen landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisation, in Wien von Hospiz Österreich, angeboten.

Die Einführung des VSD in der jeweiligen Einrichtung/bei dem Dienstleister stellt eine Intervention im Sinn der Qualitäts- und Organisationsentwicklung dar. Der VSD ist ein Schritt zur (weiteren) Vertiefung und Verankerung von Hospizkultur und Palliative Care in der Einrichtung/bei dem Dienstleister. Der Einführungsprozess gestaltet sich durch Organisationsentwicklung und Fortbildung.

Folgende Fragen stellen sich beispielhaft:

- Welche Art von Schulung/Vorbereitung brauchen die Ärzt*innen und DGKPs, um die Gespräche gemeinsam gut führen zu können? Was benötigen alle anderen Mitarbeiter*innen, um eine Basisinformation zum Vorsorgedialog zu haben und zu wissen, wie sie damit in Krisensituationen umgehen sollen?
- Sind bei den Moderator*innen ausreichend Kompetenzen vorhanden, um das Gespräch sensibel und achtsam moderieren zu können?
- Können allfällig auftretende Konflikte zwischen Beteiligten (z.B. Angehörigen und Patient*in, Angehörige und Ärztin/Arzt, Angehörige untereinander etc.) produktiv aufgefangen werden?

ANSICHTSEXEMPLAR

- Wie wird der VSD intern und extern kommuniziert? Wie kann möglichst gut und effektiv kommuniziert werden, dass es beim VSD um Qualität, Bedürfnisse und den Willen der Patient*innen geht? Wie kann vermieden werden, dass der VSD als „Formular für schnelles Sterben“ missverstanden und diskreditiert wird?
- Kann die palliativmedizinische Kompetenz gesichert werden? Sind die Ärzt*innen mit palliativmedizinischer Kompetenz bereit, diese Gespräche gemeinsam mit den Pflegepersonen zu führen? Kann die palliativpflegerische Kompetenz gesichert werden?
- Wo am Betreuungsort der Patientin/des Patienten gibt es einen passenden Raum für das Gespräch (ruhige, ungestörte Atmosphäre) bzw. wo kann ein solcher geschaffen werden?
- Wie kann der VSD verständlich und nachvollziehbar dokumentiert werden? Wie kann er möglichst effektiv mit anderen Formen der Patient*innendokumentation verlinkt werden, sodass keine Doppelgleisigkeiten entstehen?
- Wie erfahren alle Mitarbeiter*innen von der Gesprächsdokumentation bei den einzelnen Patient*innen und wie fließt das im VSD Besprochene in die weitere Betreuung ein (z.B. Wünsche und Bedürfnisse für ein gutes Leben)?
- Wie können Anfangsfehler möglichst rasch bemerkt, korrigiert und ein lernorientiertes, prozesshaftes Umsetzen gewährleistet werden?

Diese Fragen zeigen beispielhaft auf, dass die Einführung und konkrete Umsetzung auf Organisationebene eine Reihe von begleitenden Maßnahmen erfordert.

Dieser Einführungsprozess ist als Organisationsentwicklungsprojekt zu betrachten, der von externen Beratungspersonen begleitet werden muss. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an die landeskoordinierende Hospiz- und Palliativorganisation in Ihrem Bundesland.

5. Praktische Durchführung des VSD Vorsorgedialogs®

5.1 Wer kann den Vorsorgedialog ANREGEN?

Folgende Personen und Berufsgruppen können einen Vorsorgedialog anregen:

ANSICHTSEXEMPLAR

- Patient*innen
- Angehörige und Vertrauenspersonen
- Erwachsenenvertreter*in (ErwV) bzw. die*der Vorsorgebevollmächtigte (VB)
- alle Mitarbeiter*innen der Einrichtungen/Dienstleister in der Grundversorgung: Alten- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsdienste, Arztpraxen und Krankenhäuser. Dabei handelt es sich u.a. um Heimhelfer*innen, Pflegeassistent*innen, Pflegefachassistent*innen, DGKP, alle betreuenden Ärzt*innen, Angehörige der Fach- und Sozialbetreuungsberufe, Psycholog*innen, Ehrenamtliche, Entlassungsmanager*innen, Personenbetreuer*innen, …
- alle Mitarbeiter*innen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung

5.2 Wer kann den Vorsorgedialog DURCHFÜHREN?

Konkret durchgeführt werden darf der Vorsorgedialog mit seinen pflegerischen und medizinischen Aspekten nur von einer definierten Personengruppe im Kontext Alten- und Pflegeheime, Mobile Pflege- und Betreuungsdienste und Arztpraxen.

Folgende Personen können den Vorsorgedialog durchführen:

- Grundversorgung: Alle Betreuenden mit palliativmedizinischer Kompetenz
- Grundversorgung: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) mit palliativpflegerischer Kompetenz, gemeinsam mit der betreuenden Ärztin/dem betreuenden Arzt mit palliativmedizinischer Kompetenz
- Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung: Palliativmediziner*innen und DGKP

5.3 Prozessverläufe des Vorsorgedialogs

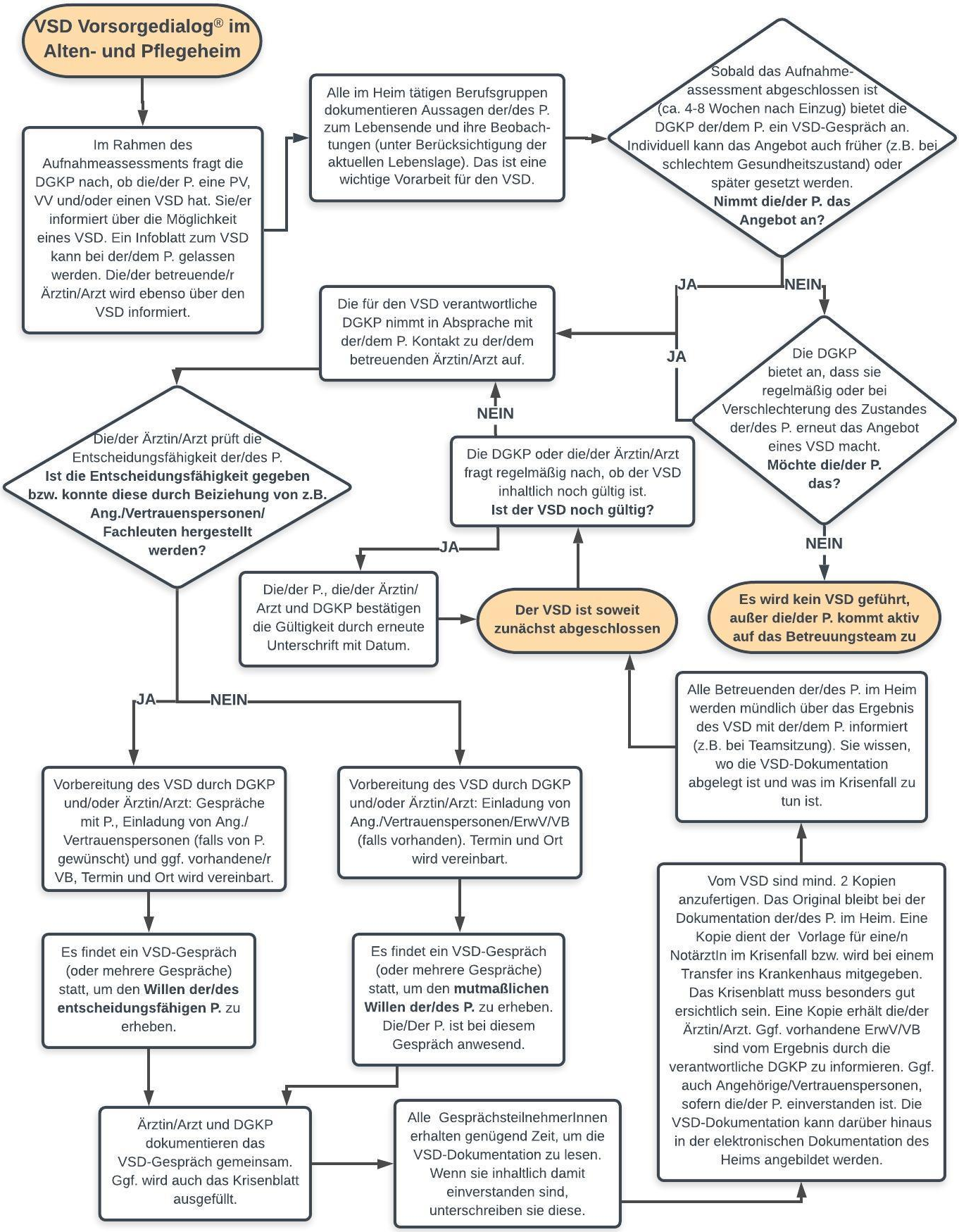
Die folgenden Prozessverläufe geben den Einrichtungen und Dienstleistern eine Richtschnur, wie ein VSD-Prozess aussehen sollte. Je mehr der VSD dem

ANSICHTSEXEMPLAR

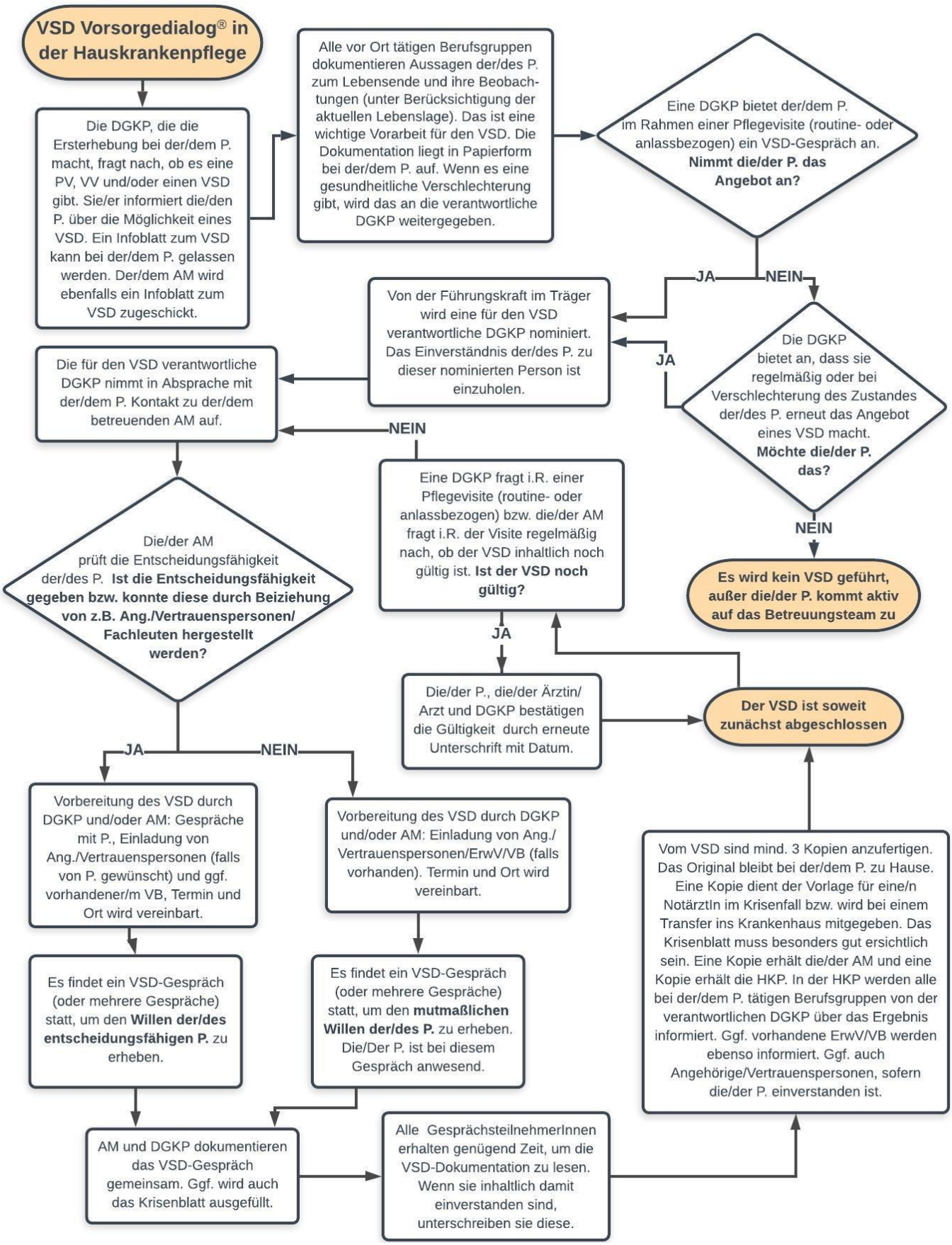
beschriebenen Prozessverlauf entspricht, umso mehr Rechtssicherheit hat der VSD für alle Beteiligten.

ANSICHTSEXEMPLAR

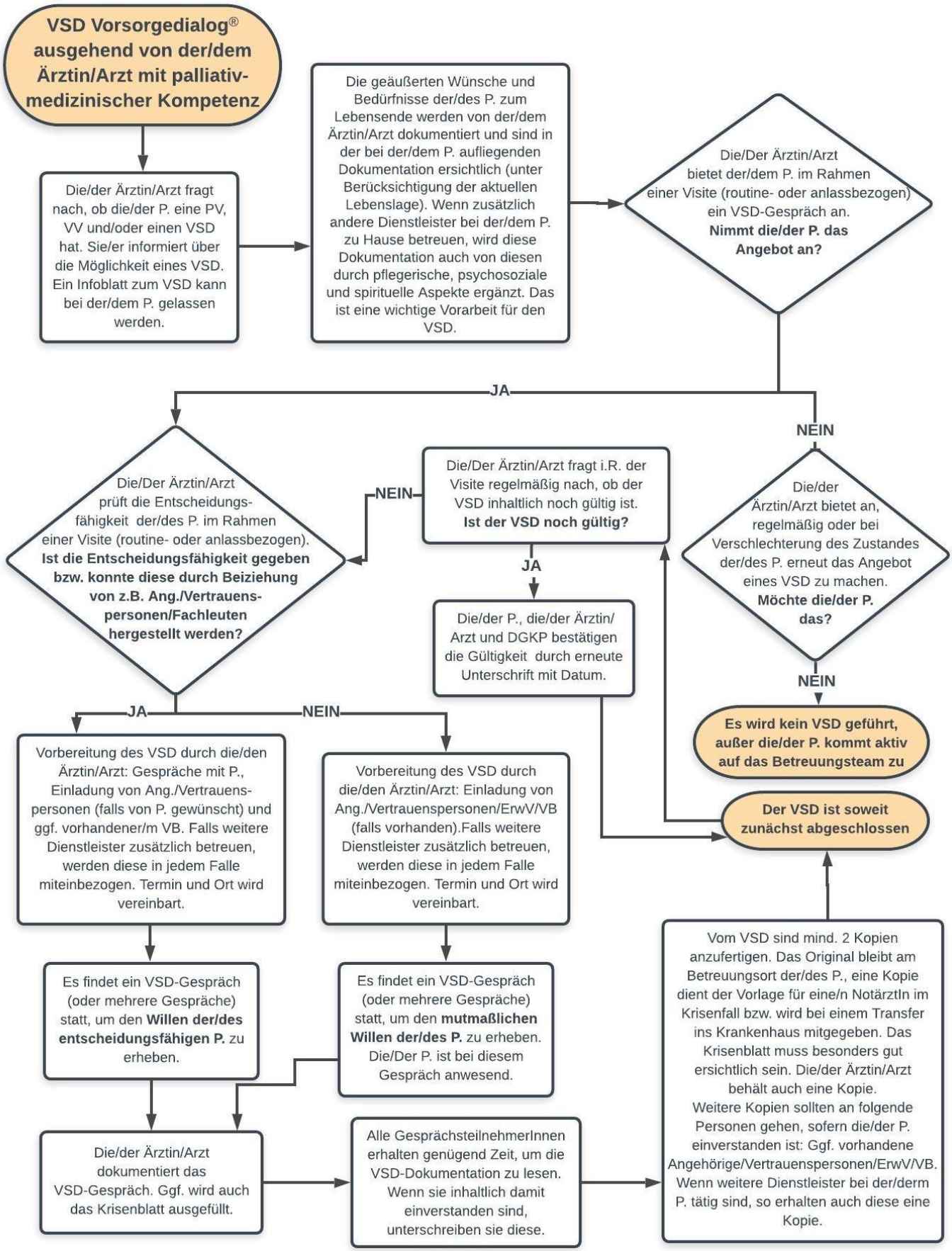
5.3.1 Prozessverlauf ausgehend vom Alten- und Pflegeheim



5.3.2 Prozessverlauf ausgehend von der Hauskrankenpflege



5.3.3 Prozessverlauf ausgehend von der Ärztin/dem Arzt mit palliativmedizinischer Kompetenz



5.4 Leitfaden als Unterstützung zur Vorbereitung und Durchführung des Vorsorgedialog-Gesprächs

5.4.1 Grundhaltung

Als Grundhaltung für diese Gespräche sind folgende Punkte wichtig:

- Die Betreuenden (DGKP, Ärzt*innen) sind ein interprofessionelles Team und befinden sich mit der Patientin/dem Patienten und deren Angehörigen/Vertrauenspersonen auf derselben Augenhöhe.
- Eine fragende, erkundende, empathische Haltung gegenüber der Patientin/dem Patienten und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen einzunehmen ist essentiell. Im Mittelpunkt stehen der Wille und die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten. Die*der Patient*in soll spüren, dass ihre*seine Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen werden.
- So wenige Fachbegriffe wie möglich verwenden.
- Immer wieder nachfragen, ob das Gesagte verstanden wird.
- Die Dauer und Intensität des Gespräches ist der Konzentrationsfähigkeit und Tagesverfassung der*des Patient*in anzupassen. Zeit geben ist wichtig.
- Es kann auch notwendig sein, mehrere kürzere Gespräche zu führen, bis die Dokumentation des Vorsorgedialogs vollständig ausgefüllt ist.
- Gendersensibilität – Frauen und Männer sind unterschiedlich sozialisiert, wodurch auch der Umgang mit der letzten Lebensphase geprägt wird. Darauf ist Rücksicht zu nehmen.
- Sozioökonomische Hintergründe und interkulturelle Aspekte beachten.

5.4.2 Mögliche Anordnung des Gesprächs

Die Anordnung des Gesprächs stellt einen Vorschlag dar, im Einzelfall können die Reihenfolge und Inhalte der einzelnen Gesprächselemente auch verändert werden.

- Einstiegsfrage, die zum Thema hinführt.
- Erfassen des Entscheidungshintergrundes falls das noch nicht geschehen ist. Welche Form des Patient*innenwillens liegt vor? Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit der Patientin/des Patienten durch die Ärztin/den Arzt.
- Liegen Instrumente zur Selbstbestimmung vor (VB, ErwV, Patient*innenverfügung)?
- Sowohl die Ärztin/der Arzt, als auch die DGKP erläutern jeweils aus ihrer Perspektive die Diagnose/Prognose und besprechen die Betreuungs- und

ANSICHTSEXEMPLAR

Behandlungsziele. Die*der Patient*in fragt nach, wenn ihr*ihm etwas unklar ist bzw. erklärt dies aus ihrer/seiner Sicht. Die*der Patient*in und das Betreuungsteam tauschen sich aus, wie der Zustand wahrgenommen und eingeschätzt wird.

- Es wird ein Dialog über relevante Themen im Kontext des VSD geführt (beispielhafte Aufzählung): Sondenernährung, Krankenhauseinweisung, Therapiezieländerung, Einsatz von Schmerzmitteln, Reanimation, (psycho-) soziale und spirituelle Bedürfnisse, etc.
- Wenn es Willensbekundungen der Patientin/des Patienten zu Maßnahmen im Krisenfall (Reanimation und Krankenhauseinweisung) gibt und diese*r das möchte, kann ein Krisenblatt ausgefüllt werden.

5.4.3 Gesprächsleitfaden als Unterstützung bei der Einladung und der Moderation eines Vorsorgedialogs

Zu einem Vorsorgedialog einzuladen und das Gespräch zu moderieren ist eine herausfordernde Aufgabe. Der folgende Gesprächs- und Anwendungsleitfaden[2] soll Sie dabei unterstützen.

Beispieltext für die Einladung von Patient*innen:

*Ihre Wünsche und Bedürfnisse als Patient*in sind uns wichtig. Damit wir die bestmögliche Begleitung und Betreuung gewährleisten können, ist es uns wichtig, dass wir möglichst gut über Ihre Anliegen informiert sind.*

Der VSD bietet eine gute Möglichkeit, über Ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen und diese aufzuschreiben, um diese berücksichtigen und im Notfall wichtige Behandlungsentscheidungen Ihrem Willen gemäß treffen zu können.

[2] Dieser Gesprächsleitfaden ist zu verwenden bei Patient*innen, die entscheidungsfähig sind und ihren Willen äußern können. Im Fall von nicht entscheidungsfähigen Patient*innen oder wenn Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit bestehen, muss der Leitfaden adaptiert und angepasst werden. In einem solchen Fall muss die betreuende Ärztin/der betreuende Arzt Unterstützer*innen (Angehörige/Vertrauenspersonen/sonstige Personen, etc.) beiziehen, die die Patient*innen bei der Willensbildung unterstützen können. Zuvor wird die betreuende Ärztin/der betreuende Arzt in einem Gespräch ausloten, ob die*der Patient*in diese Unterstützer*innen zur Entscheidungsfindung bzw. zu diesem Gespräch überhaupt beiziehen möchte. Soweit die*der Patient*in durch diese Unterstützung entscheidungsfähig wird, bedarf es keiner Stellvertretung. Wichtig ist, dass die Unterstützer*innen keine Entscheidung treffen, sondern die*den Patient*in dabei unterstützen, selbst die Entscheidung treffen zu können. Die Beiziehung von Unterstützung bzw. das Bemühen Unterstützer beizuziehen, ist jedenfalls zu dokumentieren. Kann trotz Unterstützungsmaßnahmen die Entscheidungsfähigkeit nicht erreicht werden bzw. trifft der ErwV/VB keine Entscheidung, wird der mutmaßliche Wille der Patientin/des Patienten erhoben und dokumentiert.

ANSICHTSEXEMPLAR

Die aufgeschriebenen Willensbekundungen sollten dann vor Ort aufliegen, damit sie im Bedarfsfall einer Notärztin/einem Notarzt vorgelegt und/oder einer Notärztin/einem Notarzt mitgegeben werden können. Wenn Sie an einem VSD interessiert sind, organisieren wir diesen gerne.

Wollen Sie ein solches Gespräch führen?

Eine Infobroschüre zum VSD wird bei der Patientin/dem Patienten gelassen.

Möchten Sie, dass bei diesem Gespräch Ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen anwesend sind?[3]

VSD-Gespräch: Begrüßung, Einleitung, Ansprechen von Erwartungen

Beispieltext:

*Herzlich willkommen zu diesem Gespräch, dem Vorsorgedialog. Wie schon in unserem letzten Gespräch erwähnt, sind Ihre Wünsche und Bedürfnisse als Patient*in für uns wichtig. Damit wir die bestmögliche Begleitung und Betreuung gewährleisten können, ist es uns wichtig, dass wir möglichst gut über Ihre Anliegen informiert sind. Dafür nehmen wir uns jetzt gerne Zeit. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit das Gespräch zu unterbrechen oder zu beenden, sollte es Ihnen nicht gut gehen.*

Wir werden auch darüber sprechen, was Sie sich wünschen, falls ein Notfall eintritt und wichtige Behandlungsentscheidungen zu treffen sind. Wir werden das auch niederschreiben, damit eine Notärztin/ein Notarzt im Bedarfsfall die wesentlichen Informationen erfährt und diese mitnehmen kann.

Wir freuen uns, dass Sie mit uns ein solches Gespräch führen wollen. Sie können selbstverständlich jederzeit Ihre Wünsche und Bedürfnisse wieder verändern oder anpassen. Denn das, was Sie aktuell in der Situation wollen, zählt immer mehr als das, was Sie früher geäußert haben.

Wir werden von uns aus ein solches Gespräch in ca. einem halben Jahr/einem Jahr oder aus gegebenem Anlass wieder anbieten. Wenn Sie selbst den Wunsch haben oder sich Ihre Bedürfnisse ändern, können Sie jederzeit ein Gespräch bei uns einfordern.

Haben Sie sich schon Gedanken zu dem Gespräch gemacht? Was erwarten Sie sich von diesem Gespräch?

[3] Diese Frage muss gestellt und die Antwort derselbigen dokumentiert werden, um das Betreuungsteam von der Schweigepflicht gegenüber Außenstehenden zu entbinden.

ANSICHTSEXEMPLAR

Erläuterung zum Sinn des Gesprächs aus Sicht der Gesprächsverantwortlichen

Nachdem die*der Patient*in sich zu ihren*seinen Erwartungen geäußert hat, stellt die Gesprächsleitung nochmals dar, was aus Sicht des Betreuungsteams Sinn und Ziel eines Gesprächs im Rahmen des VSD ist und knüpft dabei an die geäußerten Wünsche und Bedürfnisse an.

Beispieltext:

Wie Sie schon angesprochen haben ...

Ich habe gehört, dass Sie gesagt haben ...

Was gibt Ihnen Lebensqualität? Wenn wir wissen, was Ihnen wichtig ist (das können Familienfeste, gutes Essen, ein Theaterbesuch … sein), können wir darauf entsprechend eingehen.

Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Sie, falls der gesundheitliche Zustand sich massiv verschlechtern würde und das Sterben absehbar ist? Wenn dies im Vorfeld gut abgeklärt ist, können wir es im Anlassfall berücksichtigen. Es können sich dann Fragen zu lebenserhaltenden Maßnahmen wie künstlicher Ernährung durch eine Sonde oder Wiederbelebung nach einem Herz- Kreislaufstillstand stellen. Es kann auch um den Ort des Sterbens gehen. Soll dieser Ort ihr Zuhause sein oder würden Sie eine Einweisung in ein Krankenhaus wünschen? Wir würden gerne jetzt schon über diese Themen sprechen, damit wir, sollte einer der Fälle eintreten, so handeln können, wie Sie es sich wünschen.

Erfassen des Entscheidungshintergrundes

Nun sollte die Gesprächssituation soweit aufbereitet sein, dass der Entscheidungshintergrund erfasst werden kann, soweit das nicht schon vorab geschehen ist.

Beispieltext:

*Haben Sie sich zur letzten Lebensphase, zum Sterben schon einmal Gedanken gemacht? Haben Sie darüber schon einmal mit Ihrer Familie gesprochen? Haben Sie zur letzten Lebensphase, zum Sterben schon Vorkehrungen getroffen, z.B. eine Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung oder Patient*innenverfügung gemacht?*

ANSICHTSEXEMPLAR

Erläuterung des IST Zustandes

Nach der Klärung des Entscheidungshintergrundes soll der medizinische IST-Zustand der Patientin/des Patienten besprochen werden. Als Einstieg kann es hilfreich sein, die Patientin/den Patienten selbst über diesen IST-Zustand zu befragen bzw. diesen von ihr/ihm einschätzen zu lassen. Welche Vorstellungen hat sie*er zu Krankheitsursachen, Krankheitsprozess, Behandlungsmöglichkeiten und Prognose?

Beispieltext:

> *Wie fühlen Sie sich gesundheitlich? Wie geht es Ihnen? Wollen Sie uns das mitteilen?*
>
> Hier kann/soll seitens der Ärztin/dem Arzt und der Pflegeperson auch nachgefragt werden:
>
> *Was meinen Sie damit? Was genau beschäftigt Sie da?*
>
> Wenn Schmerzen angesprochen werden:
>
> *Wo genau tut es Ihnen weh? Wie oft? etc. ...*

Erläuterung des IST Zustandes durch die Ärztin/den Arzt und durch die Pflegeperson

Im nächsten Schritt greift die Ärztin/der Arzt möglichst viel von dem auf, was die*der Patient*in gesagt hat und fasst daran anknüpfend, in möglichst verständlicher Sprache, den IST-Zustand der Patientin/des Patienten zusammen. Die Pflegeperson macht dasselbe aus ihrer Perspektive.

Im nächsten Schritt sollen die*der Patient*in und auch Angehörige ermutigt werden nachzufragen, um alles, was ihnen an Diagnosen und Prognosen noch unklar ist, zu klären.

Beispieltext:

> *Sie können alles nachfragen, was für Sie noch unklar ist ... Manches war vielleicht nicht ganz verständlich oder manche medizinischen Begriffe waren nicht ganz klar ... Uns ist es wichtig, dass Sie sich verstanden fühlen und Sie möglichst viel Klarheit nach diesem Gespräch haben ...*

Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben

In diesem nächsten Schritt soll darüber gesprochen werden, was der Patientin/dem Patienten für ein gutes Leben und würdiges Sterben wichtig ist.

ANSICHTSEXEMPLAR

Beispieltext

… für diesen Einstieg

Sie haben uns mitgeteilt, wie es Ihnen körperlich geht und was Sie beschäftigt. Was ist für Sie für ein gutes Leben? Was ist für Sie jetzt wichtig? Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Sie, die wir so gut wie möglich erfüllen können?

... zu psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen

Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich wohl fühlen (z.B. Besuch der Angehörigen, Kirchenbesuch, Spaziergänge, Frisörbesuch, …)?

Es geht insbesondere darum, bereits als sensibel erkannte Themen anzusprechen und auch zu vertiefen (z.B. Umgang mit Konflikten in der Familie, äußeres Erscheinungsbild, …).

... zu medizinischen Interventionen, z.B. Ernährung (PEG-Sonde), Reanimation, Bedingungen einer Krankenhauseinweisung ...

Ansprechen von wichtigen Themen, die im Zuge einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes wichtig werden könnten. Die betreuende Ärztin/der betreuende Arzt weiß, welche Maßnahmen bei der Patientin/dem Patienten medizinisch indiziert sind. Nur diese Maßnahmen können von der Patientin/dem Patienten befürwortet oder abgelehnt werden.

Es geht insbesondere um folgende Themen:

- Ernährung (PEG-Sonde)
- Schmerz
- Reanimationswunsch
- Bedingungen einer Krankenhauseinweisung

Beispieltext für den Einstieg und Fragen

Können und wollen Sie uns vorausblickend sagen, was Ihnen wichtig ist, wenn es Ihnen einmal schlechter gehen sollte und das Sterben nahe ist?

Wie möchten Sie sterben?

Was bedeutet für Sie leiden zu müssen?

Haben Sie Angst vor dem Sterben? Wenn Ja, wovor?

Wenn wir zu Ihnen kommen und Ihr Herz schlägt nicht mehr: Wollen Sie, dass wir versuchen, Sie wiederzubeleben?

Wenn sich das Lebensende abzeichnet, wollen Sie dann in ein Krankenhaus gebracht werden?

ANSICHTSEXEMPLAR

... zum Versterben und zum Begräbnis

Beispielfragen

Was bedeutet für Sie Lebensqualität bis zuletzt?

Was bedeutet körperliches Wohlbefinden?

Was bedeutet Schmerzfreiheit?

Was bedeutet gute Schmerzlinderung?

Was bedeutet respektvoller Umgang?

Haben Sie sich überlegt, wo Sie Ihre letzten Tage/Stunden verbringen wollen? Wo nicht? Sollte dieser Raum für Sie besonders gestaltet sein?

Wünschen Sie sich religiöse Begleitung oder nicht? Wenn ja, in welcher Form? Welche Rituale etc.?

Haben Sie Wünsche für die Zeit nach Ihrem Tod (z.B. Begräbnis, religiöse Rituale, Kleidung, Abschiedsfeier…)?

Haben wir etwas, das Ihnen wichtig ist, wenn es um das Sterben geht, noch nicht besprochen? Möchten Sie noch etwas hinzufügen oder fragen?

Ergänzende Bemerkungen

An dieser Stelle werden zusätzliche Beobachtungen festgehalten, die für das Gespräch oder den weiteren Verlauf der Betreuung relevant sein können. Danach kann vereinbart werden, wann das nächste Gespräch stattfinden soll. Außerdem wird festgelegt, wer über das VSD-Gespräch außerhalb der teilnehmenden Personen noch informiert werden soll und welche Person diese Aufgabe übernimmt.

Beispiele:

Das nächste Gespräch findet am … statt ...

Tochter und Sohn sind sich nicht einig in ihrer Einschätzung zu …

*Patient*in saß während des Gesprächs dabei, sagte aber nichts.*

*Patient*in hat im Anschluss an das Gespräch folgenden Wunsch/folgendes Gefühl geäußert.*

*Patient*in weinte.*

*Patient*in will das Krisenblatt dieses Mal nicht bearbeiten, überlegt sich das aber für das nächste Mal.*

ANSICHTSEXEMPLAR

Ausfüllen des Krisenblattes

Wenn es von der Patientin/dem Patienten gewünscht ist, kann im Rahmen des VSD-Gesprächs das Krisenblatt (andere Patient*innenverfügung) ausgefüllt werden bzw. es kann wenn die*der Patient*in nicht entscheidungsfähig ist, das Krisenblatt (mutmaßlicher Wille) ausgefüllt werden. Darauf können medizinische Maßnahmen aufgrund der medizinischen Indikation befürwortet/abgelehnt werden bzw. die*der Patient*in kann Maßnahmen befürworten/ablehnen.

Beispieltext:

Im Fall einer Krisensituation, z.B. bei einem Herz- oder Atemstillstand, wo die Notärztin/der Notarzt gerufen wird, bleibt meist keine Zeit und Möglichkeit, nachzufragen. Für diesen Fall bieten wir Ihnen an, ein Krisenblatt auszufüllen, damit Ihre Wünsche, so wie wir Sie heute besprochen haben, berücksichtigt werden.

*Dieses Krisenblatt soll an Ihrem Betreuungsort in mehrfacher Ausführung aufliegen und wird der Notärztin/dem Notarzt zur Verfügung gestellt. Dies bietet Orientierung für ihre*seine Entscheidungen, damit sie*er möglichst nach Ihren Wünschen handeln kann.*

Sollen wir dieses Krisenblatt einmal mit Ihnen durchgehen?

Abschluss (vor oder nach dem Krisenblatt)

Diese Willensäußerungen, die Sie heute hier mit uns besprochen haben, können Sie jederzeit formlos ändern und widerrufen. Der aktuelle, in der Situation geäußerte Wille zählt immer mehr als das Festgeschriebene. Ihre Willensäußerung im VSD verliert die Wirksamkeit, wenn Sie diese selbst widerrufen oder zu erkennen geben, dass diese nicht mehr wirksam sein soll (in Anlehnung an § 10 Abs. 2 PatVG)[4].

Wir werden Ihnen von uns aus ein Gespräch, wie wir es heute geführt haben, in ca. einem halben Jahr/einem Jahr oder aus gegebenem Anlass wieder anbieten. Wir danken Ihnen, dass Sie sich für dieses Gespräch Zeit genommen haben.

ANSICHTSEXEMPLAR

[4] § 10 (2) des PatVG lautet: Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

Anm.: S. 1- 25 Informationen zum VSD für Betreuende

6. Dokumentationsteil des VSD Vorsorgedialog®

6.1. Persönliche Daten der Patientin/des Patienten und der Betreuenden

Familienname/Vorname	
SVNr./Geb. Datum	
Adresse	
Name, Tel. Nr. Angehörige*r/Vertrauensperson	
Name, Tel. Nr. ErwV/VB (falls vorhanden)	
Name der betreuenden DGKP, Organisation, Tel. Nr.	
Name der/des betreuenden Ärztin/Arztes, Organisation, Adresse, Tel. Nr.	
Name der/des betreuenden AM (falls anderer als zuvor genannt), Adresse, Tel. Nr.	

6.2. Dokumentation von Vorgesprächen zum Vorsorgedialog®[5]

[5] Dieser Punkt beinhaltet, sofern nicht an einem anderen Ort vermerkt, die Information, ob die*der Patient*in die Einladung zum VSD annimmt oder nicht.

ANSICHTSEXEMPLAR

6.3. Entscheidungshintergrund

Die **in diesem VSD Vorsorgedialog dokumentierten Willensbekundungen** und Entscheidungen drücken Folgendes aus *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*:

… den Willen der/des **entscheidungsfähigen Patientin/Patienten.**	o
… den Willen der **Patientin**/des **Patienten,** bei der*dem **die Entscheidungsfähigkeit durch Beiziehen von Unterstützer*innen (Angehörige/Vertrauenspersonen/Fachpersonen, etc.) hergestellt werden konnte**[6]	o
… den **mutmaßlichen Willen** der **Patient**/des **Patienten**	o

Dokumentation des Prozesses der Herstellung der Entscheidungsfähigkeit:

6.4. Folgende Instrumente zur Selbstbestimmung liegen vor

	Erstellungsdatum	**Wo hinterlegt?**
Verbindliche Patient*innenverfügung liegt vor:		
Andere Patient*innenverfügung[7] liegt vor:		
Sterbeverfügung liegt vor:		

	Erstellungsdatum	**Wer ist bevollmächtigt? Wie erreiche ich diese Person?**
Vorsorgevollmacht für medizinische und pflegerische Angelegenheiten liegt vor:		
Erwachsenenvertretung für medizinische und pflegerische Belange liegt vor:		

[6] Dieser Prozess muss entsprechend im Freitextfeld dokumentiert werden.

[7] Ein vorliegender VSD Vorsorgedialog® entspricht einer anderen Patient*innenverfügung.

ANSICHTSEXEMPLAR

6.5. Medizinische und pflegerische Situation

Hauptdiagnosen, relevante Nebendiagnosen, Therapieziel, Einschätzung des zu erwartenden Krankheitsverlaufs durch die Ärztin/den Arzt
Relevante Pflegediagnosen und Pflegeziele durch die für den VSD verantwortliche DGKP

ANSICHTSEXEMPLAR

6.6. Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben

... zu **medizinischen und pflegerischen Interventionen** z.B. Ernährung (PEG-Sonde), Schmerzmittel, Reanimation, Bedingungen einer Krankenhauseinweisung, ... (siehe Gesprächsleitfaden)
... zu **psycho-sozialen** und **spirituellen Bedürfnissen** (siehe Gesprächsleitfaden)
... zum **Versterben** und zum **Begräbnis** (siehe Gesprächsleitfaden)

ANSICHTSEXEMPLAR

6.7. Informationen zur Durchführung und Dokumentation des Gesprächs

Datum		
Teilnehmer*innen (Gesprächsleitung bitte unterstreichen)	**Beziehung zu Patientin/zum Patienten**[8]	**Unterschrift**[9]
Ergänzende Bemerkungen		

Alle Beteiligten wurden noch einmal darauf hingewiesen, dass die*der Patient*in ihre*seine Entscheidung jederzeit widerrufen kann.

ANSICHTSEXEMPLAR

[8] Bitte ausfüllen mit Namen und Beziehung zur Patientin/zum Patienten z.B.: Dr.in Sabine Jaritz (AM), Herbert Müller (Ehemann), Sabine Brenner (Tochter)

[9] Das Gespräch und die Inhalte sollen durch die Unterschrift aller Teilnehmer*innen bestätigt werden.

6.8. VSD Vorsorgedialog® - KRISENBLATT
(= andere Patient*innenverfügung) mit entscheidungsfähigen Patient*innen

Name Patient*in: …… Datum: ……
Geburtsdatum: …….....

Hauptdiagnosen: …...……..

……

REANIMATION ÄRZTIN*ARZT	PATIENT*IN
1. Aktuelle medizinische Indikation gegeben:	**2. Reanimationswunsch seitens Patient*in gegeben:**
NEIN ☐ **JA** ☐ wenn JA →	**NEIN** ☐ **JA**[10] ☐

Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Zweck erweiterte Diagnostik und weitere Therapiemöglichkeiten (Krankenhauseinweisungen mit dem Behandlungsziel der Linderung, z.B. Knochenbrüche, Schmerztherapie sind davon nicht betroffen.) **ÄRZTIN*ARZT**	**PATIENT*IN**
1. Aktuelle medizinische Indikation gegeben:	**2. Wunsch seitens Patient*in gegeben:**
NEIN ☐ **JA** ☐ wenn JA →	**NEIN** ☐ **JA** ☐

Hiermit bestätige ich, dass das Krisenblatt auf Basis des stattgefundenen VSD ausgefüllt wurde und ich inhaltlich damit einverstanden bin.

Unterschrift Patient*in	Unterschrift Ärztin*Arzt	Unterschrift Pflegeperson
Unterschrift Erwachsenen-vertreter*in/Vorsorgebevoll-mächtigte*r (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)

Evaluiert am (siehe S. 34): ....

[10] Die*der Patient*in wird bei Befürwortung des Reanimationswunsches aufgeklärt, dass sie*er bei erfolgter Reanimation zur weiteren Versorgung ins Krankenhaus eingeliefert werden muss.

ANSICHTSEXEMPLAR

6.9. VSD Vorsorgedialog® - KRISENBLATT
Mutmaßlicher Wille NICHT entscheidungsfähiger Patient*innen

Name Patient*in: …… Datum: ……..
Geburtsdatum: …….....

Hauptdiagnosen: …….....
……

	NEIN	JA
Vorsorgevollmacht	☐	☐
Erwachsenenvertretung	☐	☐

Aktuelle medizinische Indikation gegeben:			
Reanimation		**Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Zweck erweiterte Diagnostik und weitere Therapiemöglichkeiten** (Krankenhauseinweisungen mit dem Behandlungsziel der Linderung, z.B. Knochenbrüche, Schmerztherapie sind davon nicht betroffen.)	
NEIN	**JA**	**NEIN**	**JA**
☐	☐	☐	☐

Der mutmaßliche Wille der*des NICHT entscheidungsfähigen Patientin/Patienten gestaltet sich wie folgt (Fortsetzung auf S. 33):

ANSICHTSEXEMPLAR

Der mutmaßliche Wille der*des NICHT entscheidungsfähigen Patientin/Patienten gestaltet sich wie folgt (Fortsetzung von S. 32):

Hiermit bestätige ich, dass das Krisenblatt auf Basis des stattgefundenen VSD ausgefüllt wurde und ich inhaltlich damit einverstanden bin.

Unterschrift Ärztin*Arzt	Unterschrift Pflegeperson	Unterschrift Angehörige
Unterschrift Erwachsenen-vertreter*in/Vorsorgebevoll-mächtigte*r (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)

Evaluiert am (siehe S. 34): ....

ANSICHTSEXEMPLAR

6.10. Beiblatt für VSD Vorsorgedialog®-Evaluierungsgespräche

Name Patient*in: ……. Datum: …….
Evaluierungsgespräch-Nummer: …… (bitte Zahl eintragen z.B. 1., 2., 3., …)

Ergänzungen/Veränderung zum Vorsorgedialoggespräch[11]:

Unterschrift Patient*in	Unterschrift Ärztin*Arzt	Unterschrift Pflegeperson
Unterschrift Erwachsenen-vertreter*in/Vorsorgebevoll-mächtigte*r (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)

ANSICHTSEXEMPLAR

[11] Wenn sich der Wille der Patientin/des Patienten hinsichtlich der Maßnahmen auf dem Krisenblatt verändert, so ist ein neues Krisenblatt auszufüllen und das alte Krisenblatt als ungültig zu markieren (mit Unterschrift der Patientin/des Patienten). Bleibt der Wille unverändert, so ist das durch Unterschrift und Datum auf dem Krisenblatt/der Rückseite des Krisenblattes zu bestätigen.

7. Verwendete Literatur

Baumgartner, Johann (2018): Sterbeorte Österreich 1988-2017. Aufbereiter Datensatz mit Daten von Statistik Austria.

Gesundheit Österreich GmbH (2018): Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung. Wien

Mehr Informationen zu den Themen Vorsorgedialog, HPCPH und HPC Mobil/HiZ finden Sie unter www.hospiz.at – Bereich Fachwelt

8. Mitwirkende Personen und Organisationen

Wir bedanken uns herzlich beim Beirat HPC in der Grundversorgung, bei allen Personen und Organisationen, die bei der Erstellung und Überarbeitung des Vorsorgedialogs mitgearbeitet haben. Eine Aufzählung aller Beteiligten finden Sie unter www.hospiz.at.

9. Adressen und Kontaktdaten

Adressen und Kontaktdaten landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen

Bundesland	Landesverbände
Burgenland	Landeskoordination für Hospiz- und Palliativversorgung Burgenland, Frau Tanja Gangl, M.Ed. DGKP,tanja.gangl1@bgld.gv.at; 05/76003116
Kärnten	Kärntner Landesverband von Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Bahnhofstr. 8, 3. Stock, 9020 Klagenfurt, T 050/100 30 439 office@klv-hospiz.at
Niederösterreich	Landesverband Hospiz NÖ, Parkstr.4/11, 2340 Mödling, T 02236/860 131, office@hospiz-noe.at
Oberösterreich	Landesverband Hospiz OÖ, Herrenstraße 12, 4020 Linz, T 0699/173 47 024 lvhospizooe@gmx.at
Salzburg	Hospiz-Bewegung Salzburg, Buchholzhofstraße 3, 5020 Salzburg, T 0662/822 310, info@hospiz-sbg.at
Steiermark	Hospizverein Steiermark, Albert Schweitzer Gasse 36, 8020 Graz, T 0316/391 570, dasein@hospiz-stmk.at
Tirol	Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, Milser Straße 23, 6060 Hall in Tirol, Tel: 05223/437 003 3600, office@hospiz-tirol.at
Vorarlberg	Hospiz Vorarlberg, Mehrerauerstrasse 72, 6900 Bregenz, T 05522/200 11 05, hospiz@caritas.at
Wien	Dzt. in Wien nur Umsetzung in Einrichtungen, die die Projekte HPCPH und HPC Mobil absolviert, und den VSD-Implementierungsprozess abgeschlossen haben Kontakt: Wiener Gesundheitsverbund Gabriele Rab MSc gabriele.rab@gesundheitsverbund.at u. Caritas der ED Wien Weikl Harald Harald.Weikl@caritas-wien.at

ANSICHTSEXEMPLAR