

## Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz

### Inhalt

1. Hintergrund
2. Ziele der GVP
3. Zielgruppen
4. Zeitpunkt
5. Ziel der Roadmap
6. Module für die Umsetzung
7. Empfehlungen
  - 7.1 Empfehlungen für Betroffene, nahestehende Personen und Interessierte
  - 7.2 Empfehlungen zur Sensibilisierung und Information
  - 7.3 Empfehlung für Fachpersonen
  - 7.4 Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung
8. Nächste Schritte und Ausblick
9. Glossar
10. Hinweise zur Ausarbeitung dieser Roadmap

Das Dokument «Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz – Grundlagen und Hintergrundinformationen zum Auftrag des Bundesrates» erläutert, auf welcher Basis die vorliegende Roadmap erarbeitet wurde, vgl. [samw.ch/gvp](http://samw.ch/gvp) oder [www.bag.admin.ch/gvp](http://www.bag.admin.ch/gvp).

## 1. Hintergrund

Im Auftrag des Bundesrates haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Mai 2021 eine breit zusammengesetzte nationale Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» (AG GVP) eingesetzt (vgl. Seite 10).

- Die Aufgabe der AG GVP ist es, Rahmenbedingungen zu erarbeiten, um die Gesundheitliche Vorausplanung im Gesundheitswesen zu stärken und zu verankern.
- Die AG GVP hat dafür ein Modell mit Modulen und spezifischen Empfehlungen ausgearbeitet. Dieses wurde einer breiten öffentlichen Vernehmlassung unterzogen. Die Rückmeldungen sind in der vorliegenden Roadmap berücksichtigt.

Gesundheitliche Vorausplanung fördert die Selbstbestimmung. Jede Person soll die Möglichkeit haben festzuhalten, wie sie im Falle einer zukünftigen Urteilsunfähigkeit medizinisch behandelt und betreut werden möchte. Im Fokus steht zum einen die Gesundheitliche Vorausplanung für den Fall einer plötzlich eintretenden Urteilsunfähigkeit (z. B. aufgrund eines Unfalls). Zum anderen soll die Vorausplanung in der Behandlung von Krankheiten und/oder zunehmender Gebrechlichkeit verbessert werden.

## 2. Ziele der GVP

Das Ziel der GVP ist es,

- die Autonomie, Selbstbestimmung und Partizipation der Betroffenen zu stärken;
- Entscheidungen zu Therapiezielen und Behandlungen sowohl in einer Notfallsituation als auch bei länger andauernder oder dauerhafter Urteilsunfähigkeit nach dem Willen der Betroffenen zu fällen;
- die nahestehenden Personen in der Entscheidungsfindung zu unterstützen;
- den Fachpersonen die Werte und Vorstellungen der Betroffenen zu vermitteln;
- die Fachpersonen bei ihrer Arbeit zu unterstützen, insbesondere wenn lebenserhaltende Massnahmen umgesetzt oder unterlassen werden sollen;
- die Planung und Koordination der Betreuung und Behandlung zu erleichtern;
- bei fortschreitender Krankheit den Behandlungsplan nach dem Willen der Betroffenen umzusetzen.

Die GVP ist ein von allen Beteiligten gleichermassen getragener kontinuierlicher kommunikativer Prozess mit unterschiedlichen Ebenen der Konkretisierung.

## 3. Zielgruppen

Die GVP richtet sich an alle Menschen, unabhängig von Alter, Lebensphase und -ort, Herkunft, sozio-ökonomischem Status, Gesundheitskompetenz und -zustand. Die GVP betrifft also bei Weitem nicht nur Menschen am Lebensende. Für Personen, die nicht oder eingeschränkt urteilsfähig sind, gibt es ebenfalls Möglichkeiten, gesundheitlich vorauszuplanen.

Nahestehende Personen spielen eine zentrale Rolle, da sie im Falle einer Urteilsunfähigkeit (z. B. aufgrund eines Unfalls, Herz-Kreislauf-Stillstands oder einer Demenz) Entscheidungen mittragen oder fällen müssen. Wenn immer möglich sollen sie Teil des GVP-Prozesses sein. Die Reflexion über die eigenen Werte und Vorstellungen für Situationen der Urteilsunfähigkeit kann jede und jeder eigenständig oder zusammen mit nahestehenden Personen anstellen und entsprechend festhalten. Geht es um die Vorausplanung im Hinblick auf medizinische Interventionen, empfiehlt es sich, eine Fachperson beizuziehen.

Die GVP ist freiwillig. Deshalb muss respektiert werden, wenn eine Person trotz Information über deren Vorteile von einer Gesundheitlichen Vorausplanung Abstand nimmt.

#### 4. Zeitpunkt

Es gibt grundsätzlich nicht *den* richtigen Zeitpunkt für die GVP. Oft sind es Schlüsselmomente in der Biografie, die den Anstoss geben, sich mit der GVP auseinanderzusetzen.

Die vorliegende Roadmap für die Umsetzung der GVP unterscheidet drei Situationstypen:

- Situationen *plötzlich* eintretender Urteilsunfähigkeit (z. B. Herz-Kreislauf-Stillstand, Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma) und/oder vor einem operativen Eingriff inkl. möglicher Komplikationen. Das kann bei allen Personen und in jedem Alter auftreten.
- Situationen bei *chronischen* körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen (neu aufgetretene Erkrankung und deren Therapie), zunehmender *Gebrechlichkeit*, kognitiver *Behinderung* und/oder beginnender *Demenz*.
- Situationen bei *komplexen* und/oder fortgeschrittenen chronischen körperlichen und/oder psychischen (Mehrfach-)Erkrankungen und/oder *schwerer* kognitiver Behinderung und/oder wenn das *Lebensende* absehbar ist.

#### 5. Ziel der Roadmap

Dieses Dokument

- leistet einen Beitrag, um die Umsetzung der GVP schweizweit zu ermöglichen und zu stärken;
- beantwortet die Fragen nach dem «Wer, Wann, Was und Wie» der Gesundheitlichen Vorausplanung;
- dient als Grundlage, damit mehr Menschen die Möglichkeit haben, sich mit der GVP auseinanderzusetzen und Behandlungs- bzw. Therapieziele in einer Patientenverfügung festzuhalten, die praktisch umsetzbar ist;
- adressiert offene Fragen und skizziert nötige Massnahmen zur Erreichung dieser Ziele für die gesamte Bevölkerung;
- konkretisiert das nationale Rahmenkonzept für die Schweiz «Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt Advance Care Planning» aus dem Jahr 2018.

## 6. Module für die Umsetzung

Die Ausgestaltung und Umsetzung der GVP sind in der Roadmap in drei Module aufgeteilt:

### Allgemeine Gesundheitliche Vorausplanung

*Für Menschen in allen Lebensphasen und -situationen, die sich Gedanken zur Behandlung bei Krankheit, Unfall, Behinderung, zum Lebensende und zur Organspende machen.*

Ein Verlust der Urteilsfähigkeit kann zu jedem Zeitpunkt und in jedem Alter auftreten. Im Zentrum dieses Moduls steht die Frage, welche Behandlungen in einer solchen Situation gewünscht oder nicht gewünscht würde. Zudem soll eine vertretungsberechtigte Person aus dem eigenen Umfeld benannt werden, die am besten geeignet ist, stellvertretend Entscheidungen zu treffen.

### Vertiefte Gesundheitliche Vorausplanung

*Für Menschen in allen Lebensphasen und -situationen, die sich vertieft mit den eigenen Werten und/oder Therapiezielen im Hinblick auf medizinische Interventionen auseinandersetzen.*

Insbesondere Menschen mit chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankungen, mit zunehmender Gebrechlichkeit, mit kognitiver Behinderung und/oder mit beginnender Demenz sollen sich vertieft mit der persönlichen Werthaltung und Behandlungszielen auseinandersetzen. In diesen Fällen kann eine Behandlungsplanung für möglicherweise eintretende Situationen ausgearbeitet werden. Der persönliche Wille für oder gegen bestimmte medizinische Massnahmen wird schriftlich in einer Patientenverfügung und/oder im Behandlungsplan festgehalten.<sup>1</sup> Eine fachliche Beratung ist für diese vertiefte Gesundheitliche Vorausplanung dringend empfohlen.

### Krankheitsspezifische Gesundheitliche Vorausplanung

*Für Menschen mit fortgeschrittener unheilbarer Krankheit, chronischen körperlichen und/oder psychischen (Mehrfach-)Erkrankungen, inkl. Menschen mit schwerer kognitiver Behinderung sowie Kinder/Jugendliche mit lebenslimitierenden Erkrankungen und/oder Menschen nahe am Lebensende.*

Die Therapieziele sollen mit fachlicher Beratung festgelegt und nach Möglichkeit mit den nahestehenden Personen diskutiert werden. Dabei werden Wünsche und Erwartungen an die Behandlung und Pflege am Lebensende konkretisiert.

Die Grafik gibt eine Übersicht über die drei oben beschriebenen Module:

<sup>1</sup> Teilweise werden mittels Vorsorgeauftrag neben administrativen und finanziellen auch gesundheitliche Belange geregelt. Für medizinische Entscheide ist eine Patientenverfügung jedoch geeigneter und flexibler. Die in der Patientenverfügung aufgeführte vertretungsberechtigte Person kann, muss aber nicht dieselbe Person sein, die im Vorsorgeauftrag als Vertretung eingesetzt wird.

Gesundheitliche Vorausplanung		
allgemein	vertieft	krankheitsspezifisch
<b>Wer / Wann</b>		
In allen Lebensphasen und -situationen	Bei Wunsch nach vertiefter Auseinandersetzung	In komplexen Krankheitssituationen und/oder mit absehbarem Lebensende
	<b>Empfohlen bei</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chronischen körperlichen/psychischen Erkrankungen</li> <li>- zunehmender Gebrechlichkeit</li> <li>- kognitiver Behinderung</li> <li>- beginnender Demenz</li> <li>- grösseren operativen Eingriffen und Behandlungen</li> </ul>	<b>Empfohlen bei</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fortgeschrittener unheilbarer Krankheit</li> <li>- chronischen körperlichen/psychischen (Mehrfach-)Erkrankungen, inkl. Kinder/Jugendliche mit lebenslimitierenden Erkrankungen</li> <li>- fortgeschrittener kognitive Behinderung</li> </ul>
<b>Was</b>		
Gedanken machen zu Behandlung, Unfall und Behinderung, zum Lebensende oder zur Organspende	Vertieft auseinandersetzen mit den eigenen Werten und Therapiezielen im Hinblick auf medizinische Interventionen	Therapieziele festlegen und Behandlung vorausschauend planen
Vorausplanung für eine plötzlich eintretende Situation der Urteilsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls, Herz-Kreislauf-Stillstands, eines Zwischenfalls im Rahmen eines operativen Eingriffs		
	Krankheitsspezifische Vorausplanung der Behandlung und Pflege	
<b>Wie</b>		
Eigenständig, nach Möglichkeit im Gespräch mit nahestehenden Personen, evtl. mit Nutzung von niederschweligen Beratungsangeboten	Bei medizinischen Festlegungen: Mit Fachpersonen mit entsprechender Kompetenz	Mit Fachpersonen mit spezifischen Kompetenzen zu GVP und Palliative Care
<b>Ergebnis / Dokumentation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gespräch mit vertretungsberechtigter Person hat stattgefunden</li> <li>- Werthaltung geklärt</li> <li>- Patientenverfügung (inkl. Hinterlegungsort) sowie Willensäußerung zur Organspende liegen vor</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlungsplan</li> <li>- Ärztliche Notfallanordnung</li> </ul>	

## 7. Empfehlungen

Zur Umsetzung der Ziele der Roadmap wurden zwölf Empfehlungen ausgearbeitet. Diese zeigen auf, worauf im Prozess der GVP besonders zu achten ist.

### 7.1 Empfehlungen für Betroffene, nahestehende Personen und Interessierte

#### Empfehlung 1: Vertretungsberechtigte Person bestimmen und informieren

Jede und jeder sollte eine vertretungsberechtigte Person bestimmen. Diese soll über ihre Rolle und Aufgabe aufgeklärt werden und diese akzeptieren. Die vertretungsberechtigte Person muss sich im Falle der Urteilsunfähigkeit der/des Betroffenen an der Patientenverfügung und dem mutmasslichen Willen orientieren und Entscheidungen im Sinne der urteilsunfähigen Person treffen.

#### Empfehlung 2: Persönliche Werthaltung formulieren

Medizinische Behandlungsentscheidungen im Fall einer Urteilsunfähigkeit basieren auf der persönlichen Werthaltung (Einstellung gegenüber Leben, Krankheit und Sterben). Ist diese bekannt bzw. schriftlich hinterlegt, hilft dies im Ereignisfall dem medizinischen Behandlungsteam, gemäss dem Willen der urteilsunfähigen Person zu handeln. Gespräche mit nahestehenden Personen und/oder niederschwellige Beratungsangebote helfen beim Verschriftlichen.

#### Empfehlung 3: Willen bezüglich Therapiezielen und medizinischen Massnahmen bilden

Um Therapieziele und Entscheide für oder gegen bestimmte medizinische Interventionen (z. B. Reanimation, künstliche Beatmung) und Behandlungen (z. B. Antibiotikatherapie, künstliche Ernährung) im Fall der Urteilsunfähigkeit festzulegen, empfiehlt sich ein Gespräch mit einer dafür geschulten Fachperson.

#### Empfehlung 4: Betreuung und Behandlung für komplexe Situationen und/oder das absehbare Lebensende planen

Die detaillierte Planung umfasst medizinische und pflegerische sowie auch psychosoziale und spirituelle Aspekte in Einklang mit den Therapiezielen. Sie empfiehlt sich für Personen mit fortgeschrittener unheilbarer Krankheit, chronischen körperlichen und/oder psychischen (Mehrfach-)Erkrankungen und/oder schwerer kognitiver Behinderung oder wenn das Lebensende absehbar ist. Dies gilt für alle Altersgruppen.

#### Empfehlung 5: Dokumentation regelmässig aktualisieren und zugänglich machen

Die Ergebnisse der eigenen GVP sollen schriftlich festgehalten und in regelmässigen Abständen überprüft und aktualisiert werden. Das gilt vor allem dann, wenn sich die Lebens- oder Gesundheitssituation wesentlich verändert. Die Dokumente müssen in geeigneter Form – vorzugsweise im elektronischen Patientendossier – zugänglich sein.

### 7.2 Empfehlungen zur Sensibilisierung und Information

#### Empfehlung 6: Leitfragen für die Gesundheitliche Vorausplanung bereitstellen

Geeignete Fragen für die Auseinandersetzung mit den eigenen Werten, Vorstellungen und Präferenzen werden auf der Basis bestehender Grundlagen und im Austausch mit Fachpersonen und/oder Beratungsorganisationen erarbeitet.

#### Empfehlung 7: Zielgruppenspezifisch sensibilisieren und informieren

Sensibilisierungsaktivitäten und Informationskampagnen regen an, sich mit der GVP zu befassen. Die Wissensvermittlung sollte in unterschiedlichen Formen und zielgruppenspezifisch erfolgen, z. B. durch Broschüren, Kurzfilme oder Webapplikationen. Sie sollen für alle Bevölkerungsschichten und in verschiedenen Sprachen zugänglich und verständlich sein. Informationsveranstaltungen und kompetente Beratungen eröffnen der Bevölkerung einen Zugang zum Thema. Auch Fachpersonen sollen mit auf sie ausgerichteten Sensibilisierungsaktivitäten und/oder mit Schulungen angesprochen werden.

### 7.3 Empfehlung für Fachpersonen

#### **Empfehlung 8: Kommunikative und methodische Fachkompetenzen stärken**

Fachpersonen im Gesundheitswesen und aus dem Sozial- und Beratungsbereich sind in ihren kommunikativen und methodischen Kompetenzen und ihrem fachspezifischen Wissen in GVP und Palliative Care stufengerecht und institutionsspezifisch zu stärken. Entsprechende, Aus-, Weiter- und Fortbildungen sollen Fachpersonen bei der fundierten Beratung zur GVP unterstützen.

### 7.4 Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung

#### **Empfehlung 9: Minimalstandards für Patientenverfügungen festlegen**

In Bezug auf den Inhalt und die Qualität von Patientenverfügungen sollen minimale Standards für Vorlagen von Patientenverfügungen erarbeitet und umgesetzt werden.

#### **Empfehlung 10: Betreuungs- und Behandlungspläne institutionsübergreifend zugänglich machen**

Betreuungs- und Behandlungspläne sollen über die Institutions- und Berufsgrenzen hinweg zugänglich sein und angewendet werden können. Dazu braucht es (auch) technische Lösungen. Es wird empfohlen, die GVP-Dokumentation ins elektronische Patientendossier zu integrieren.

#### **Empfehlung 11: Klärungen zur Ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO)**

Ein Formular der ÄNO hält die Therapieziele und Behandlungswünsche für akute Notfallsituationen fest. Die Bedeutung der ÄNO-Formulare und ihr Verhältnis zu anderen Dokumenten der GVP sollen geklärt und ihre Verwendung in der gesamten Schweiz einheitlich eingeführt werden.

#### **Empfehlung 12: Rahmenbedingungen für die Abgeltung von Leistungen zur GVP**

Die Abgeltung von Aufwendungen der Fachpersonen im Bereich GVP sind zu überprüfen und gegebenenfalls zu verbessern, damit die GVP im Gesundheitswesen verankert und gestärkt werden kann.

## 8. Nächste Schritte und Ausblick

Die Roadmap dient der Orientierung, die genannten Empfehlungen werden schrittweise umgesetzt. Notwendig sind neue Ideen und entsprechende Massnahmen, um möglichst viele Menschen für die GVP zu sensibilisieren und deren Umsetzung allen Personen, die dies wollen, zu ermöglichen. Dies gilt auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, einer kognitiven Behinderung oder für Kinder mit einer lebenslimitierenden Erkrankung – um nur einige Beispiele zu nennen. Es gilt sicherzustellen, dass im Ereignisfall der Wille der urteilsunfähigen Person bekannt ist und umgesetzt wird. Ein wichtiges Ziel ist es, die Dokumentationen (Patientenverfügungen, ÄNO, Betreuungs- und Behandlungspläne etc.) so zu gestalten, dass sie in der konkreten (Notfall-)Situation rasch auffindbar sind, den Willen der vorausplanenden Personen verständlich abbilden und eingehalten werden können.

Die zwölf Empfehlungen bilden die Grundlage für die Umsetzung konkreter Projekte und Arbeiten. Dafür werden Subgruppen mit entsprechender Expertise eingesetzt und Mandate vergeben.

## 9. Glossar <sup>2</sup>

Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)	Formular zur Festlegung des Therapieziels und entsprechender Massnahmen für akute Notfallsituationen mit plötzlicher Urteilsunfähigkeit. Aktuell bestehen unterschiedliche ÄNO-Formulare, Definitionen und Vorgehensweisen, die gemäss den Empfehlungen in der Roadmap (Kapitel 7.4) zu klären sind.
Behandlungs- resp. Betreuungsplan	<p>Die beteiligte Fachperson legt mit dem/der Betroffenen – idealerweise unter Einbezug der vertretungsberechtigten und/oder einer nahestehenden Person – Art und Ort von Diagnostik und Therapie fest, die bei einem ungünstigen Verlauf und/oder im Fall von Komplikationen zu ergreifen sind. Dies umfasst je nach Lebens- und Krankheitsumständen Situationen zu Hause, im Spital oder einer Institution der Langzeitpflege. Der Plan soll auch das Vorgehen für den Notfall dokumentieren und beinhaltet Angaben zu den wichtigsten Kontaktpersonen im familiären und professionellen Bereich.</p> <p>Der Behandlungs- resp. Betreuungsplan ermöglicht es einerseits den Betroffenen und den ihnen nahestehenden Personen bei akut auftretenden Problemen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe rasch und selbst-effizient die richtigen Massnahmen zu ergreifen. Andererseits ermöglicht er medizinischen Fachpersonen in einer Situation der Urteilsunfähigkeit gemäss dem Willen der betroffenen Person zu handeln (auch wenn sie im Vorfeld nicht miteinbezogen waren).</p> <p>In diesem Dokument werden die Begriffe Behandlungs- und Betreuungsplan synonym verwendet.</p>
Behandlungs- resp. Therapieziel	<p>Die zu einem bestimmten Zeitpunkt für eine/einen Betroffene/n angestrebte Veränderung oder Stabilisierung des Gesundheitszustands. Das Behandlungs- bzw. Therapieziel kann mehrere Einzelziele umfassen, deren Verfolgung auch gegenläufige Effekte haben kann. Massnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung können die Lebensqualität beeinträchtigen, andererseits können Massnahmen zur Förderung der Lebensqualität das Leben verkürzen oder verlängern. Zur Formulierung eines konsistenten Behandlungs- bzw. Therapieziels müssen die Einzelziele deshalb priorisiert werden.</p> <p>In diesem Dokument werden die Begriffe Behandlungs- und Therapieziel synonym verwendet.</p>
Betreuungsplan	Vgl. Behandlungsplan.
Gesundheitliche Vorausplanung (GVP)	<p>Oberbegriff für Reflexionen, Gespräche und Entscheidungen über persönliche Werte, Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die Behandlung und Betreuung bei Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit oder am Lebensende, insbesondere für den Fall der Urteilsunfähigkeit. Der eigene Wille soll für Drittpersonen festgehalten und dokumentiert werden (z.B. in einer Patientenverfügung oder in einem Behandlungs- resp. Betreuungsplan). Es handelt sich um einen kontinuierlichen Prozess mit unterschiedlichen Ebenen der Konkretisierung und gegebenenfalls Anpassungen der Dokumentation.</p> <p>Der englische Begriff Advance Care Planning (ACP) wird auch im deutschen Sprachraum verwendet, oft als Synonym zur Gesundheitlichen Vorausplanung.</p>
Kognitive Behinderung	Eine voraussichtlich andauernde geistige Beeinträchtigung, die folgendes erschwert oder verunmöglicht: Alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben (Art. 2 BehiG).
Medizinische Massnahme	Medizinische Massnahme werden in diesem Text breit verstanden, dazu gehören z. B. Verordnung eines Medikaments, Durchführung eines Eingriffs oder einer Pflegeintervention oder das Einsetzen einer maschinellen Beatmung. Ihnen liegt eine Intention im Rahmen eines übergeordneten Behandlungsziels zugrunde. Sie erfolgt im Kontext des klinischen Zustands (Indikation), berücksichtigt Behandlungsalternativen und den Willen der betroffenen Person und bedarf ihres Einverständnisses (informed consent). Auch die Weiterführung einer längerfristigen Therapie sowie die bewusste Unterlassung bestimmter medizinischer Handlungen werden als medizinische Massnahmen bezeichnet.
Mutmasslicher Willen	Die begründete Annahme, wie jemand, der/die sich selber nicht mehr äussern kann, sich entscheiden würde, wenn er/sie in der Lage dazu wäre. Der mutmassliche Wille ergibt sich aus der Bewertung aller feststellbaren Informationen. Dazu gehören frühere schriftliche oder mündliche Äusserungen der/des Betroffenen, Interpretation einer Patientenverfügung, Aussagen von vertretungsberechtigten Personen, nahestehenden Personen sowie ggf. des Betreuungs- und Behandlungsteams.

<sup>2</sup> Die Angaben stützen sich auf Definitionen in den folgenden Veröffentlichungen:

- BAG und palliative.ch: Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, 2018.
- BAG: Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» Hintergrundinformationen zum Begriff «betreuende Angehörige», 2018.
- BAG: Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende, 2016.
- BAG und GDK: «Nationale Leitlinien Palliative Care», 2011.
- Medizin-ethische Richtlinien der SAMW:
  - Umgang Sterben mit Tod (2018, aktualisiert 2022).
  - Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis (2019).
  - Zwangsmassnahmen in der Medizin (2015).
  - Patientenverfügungen (2009, aktualisiert 2013).

## Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz

Nahestehende Personen	Als nahestehende Personen werden neben Familienangehörigen (direkte Verwandte, Ehegatten oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner) auch Lebenspartner/-partnerin und enge Freundinnen und Freunde bezeichnet. Aber auch Nachbarinnen und Nachbarn aus dem Lebensumfeld sowie andere Personen, die eine betreuende oder begleitende Funktion wahrnehmen (die Beiständin/der Beistand, Sozialarbeiter/-arbeiterin, usw.), können – je nach Umständen/Situation – als nahestehende Personen gelten.
Palliative Care	Palliative Care umfasst die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung ein.
Patientenverfügung	<p>In der Patientenverfügung legt eine urteilsfähige Person fest, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht (Art. 370 Abs. 1 ZGB). Sie kann auch eine Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Arztperson die medizinischen Massnahmen besprechen und in ihrem Namen entscheiden soll (vertretungsberechtigte Person). Die Patientenverfügung muss schriftlich verfasst, datiert und unterzeichnet werden (Art. 371 Abs. 1 ZGB). Sie kann im Übrigen auch in einen Vorsorgeauftrag (Art. 361 ff. ZGB) integriert werden.</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht (Art. 372 Abs. 2 ZGB).</p>
Therapieziel	Vgl. Behandlungsziel.
Urteilsfähigkeit	<p>Gemäss Art. 16 ZGB ist jede Person urteilsfähig, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Urteilsfähigkeit wird im medizinischen Kontext für die konkrete Situation und für die konkrete Handlung (z.B. Einwilligung in medizinische Massnahme) beurteilt und setzt bestimmte Fähigkeiten voraus. Nachfolgende Kriterien helfen, die Urteilsfähigkeit festzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- die Fähigkeit, die Information in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen;</li><li>- die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, abzuwägen;</li><li>- die Fähigkeit, die erhaltene Information im Kontext eines Wertsystems kohärent zu gewichten;</li><li>- die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.</li></ul>
Urteilsunfähigkeit; Zuschreibung der	Zuschreibung fehlender Urteilsfähigkeit aufgrund einer relevanten Einschränkung mentaler Fähigkeiten (vgl. Definition Urteilsfähigkeit) unter Einbezug der Prinzipien «Respekt vor der Selbstbestimmung der Person» und «Fürsorge». Sie gründet somit auf ethisch-normativen Überlegungen. Urteilsunfähigkeit wird im Hinblick auf eine spezifische Entscheidung und zu einem definierten Zeitpunkt zugeschrieben. Sie ist erneut zu evaluieren, wenn es Hinweise darauf gibt, dass sich der Zustand der betroffenen Person verändert hat. Soweit möglich ist die urteilsunfähige Person in die Entscheidungsfindung einzubeziehen (Art. 377 Abs. 3 ZGB).
Vertretungsberechtigte Person	<p>Person, die den urteilsunfähigen Menschen in medizinischen Angelegenheiten vertritt. Jeder Mensch kann selbst entscheiden und in der Patientenverfügung festhalten, wer in einer solchen Situation in seinem Namen vertretungsberechtigt ist. Die vertretungsberechtigte Person verpflichtet sich, den mutmasslichen Willen und die Interessen der bzw. des Urteilsunfähigen zu vertreten. Wurde keine vertretungsberechtigte Person festgelegt, gilt die gesetzliche Kaskade der Vertretungspersonen gemäss Art. 378 ZGB:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person.</li><li>2. Der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen.</li><li>3. Wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet.</li><li>4. Die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet.</li><li>5. Die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.</li><li>6. Die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.</li><li>7. Die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.</li></ol> <p>Sind mehrere Personen vertretungsberechtigt, so dürfen Ärztinnen und Ärzte voraussetzen, dass jede im Einverständnis mit den anderen handelt.</p>
Vorsorgeauftrag	In einem Vorsorgeauftrag kann eine handlungsfähige Person für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit einer natürlichen oder juristischen Person bestimmte Aufgaben übertragen. Diese Aufgaben können sowohl persönliche als auch finanzielle Angelegenheiten oder die Vertretung im Rechtsverkehr umfassen. Dabei sind die Interessen der auftraggebenden Person strikte zu wahren. Details zum Vorsorgeauftrag sind in Art. 360 ff. ZGB geregelt.
Werthaltung	Die Werthaltung prägt die Lebenseinstellung einer Person und macht Aussagen darüber, was sie im Leben wichtig findet und welche Ziele, Erwartungen und Befürchtungen sie hat. Das Reflektieren und Festhalten der eigenen Werte (Werteanamnese) kann auch eine Beschreibung und Bewertung der eigenen gesundheitlichen Situation und des Lebenswillens beinhalten. Sie ist eine Momentaufnahme, die sich im Lauf der Zeit verändern kann und allenfalls angepasst werden muss. Die Beschreibung der persönlichen Werthaltung im Rahmen der GVP ist von grosser Bedeutung. Sie dient im Falle der Urteilsunfähigkeit als Orientierung bei Entscheidungen für oder gegen medizinische Massnahmen.

## 10. Hinweise zur Ausarbeitung dieser Roadmap

### Auftrag

Im Postulatsbericht 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» beauftragte der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Sektion Nationale Gesundheitspolitik, und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), eine nationale Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» einzusetzen, um die Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards zu verbessern. Aufgabe der ständigen Arbeitsgruppe ist es, die Umsetzung der Massnahmen der Gesundheitlichen Vorausplanung auf strategischer und inhaltlicher Ebene im gesamten Prozess zu steuern sowie inhaltliche Schwerpunkte zu setzen.

### Nationale Arbeitsgruppe GVP

Prof. Dr. med. Miodrag Filipovic, SGI, Intensivmedizin (Präsident)  
Franziska Adam, Spitex Schweiz, Ambulante Pflege  
Dr. med. Gabriela Bieri, SFGG, Geriatrie/Stationäre Langzeitpflege  
Piero Catani, Dipl. Sozialarbeiter FH, SAGES  
Prof. Dr. phil. Christine Clavien, Delegierte Netzwerk Romandie, Ethik  
Prof. Dr. med. Monica Escher, palliative.ch  
Nathalie Gerber, MPH, SRK, Beratungs- und Betroffenenorganisation  
lic. iur. Debora Gianinazzi, Bundesamt für Justiz, Recht (bis Ende 2021)  
Renate Gurtner Vontobel, MPH, palliative.ch  
PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, SGAP, Alterspsychiatrie und -psychotherapie  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Zentrale Ethikkommission, SAMW, Ethik/Psychiatrie  
Dr. med. Eva Kaiser, mfe, Hausarztmedizin  
Isabelle Karzig-Roduner, RN, MAE, MScN, ACP-Swiss, Advance Care Planning  
Prof. Dr. med. Dagmar Keller, SGNOR, Notfallmedizin  
Claudia Kubli, ARTISET (Föderation der Branchenverbänden CURAVIVA, INSOS und YOUNVITA),  
Langzeitpflege und Betreuung  
Paola Massarotto, MNS, SGI, Intensivpflege (ab 1.9.2022)  
Prof. Beat Reichlin, Konferenz für Kinder- und Erwachsenenschutz KOKES  
Dr. med. Jana Siroka, FMH, Innere Medizin und Intensivmedizin  
Annina Spirig, Pro Senectute Schweiz, Beratungs- und Betroffenenorganisation  
Michael Wehrli, SGI, Intensivpflege (bis 31.8.2022)  
lic. iur. Judith Wyder, Bundesamt für Justiz, Recht (ab 2022)  
  
lic. rer. soc. Silvia Marti Lavanchy, Gesundheitsdirektorenkonferenz (Gast)  
Stefan Berger, H+ (Gast)  
Simone Bertogg, LangzeitSchweiz (Gast, bis Mai 2022)  
Dominique Elmer, LangzeitSchweiz (Gast, ab Juni 2022)  
  
lic. theol., Dipl.-Biol. Sibylle Ackermann, SAMW (ex officio)  
Dr. sc. med. Many Hendriks, SAMW (ex officio)  
lic. phil. I Flurina Näf, BAG (ex officio)  
Dr. sc. med. Milenko Rakic, BAG (ex officio)  
lic. phil. I Lea von Wartburg, BAG (ex officio)

### Vernehmlassung

Vom 17. Mai bis 15. Juli 2022 erfolgte eine öffentliche Vernehmlassung bei Fachgesellschaften, nationalen Organisationen und interessierten Personen. Die 170 eingegangenen Stellungnahmen sind in der Endfassung berücksichtigt und/oder werden bei den Folgearbeiten einbezogen.

### Genehmigung

Die definitive Fassung dieser Roadmap wurde am 30. Januar 2023 vom Vorstand der SAMW genehmigt und am 1. Februar 2023 von der Geschäftsleitung des BAG.

## Impressum

### Herausgeberschaft

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern  
+41 (0)58 463 30 11  
palliativecare@bag.admin.ch  
[www.bag.admin.ch/gvp](http://www.bag.admin.ch/gvp)

und

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern  
T +41 (0)31 306 92 70  
mail@samw.ch  
[www.samw.ch](http://www.samw.ch) | [www.samw.ch/gvp](http://www.samw.ch/gvp)

### Zitierweise

Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (2023): Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz. Hrsg. Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Bern

### Sprachversionen

Diese Publikation ist als PDF in deutscher, französischer, italienischer und englischer Sprache verfügbar.

Bern, März 2023.