



## Modell für die Umsetzung der gesundheitlichen Vorausplanung (GVP)

---

Version für die öffentliche Vernehmlassung  
Datum: 17.05.2022

### I. Ausgangslage

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) haben im Auftrag des Bundesrates im Frühling 2021 eine Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» eingesetzt. Dies mit dem Ziel, Rahmenbedingungen zu erarbeiten, um die gesundheitliche Vorausplanung (im Folgenden: GVP) im Gesundheitswesen zu stärken und zu verankern.<sup>1</sup> Im Fokus steht die Vorausplanung der Behandlung bei schwerer Krankheit und/oder zunehmender Gebrechlichkeit bzw. aufgrund einer plötzlich eintretenden Situation der Urteilsunfähigkeit (z. B. aufgrund eines Unfalls).<sup>2</sup>

Die GVP muss für alle Personen unabhängig von Alter, Behinderung, Herkunft, sozioökonomischem Status, Diagnose und Gesundheitskompetenz zugänglich sein. Für die Umsetzung der GVP braucht es daher unterschiedliche Zugänge, Instrumente und Wege der Unterstützung (z. B. inter- und transkulturelle Kompetenzen, sozialpädagogische Ansätze der familienzentrierten Unterstützung, Prozessberatung). Wenn immer möglich sollen die nächsten Angehörigen in den GVP-Prozess eingebunden werden, da sie in der Regel mögliche Entscheide mittragen oder fällen müssen.

Die Arbeitsgruppe hat ein Modell für die Ausgestaltung und Umsetzung der GVP in der Schweiz erarbeitet, das folgende Aspekte umfasst:

- Geeignete Formen der GVP für unterschiedliche Lebensorte, -phasen und -situationen
- Prozesse und Instrumente zur Umsetzung der GVP
- Unterstützungsmassnahmen zur Förderung der Auseinandersetzung mit der GVP und deren Umsetzung

Die Arbeitsgruppe legt ihr Modell zur breiten Vernehmlassung bei allen nationalen, kantonalen und regionalen Akteuren und Entscheidungsträgern der GVP sowie interessierten Personen vor. Die Rückmeldungen werden im Hinblick auf einen nationalen Konsens über die zentralen Prozesse und Instrumente der GVP ins Modell eingearbeitet. Für die Vertiefung und Ausgestaltung der einzelnen themenspezifischen Aspekte werden später Subgruppen eingesetzt.

---

<sup>1</sup> Weitere Informationen zum Projekt finden sich im Dokument «Hintergrundinformationen zum Modell GVP».

<sup>2</sup> Es gibt auch andere Formen und Instrumente der Vorausplanung, die sich aber nicht (ausschliesslich) auf die gesundheitlichen Aspekte konzentrierten. So kann durch einen Vorsorgeauftrag «eine handlungsfähige Person eine natürliche oder juristische Person beauftragen, im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit die Personensorge oder die Vermögenssorge zu übernehmen oder sie im Rechtsverkehr zu vertreten» (vgl. Art. 360 ZGB).



## II. Modell der gesundheitlichen Vorausplanung

Das Modell der GVP in der Schweiz hat folgende Grundlagen:

- Die GVP bettet sich in eine breite gemeinde- und bevölkerungsorientierte *Sensibilisierung* ein.
- Die GVP berücksichtigt *unterschiedliche Lebensorte, -phasen und -situationen* sowie die individuellen und soziokulturellen Voraussetzungen und Erfahrungen jeder Person. Sie ist für alle zugänglich und freiwillig.
- Da Bedürfnisse und Wertvorstellungen sich im Lauf des Lebens verändern, ist die GVP ein je nach Lebens- und Gesundheitssituation unterschiedlich intensiver *Prozess, der* durch regelmässige Gespräche zwischen den vorausplanenden Personen, ihren Angehörigen und Fachpersonen begleitet wird.
- Zur Festlegung von medizinischen Entscheidungen ist eine *Beratung empfohlen*.

Jede Person muss für sich immer wieder klären, welche Fragen und Anliegen für die GVP in der aktuellen Situation im Vordergrund stehen. Doch nicht jede Person will vorausplanen – auch diese Realität muss respektiert werden.

Die GVP beginnt idealerweise frühzeitig, denn jede Person kann aufgrund eines Unfalls oder eines medizinischen Eingriffs unerwartet in eine Situation geraten, in der sie nicht ansprechbar bzw. urteilsfähig ist, in der aber Therapieentscheidungen mit zum Teil weitreichenden Konsequenzen gefällt werden müssen. Es hilft den behandelnden Fachpersonen – und insbesondere auch den Angehörigen –, wenn die persönlichen Einstellungen zum Leben, zu schwerer Erkrankung und zum Sterben bereits thematisiert wurden und die Präferenzen schriftlich festgehalten sind.

Eine Person sollte sich jedoch spätestens dann mit der GVP beschäftigen, wenn eine diagnostizierte schwere Krankheit vorliegt, eine Zustandsverschlechterung eintritt oder das nahe Lebensende wahrscheinlich ist. In diesen Fällen ist es sinnvoll, konkret und krankheitsspezifisch voranzuplanen.

Der individuell passende Moment für die Einleitung des GVP-Prozesses ist unterschiedlich, laut Fachpersonen können dies Schlüsselsituationen in der Biographie und/oder auch Schicksalsschläge sein.

Das Modell gliedert sich in drei Teile (vgl. Abbildung 1): Ausgehend von Einstiegssituationen und *Zielsetzungen* (grün) werden *Prozesse der Auseinandersetzung* (blau) mit den eigenen Vorstellungen, Präferenzen, Wünschen, Werthaltungen und Therapiezielen angestossen, die in der Konkretisierung variieren. Das *Ergebnis* (gelb) dieses Prozesses kann unterschiedlich *dokumentiert* werden.

Ein wichtiges Ergebnis des Prozesses ist, dass die vorausplanenden Personen mit ihrem Umfeld, insbesondere mit den nächsten Angehörigen, über ihre Vorstellungen und Präferenzen in Bezug auf die Behandlung im Fall einer Krankheit oder eines Unfalls bis hin zum Lebensende gesprochen haben.

Die einzelnen Bausteine des GVP-Modells werden in den folgenden Abschnitten erläutert. Zusätzlich hat die Arbeitsgruppe GVP elf Empfehlungen formuliert.

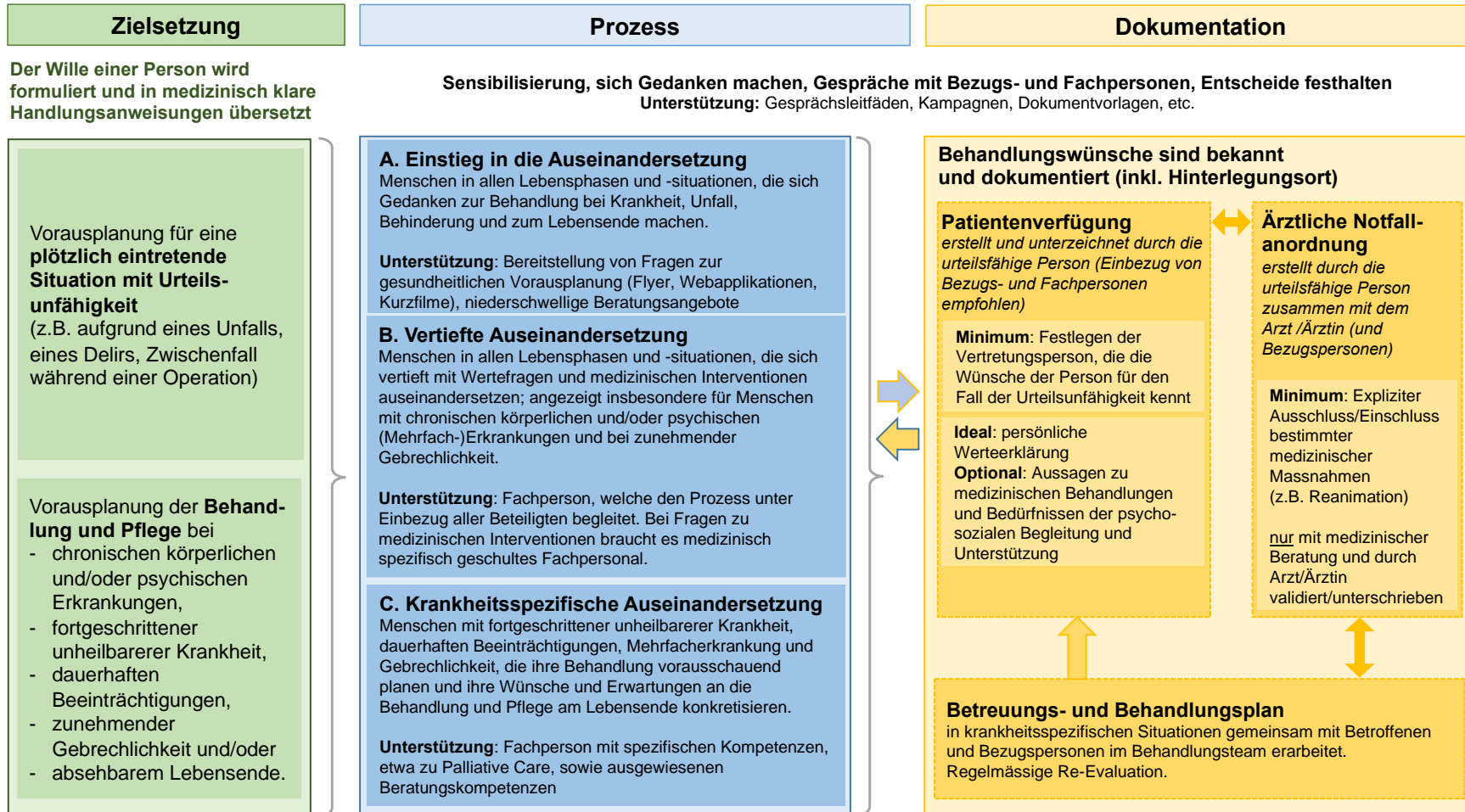


Abbildung 1: Modell für die Umsetzung der gesundheitlichen Vorausplanung



## 1. Einstiegssituationen für die gesundheitliche Vorausplanung

Im Modell werden zwei (Einstiegs-)Situationen für die GVP unterschieden:

- Vorausplanung der Behandlung für eine *plötzlich eintretende Situation* mit Verlust der Urteilsfähigkeit und/oder *vor einem operativen Eingriff*; kann bei allen Personen und in jedem Alter auftreten (z. B. Herz-Kreislauf-Stillstand, Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma, Komplikationen während einer Operation<sup>3</sup>)
- Vorausplanung der Behandlung bei *chronischen* körperlichen und/oder psychischen (Mehrfach-)Erkrankungen und dauerhaften Beeinträchtigungen sowie bei *zunehmender Gebrechlichkeit* oder wenn das *Lebensende* absehbar ist

## 2. Prozess der gesundheitlichen Vorausplanung

Die GVP ist nicht ein einmaliges Ereignis, sondern ein sich wiederholender Prozess. Sie variiert zu verschiedenen Zeitpunkten in der Ausgestaltung und Konkretisierung. Das vorgeschlagene Modell unterscheidet drei Konkretisierungsmodule (A–C), wobei die Übergänge fließend sind und die einzelnen Module nicht zwingend aufeinander folgen müssen.

### 2.1. Modularer Aufbau

#### Modul A. Einstieg in die Auseinandersetzung

Der Einstieg in die GVP erfolgt über die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen, Werthaltungen und Erwartungen im Hinblick auf eine Behandlung und Betreuung in einer plötzlich eintretenden Situation der Urteilsunfähigkeit. Sind in einer solchen Situation konkrete Präferenzen bekannt, können sich Fachpersonen bei der Behandlung daran orientieren.

Es empfiehlt sich, von Anfang an zu überlegen, wer einen vertreten soll, wenn man selbst nicht mehr entscheiden kann, und eine oder mehrere vertretungsberechtigte Personen zu benennen und zu informieren. Werden diese in die Auseinandersetzung miteinbezogen, können sie in der Situation der Urteilsunfähigkeit leichter Entscheide im Sinne der erkrankten Person gemäss ihrem mutmasslichen Willen treffen.

#### Empfehlung 1: Benennung und Information der Vertretungsperson

Es wird empfohlen, mindestens eine Vertretungsperson zu benennen. Diese muss bei fehlender oder unzureichender schriftlicher Vorausplanung im Fall der Urteilsunfähigkeit Entscheidungen im Sinne der erkrankten Person treffen und deshalb über ihre Rolle und Aufgabe informiert sein.

#### Modul B. Die vertiefte Auseinandersetzung

Der Prozess der vertieften Auseinandersetzung beginnt, sobald ein Bedarf oder Bedürfnis danach besteht bzw. wenn es aufgrund der Lebensphase oder -situation sinnvoll ist, sich mit den Behandlungserwartungen und -grenzen konkret auseinanderzusetzen. Dies bietet sich insbesondere dann an, wenn eine chronisch körperliche und/oder psychische (Mehrfach-)Erkrankung auftritt bzw. besteht und/oder bei zunehmender Gebrechlichkeit.

In diesem Modul beraten speziell dafür geschulte Fachpersonen über medizinische Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten und ihre Grenzen sowie über die Palliative Care. Sie unterstützen dabei,

<sup>3</sup> Vor planbaren Interventionen wird im Rahmen der Informationspflicht über Risiken und Komplikationen informiert. Fachpersonen müssen den (mutmasslichen) Willen einer Person kennen, falls bei einem Eingriff Komplikationen auftreten.



die eigenen Behandlungsvorstellungen und Bedürfnisse in einer Werteerklärung zu formulieren, sie als konkrete, realistische und realisierbare Therapieziele festzuhalten und den Willen zu lebensverlängernden oder leidenslindernden Massnahmen in Worte zu fassen und aufzuschreiben.

Nach Möglichkeit wird empfohlen, die vertretungsberechtigte(n) Person(en) resp. Angehörige in diesen Prozess zu involvieren. Wurden Gespräche und Diskussionen über den eigenen «Lebensplan» mit der vertretungsberechtigten Person geführt, kann diese in der Situation der Urteilsunfähigkeit leichter Entscheide im Sinne des mutmasslichen Willens treffen.

### **Empfehlung 2: Werteerklärung mit geschulten Fachpersonen**

Für eine vertiefte Werteerklärung, auf deren Basis medizinische Behandlungsentscheidungen im Fall einer Urteilsunfähigkeit getroffen werden, ist eine Beratung zu empfehlen.

## **Modul C. Die krankheitsspezifische Auseinandersetzung**

Bei Personen mit fortschreitender und/oder unheilbarer Krankheit sowie Personen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung bezieht sich die Auseinandersetzung und Planung auf die Behandlung und Betreuung für konkrete Situationen in der Zukunft, wenn die eigene Urteilsfähigkeit erhalten ist, umfasst insbesondere aber auch die Vorausplanung für Situationen, in denen die Urteilsfähigkeit nicht mehr oder vorübergehend nicht gegeben ist. Da es unterschiedliche Situationen der Urteilsunfähigkeit gibt, sollte unterschieden werden, für welche Situation der Urteilsunfähigkeit etwas festgelegt wird und weshalb. Erst durch ausformulierte Begründungen werden Festlegungen für die Gesundheitsfachpersonen nachvollziehbar und können in einer konkreten Situation im Sinne der vorausplanenden Person umgesetzt werden.

Gemeinsam mit den behandelnden Fachpersonen, den Angehörigen und allfälligen weiteren Bezugspersonen werden die krankheitsspezifischen Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen sowie zu erwartende Komplikationen, die zu Krisen und Urteilsunfähigkeit führen können, erläutert. Dann werden entsprechende medizinische Therapien und pflegerische Massnahmen geplant und durch den Arzt oder die Ärztin verordnet.

### **Empfehlung 3: Betreuungs- und Behandlungsplanung für komplexe Situationen**

Bei Personen mit *chronischen* körperlichen und/oder psychischen (Mehrfach-)Erkrankungen und dauerhaften Beeinträchtigungen sowie bei *zunehmender Gebrechlichkeit* oder wenn das *Lebensende* absehbar ist, wird eine detaillierte Planung empfohlen, die medizinische und pflegerische, wie auch psychosoziale und spirituelle Aspekte umfasst.

## **2.2. Wissen und Kompetenzen der Fachpersonen**

Im Modell werden an verschiedenen Stellen Beratungskompetenzen genannt, die für die Unterstützung der GVP notwendig sind. Die Literatur und Fachpersonen auf dem Gebiet der GVP weisen einstimmig darauf hin, dass aussagekräftige und nachvollziehbare Festlegungen der GVP ohne Unterstützung durch eine dafür qualifizierte Beratungsperson kaum möglich sind. Welche Kompetenzen der Fachpersonen für welche Module im Einzelnen notwendig sind, soll im Verlauf der geplanten weiteren themenspezifischen Arbeiten formuliert werden.

### **Empfehlung 4: Kommunikative und methodische Kompetenzen**

Die kommunikativen und methodischen Kompetenzen sowie das fachspezifische Wissen in GVP und Palliative Care sind bei allen Gesundheitsfachpersonen zu stärken. Für die Beratung zu GVP sind verschiedene Aus- und Weiterbildungen erforderlich.



### 3. Implementierung der gesundheitlichen Vorausplanung

#### 3.1. Sensibilisierung und Leitfragen für den Einstieg

Eine breite gemeinde- und bevölkerungsnah Sensibilisierung für die GVP erfordert Informationskampagnen. Diese sind zielgruppenspezifisch ausgerichtet und nehmen Bezug auf unterschiedliche Lebensorte, -phasen und -situationen sowie auf die individuellen und soziokulturellen Voraussetzungen und Erfahrungen mit Blick auf die GVP.

##### **Empfehlung 5: Adressatenspezifische Sensibilisierung und Information**

Zielgruppenspezifische Sensibilisierungsaktivitäten und Informationskampagnen regen an, sich mit der GVP zu befassen. Die Wissensvermittlung sollte in unterschiedlichen Formen erfolgen, z. B. durch Flyer, Broschüren, Kurzfilme, und für alle Bevölkerungsschichten zugänglich und verständlich sein. Informationsveranstaltungen und kompetente Beratungen runden das Massnahmenpaket ab.

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen zu Behandlung und Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil der GVP. Leitfragen können diese Auseinandersetzung und den Austausch über die GVP mit Angehörigen und Fachpersonen nicht nur anregen und fördern, sondern sie unterstützen auch dabei, sich auf den GVP-Prozess einzulassen. Sie betreffen persönliche Einstellungen zum Leben und zum Lebenswillen, zur Bereitschaft für lebensverlängernde Therapien sowie zu Grenzen der medizinischen Behandlung.

##### **Empfehlung 6: Leitfragen für die Auseinandersetzung**

Mögliche Fragen für die Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und Präferenzen:

- «Welche Erfahrungen mit Krankheit oder Sterben haben mich geprägt?»
- «Was macht mein Leben lebenswert?»
- «Wenn ich sehr krank wäre, was wäre für mich zentral wichtig?»
- «Was ist für mich das Wichtigste im Leben?»

#### 3.2. Dokumentation

Die Dokumentation der GVP ist zentral, damit behandelnde Fachpersonen und Angehörige eine konkrete Situation besser und schneller verstehen und entsprechend dem Willen der vorausplanenden Person und den aktuellen Möglichkeiten handeln. Es gibt verschiedene Dokumentationsinstrumente für die GVP.

##### **Empfehlung 7: Regelmässige Aktualisierung der Dokumentation**

Die Ergebnisse der eigenen GVP sollten schriftlich festgehalten und in regelmässigen Abständen überprüft und aktualisiert werden – insbesondere, wenn sich die Lebens- oder Gesundheitssituation erheblich verändert.

##### **a. Patientenverfügung**

Eine Patientenverfügung ermöglicht Selbstbestimmung bei Krankheit, nach einem Unfall oder nach einem medizinischen Eingriff – und zwar dann, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, ihren Willen zu äussern. In der Patientenverfügung kann eine urteilsfähige Person festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Sie kann zudem eine vertretungsberechtigte Person bezeichnen, die im Fall einer Urteilsunfähigkeit mit der



behandelnden Fachperson die medizinischen Massnahmen bespricht und die notwendigen Entscheidungen nach dem mutmasslichen Willen und den objektiven Interessen der urteilunfähigen Person trifft. Die Patientenverfügung muss schriftlich verfasst, datiert und unterzeichnet werden. 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 (noch) dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht (Art. 370 ff. ZGB). Rechtlich bedarf die Patientenverfügung keiner spezifischen inhaltlichen Struktur.

#### **Empfehlung 8: Minimalstandards für Patientenverfügungen**

Es sollen schweizweit einheitliche Minimalstandards für Patientenverfügungen in Bezug auf Inhalt und Qualität erarbeitet werden.

#### **b. Betreuungs- und Behandlungsplan**

Der Betreuungs- und Behandlungsplan ist ein Arbeitsinstrument für den regelmässigen Informationsaustausch in der Betreuung und Pflege von Personen in komplexen Situationen. Er wird gemeinsam mit der erkrankten Person, Angehörigen bzw. Bezugspersonen und dem interprofessionellen Behandlungsteam erstellt. Die erkrankte Person legt selbst fest, welche Fachpersonen zu welchen Informationen Zugang haben.

Der Plan beinhaltet Informationen zu medizinischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Aspekten sowie therapiezielspezifische Handlungsanweisungen für eine mögliche Notfallsituation. Auch Pflegeberichte und ein Medikamentenplan können dort abgelegt werden. Für die Situation der Urteilsunfähigkeit gibt der Plan Hinweise auf das Vorliegen einer Patientenverfügung und Informationen über die wichtigsten Kontaktpersonen im familiären und professionellen Bereich. Die für die jeweils bezeichneten Personen zugänglichen Betreuungs- und Behandlungspläne sind wichtige Instrumente, um die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer über Institutionsgrenzen hinweg zu erleichtern.

#### **Empfehlung 9: Institutionsübergreifend zugängliche Betreuungs- und Behandlungspläne**

Es braucht (technische) Lösungen, damit die Betreuungs- und Behandlungspläne bei Personen mit *chronischen* körperlichen und/oder psychischen (Mehrfach-)Erkrankungen und dauerhaften Beeinträchtigungen sowie bei *zunehmender Gebrechlichkeit* oder wenn das *Lebensende* absehbar ist, über die Institutionsgrenzen hinweg zugänglich sind und angewendet werden können.

#### **c. Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)**

In der ÄNO werden diejenigen medizinischen Fragen vorab geklärt und in einem Formular festgehalten, die gegebenenfalls notfallmässig entschieden werden müssen (Reanimation, Hospitalisation ja/nein, Verlegung auf Intensivstation mit oder ohne Intubation etc.). Die ÄNO richtet sich explizit an die Fachpersonen, die in einer akuten Situation schnell entscheiden müssen, z. B. Rettungsdienste oder Fachpersonen in der Notaufnahme.

Die ÄNO wird zwingend von einer ärztlichen Fachperson erstellt und mit der betroffenen Person und vorzugsweise auch mit den Angehörigen und weiteren Bezugspersonen (z.B. im Pflegeheim mit dem Pflegepersonal) genau besprochen. Dies stellt sicher, dass der explizite Ausschluss oder Einschluss bestimmter medizinischer Massnahmen oder Interventionen von allen Beteiligten verstanden und befolgt wird. Eine von der betroffenen Person unterschriebene und datierte ÄNO hat den gleichen rechtsbindenden Charakter wie eine Patientenverfügung, unabhängig davon, ob sie ein separates Dokument oder in eine Patientenverfügung integriert ist. Um Missverständnisse zu vermeiden,



müssen die Inhalte der ÄNO mit der Patientenverfügung übereinstimmen.

#### **Empfehlung 10: Einheitliches Formular der ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO)**

Es soll ein einheitliches Formular der ÄNO erstellt werden, um die Behandlungswünsche bzw. Therapieziele für akute Notfallsituationen festzuhalten. Dieses Formular der ÄNO wird als Standard in der gesamten Schweiz eingeführt und angewendet.

#### **d. Elektronische Patientendossier (EPD)**

Das EPD ist eine Sammlung persönlicher Dokumente mit behandlungsrelevanten Informationen rund um die Gesundheit einer Person, insbesondere enthält es Kopien der elektronisch aufgezeichneten Krankengeschichte. Personen, die ein EPD eröffnen, entscheiden selbst, welche Informationen sie mit Gesundheitsfachpersonen teilen wollen. Die Einhaltung von Datenschutz und Datensicherheit wird durch ein Zertifizierungsverfahren sowie regelmässige Kontrollen sichergestellt. Die Inhalte können ausschliesslich von der Inhaberin oder dem Inhaber des EPD und von berechtigten Fachpersonen eingesehen werden.

Sichere Prozesse der Speicherung und Übermittlung sowie ein schneller Zugang zu den Ergebnisdokumenten der GVP sind anzustreben.

#### **Empfehlung 11: Integration in das elektronische Patientendossier**

Es wird empfohlen, die GVP-Dokumentation ins elektronische Patientendossier zu integrieren, sobald dies breit und sicher angewendet werden kann.

### **III. Nächste Schritte und Ausblick**

Notwendig sind neue Ideen und Massnahmen, um möglichst viele Personen für die GVP zu sensibilisieren und um die Dokumentationen – Patientenverfügungen, 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 dazu erforderlichen Arbeiten werden in den Subgruppen des Projekts aufgenommen.

#### **Gesundheitliche Vorausplanung stärken: Der Auftrag des Bundesrates**

Grundlage für diese Arbeiten ist der Bericht zum Postulat 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende», den der Bundesrat am 18. September 2020 verabschiedet hat.

Darin beauftragt der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), gemeinsam mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eine ständige Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» einzusetzen. Diese Arbeitsgruppe hat zum Ziel, das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung zu konkretisieren und Massnahmen umzusetzen (z. B. Erarbeitung von einheitlichen Qualitätsstandards für Patientenverfügungen, Verbesserung der Zugänglichkeit der Dokumentation oder Sensibilisierungsmassnahmen bei Fachpersonen und bei der Bevölkerung).