



Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen

Wegleitung zur Umsetzung

Ein gemeinsames Projekt von:



Gesundheitliche Vorausplanung
Projet de soins anticipé
Planificazione sanitaria anticipata

 **SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch | www.samw.ch

und

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern
palliativecare@bag.admin.ch | www.bag.admin.ch

Gestaltung

KARGO Kommunikation, Bern
Bild Umschlag: iStock

Druck

Gremper AG, Basel
1. Auflage 2025



Zitiervorschlag: Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (2025):
Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen – Wegleitung
zur Umsetzung. Hrsg. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SAMW und Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.

DOI: [10.5281/zenodo.16778498](https://doi.org/10.5281/zenodo.16778498)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
I. Die Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) in Alters- und Pflegeheimen¹	5
II. Umsetzung der GVP	9
III. Glossar	15
IV. Hinweise zur Ausarbeitung	18
V. Anhänge	
Gesprächsleitfaden GVP-Pflegedialog	20
Gesprächsleitfaden GVP-Beratungsgespräch: Die persönliche Werthaltung	23
Gesprächsleitfaden GVP-Beratungsgespräch: Die mutmassliche Werthaltung	25

¹ Im vorliegenden Text wird der Begriff «Alters- und Pflegeheime (APH)» für Institutionen der stationären Langzeitpflege verwendet. Die Broschüre richtet sich primär an Institutionen der Alterspflege, die gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG Art. 35 Abs. 1 Bst. k) über die Krankenversicherung abrechnen. Einzelne Inhalte lassen sich auf andere Settings wie betreutes Wohnen, Tageszentren, Institutionen für (jüngere) betreuungsbedürftige Menschen mit Behinderungen, Spitex etc. übertragen unter Anpassung an die Prozesse und Bedingungen der jeweiligen Institution.

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

Diese Broschüre unterstützt Sie als Fachperson dabei, die Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) in Alters- und Pflegeheimen (APH) umzusetzen und dadurch die Selbstbestimmung und Lebensqualität der Bewohnenden von APH bestmöglich zu fördern. Gesundheitlich vorausplanen stärkt die Selbstbestimmung in medizinischen Fragen – unabhängig von Alter und Gesundheitssituation. Auch im Heim soll jede Person die Möglichkeit haben, selbst zu bestimmen, wie sie behandelt und betreut werden möchte. GVP ermöglicht, die persönlichen Werte, Wünsche und Präferenzen für zukünftige medizinische Entscheidungen festzuhalten und den behandelnden Fachpersonen zugänglich zu machen. Das bekannteste Instrument dafür ist die Patientenverfügung. Eine solche zu erstellen, ist für alle Personen empfohlen. Sie setzt jedoch Urteilsfähigkeit voraus. Sind Bewohnende nicht urteilsfähig, nimmt die vertretungsberechtigte Person für medizinische Massnahmen eine zentrale Rolle ein. Sie richtet sich dabei nach der Patientenverfügung. Ist keine Patientenverfügung vorhanden, stehen andere Instrumente der GVP zur Verfügung.

Diese Broschüre entstand im Auftrag der nationalen Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (AG GVP) unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Sie richtet sich an alle Berufsgruppen in Institutionen der stationären Langzeitpflege, insbesondere an Pflegefachpersonen, an die Ärzteschaft und an Fachpersonen, die GVP-Beratungen anbieten. Um GVP erfolgreich in den Arbeitsalltag zu integrieren, ist entscheidend, dass die Heim- bzw. Pflegeleitung den Prozess aktiv unterstützt und die notwendigen Rahmenbedingungen schafft. Dazu gehört die Bereitstellung von personellen und zeitlichen Ressourcen. Wir empfehlen eine Sensibilisierung zur GVP für alle im Heim tätigen Gesundheitsfachpersonen. Für die Weiter- und Fortbildung in GVP stehen nationale und regionale Angebote zur Verfügung, die auf die Bedürfnisse der Langzeitpflege zugeschnitten sind, vgl. samw.ch/gvp/aph.

Wir wünschen Ihnen gutes Gelingen bei der Umsetzung der GVP und hoffen, diese Broschüre trägt zur bestmöglichen Betreuung und Begleitung der Bewohnenden in Ihrem Heim bei. Ihre Rückmeldungen interessieren uns!

Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung in Alters- und Pflegeheimen»

I. Die Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) in Alters- und Pflegeheimen

In der GVP werden eigene Werte und Vorstellungen zur Behandlung und Betreuung bei Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit oder am Lebensende reflektiert und für Drittpersonen festgehalten. Diese Broschüre konkretisiert die GVP für die Langzeitpflege (vgl. auch Grafik 1).²

Wer/Wann

Allen Bewohnenden von APH wird innerhalb der ersten 6 Wochen nach ihrem Eintritt und in Triggermomenten³ bzw. mindestens einmal jährlich eine Beratung zur GVP angeboten. Sind Bewohnende nicht urteilsfähig, **ist die vertretungsberechtigte Person für medizinische Massnahmen** (im Folgenden: vertretungsberechtigte Person) in die GVP einzubeziehen. Nach Möglichkeit werden urteilsunfähige Bewohnende so unterstützt, dass sie sich an der GVP beteiligen können.⁴ GVP ist freiwillig. Sollte die Person trotz Aufklärung nicht an einem Gespräch zur GVP interessiert sein, wird sie bei jedem Therapieentscheid ad hoc nach ihrem Behandlungswunsch gefragt. Bei Urteilsunfähigkeit wird gemäss dem mutmasslichen Willen gehandelt⁵, d. h. wie die Person selbst am ehesten entschieden hätte. Kann der mutmassliche Wille nicht eruiert werden, ist nach dem objektiven Interesse der Betroffenen zu handeln.⁶

² Vgl. zur GVP in anderen Bereichen (z. B. allgemeine, vertiefte oder krankheitsspezifische GVP): Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung: Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz. 2023. Hrsg. BAG und SAMW, Bern, vgl. samw.ch/gvp.

³ Triggermomente: Rückkehr nach einem Spitalaufenthalt; Veränderung des Gesundheitszustands; neue Diagnose oder Erkrankung mit Einschränkung der Lebenserwartung; auf Wunsch der/des Bewohnenden bzw. der vertretungsberechtigten Person.

⁴ Sogenanntes Partizipationsrecht, vgl. Art. 377 Abs. 3 ZGB. Vgl. auch die Ausführungen in: «Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis» Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2019).

⁵ Vgl. Art. 377 ZGB in Verbindung mit Art. 378 ZGB bzw. Art. 379 ZGB.

⁶ Vgl. Art. 378 Abs. 3 ZGB. Es wird empfohlen, dies im interprofessionellen Team gemeinsam mit der vertretungsberechtigten Person zu klären.

Was

Die Bewohnenden werden dabei unterstützt, ihre persönlichen Werte und Präferenzen für die Behandlung und Pflege im APH in einem Gespräch zu erläutern. Im Hinblick auf Krisen mit Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Notfallsituationen werden die Wünsche und Erwartungen konkretisiert und Behandlungsziel und -intensität formuliert. Es werden 3 Behandlungsintensitäten unterschieden: Behandlung im Spital, Lebenserhaltende Behandlung im Heim, Symptomlindernde Behandlung im Heim (vgl. Glossar, S. 15). Bei fehlender Urteilsfähigkeit erfolgt die Abklärung mit der vertretungsberechtigten Person.

Wie

GVP in der Langzeitpflege erfolgt entweder im Rahmen eines **GVP-Beratungsgesprächs** oder eines **GVP-Pflegedialogs** (vgl. Glossar, S. 15). Das GVP-Beratungsgespräch wird empfohlen und sollte bevorzugt werden. Da die Durchführung eines GVP-Beratungsgesprächs gelernt und geübt werden muss, ist damit eine interne oder externe Fachperson, die eine Weiterbildung in GVP absolviert hat, oder eine Heim- oder Hausarztperson betraut (im Folgenden: GVP-Beratungsperson).⁷ Steht (noch) keine GVP-Beratungsperson zur Verfügung, bestimmt die Heim- bzw. Pflegeleitung für die Durchführung eines GVP-Pflegedialogs eine interne Pflegefachperson mit Beratungskompetenz und Basiswissen in GVP.

⁷ GVP-Beratungspersonen können Pflegefachpersonen (HF, FH oder FaGe mit Berufsprüfung, d. h. Tertiärstufe inkl. Stufe 3b Berufsprüfung) oder andere Fachpersonen sein, die eine Weiterbildung in GVP absolviert haben. Für Arztpersonen wird ebenfalls eine Fortbildung in GVP empfohlen. Es bestehen nationale und regionale, auf die Langzeitpflege zugeschnittene Fort- und Weiterbildungsangebote, vgl. samw.ch/gvp/aph.

Ergebnis/Dokumentation

Für alle Bewohnenden wird mindestens der vollständige Name der vertretungsberechtigten Person festgelegt und dokumentiert. Als Ergebnis des GVP-Beratungsgesprächs bzw. GVP-Pflegedialogs werden Behandlungsziele und -intensität festgelegt. Liegt eine Patientenverfügung⁸ und/oder ein Behandlungsplan vor, werden diese Dokumente gegebenenfalls aktualisiert. Patientenverfügungen enthalten Behandlungsanweisungen, die für die behandelnden Arztpersonen grundsätzlich verbindlich sind. Ihre Erstellung und regelmässige Aktualisierung ist ausdrücklich empfohlen, Beratungsgespräche unterstützen dabei. Bereits urteilsunfähige Personen können keine Patientenverfügung verfassen oder aktualisieren, doch für sie kann gemeinsam mit der vertretungsberechtigten Person ein GVP-Dokument mit Behandlungsziel und -intensität erstellt werden. Eine vorhandene Patientenverfügung ist dabei zu berücksichtigen.

In dieser Broschüre wird empfohlen, zur Dokumentation von Behandlungsziel und -intensität in jedem Fall ein standardisiertes Formular⁹ (im Folgenden: «Formular Behandlungsintensität») zu verwenden, auch bei vorliegender Patientenverfügung und/oder Behandlungsplan. Dieses Formular stellt sicher, dass das Gewünschte auf einen Blick erkennbar ist, damit es auch als Kommunikationsmittel an den Schnittstellen zwischen Heim, Rettungsdienst und Spital eingesetzt werden kann. Das Vorhandensein einer GVP-Dokumentation zur Behandlungsintensität wird voraussichtlich schweizweit als medizinischer Qualitätsindikator für APH eingeführt.¹⁰

⁸ Vgl. zu den rechtlichen Vorgaben Art. 370-371 ZGB.

⁹ Das empfohlene Formular ist unter samw.ch/gvp/aph abrufbar.

¹⁰ Vgl. www.bag.admin.ch/de/pflegeheime-medizinische-qualitaetsindikatoren.

Grafik 1: Die pflegeheimspezifische Gesundheitliche Vorausplanung

Gesundheitliche Vorausplanung (GVP)

Oberbegriff für Reflexionen, Gespräche und Entscheidungen über persönliche Werte, Wünsche und den Willen hinsichtlich Behandlung und Betreuung bei Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit oder am Lebensende, insbesondere für den Fall der Urteilsunfähigkeit. Der persönliche bzw. mutmassliche Wille soll für Drittpersonen schriftlich festgehalten und dokumentiert werden.

Die Umsetzung von GVP kann in verschiedenen Lebensphasen und -situationen erfolgen. Im Folgenden wird die GVP für die Langzeitpflege konkretisiert:

allgemein	vertieft	krankheitsspezifisch	Pflegeheimspezifisch
			Wer/Wann Alle Bewohnenden bei Eintritt ins APH oder nach Triggermomenten (z. B. nach Spitalaufenthalt). Bei fehlender Urteilsfähigkeit ist die vertretungsberechtigte Person einzubeziehen.
			Was – Reflektieren und Festhalten der persönlichen oder mutmasslichen Werte und Präferenzen im Hinblick auf die Behandlung und Pflege bei einer Zustandsverschlechterung oder in Notfallsituation. – Festhalten des (mutmasslich) gewünschten Behandlungsziels und -intensität in Bezug auf Reanimation, Intensivbehandlung, Spital-einweisung und lebenserhaltende Massnahmen oder Palliation.
			Wie – GVP-Beratungsgespräch durch interne oder externe Fachperson mit Weiterbildung in GVP oder durch Heim- oder Hausarztperson. – Falls nicht möglich: GVP-Pflegedialog durch Pflegefachperson mit Beratungskompetenz und Basiswissen in GVP.
			Ergebnis/Dokumentation – Festlegung der vertretungsberechtigten Person. – Ggf. Patientenverfügung und/oder Behandlungsplan erstellen/aktualisieren. – Festlegung Behandlungsziel und -intensität.*

*Das empfohlene Formular ist unter samw.ch/gvp/aph abrufbar.

II. Umsetzung der GVP

Die GVP ist ein schrittweiser Prozess. Im APH wird den Bewohnenden – je nach zur Verfügung stehender Fachpersonen – Folgendes angeboten:

A ein GVP-Pflegedialog oder

B ein GVP-Beratungsgespräch durch eine geschulte Fachperson.¹¹

Die Grafik 2 fasst den Ablauf zusammen. Die wichtigsten Unterschiede zwischen A) und B) sind:

A Im GVP-Pflegedialog wird die aktuelle Lebenssituation besprochen und ein Vorschlag für Behandlungsziel und -intensität skizziert. Der Vorschlag muss anschliessend in einem Arztgespräch mit der/dem Bewohnenden bzw. der vertretungsberechtigten Person besprochen werden. Das Gewünschte wird schriftlich festgehalten (empfohlen: im «Formular Behandlungsintensität») und von den Anwesenden unterschrieben.

B Im GVP-Beratungsgespräch wird die aktuelle Lebenssituation besprochen und zusätzlich die persönliche bzw. mutmassliche Werthaltung vertieft anhand eines Gesprächsleitfadens reflektiert (vgl. Anhänge Seiten 23 und 25). Darauf basierend notiert die Beratungsperson Behandlungsziel und -intensität (empfohlen: im «Formular Behandlungsintensität»). Das Notierte wird besprochen und von den Anwesenden unterschrieben. Das Dokument wird einer Arztperson zur Validierung und ärztlichen Unterschrift vorgelegt.

Der detaillierte Ablauf ist in der Tabelle wiedergegeben (Seite 10). Sie zeigt die Schritte der GVP für **urteilsfähige Bewohnende** im Heim auf. Die Gespräche sind, soweit von Bewohnenden gewünscht und möglich, im Beisein der vertretungsberechtigten Person zu führen. Bei fehlender Urteilsfähigkeit in Bezug auf die GVP erfolgen alle Schritte mit der vertretungsberechtigten Person, wobei Bewohnende nach Möglichkeit einzubeziehen sind.

¹¹ Vgl. Fussnote 7.

Grafik 2: Schritte der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in Alters- und Pflegeheimen

1. Eintrittsgespräch mit Bewohnenden und evtl. Angehörigen – Urteilsfähigkeit der Bewohnenden in Bezug auf die GVP? – Vorhandensein von GVP-Dokumenten zu Willensäusserungen/Werthaltung? – Vertretungsberechtigte Person festgelegt?	
2. Beratungsprozess mit Bewohnenden bzw. vertretungsberechtigten Person	
A GVP-Pflegedialog – Zur Patientenverfügung – Zur aktuellen Lebenssituation – Zur (mutmasslich) gewünschten Behandlungsintensität Es wird ein Gesprächsprotokoll erstellt.	B GVP-Beratungsgespräch – Zur Patientenverfügung – Zur aktuellen Lebenssituation – Zur persönlichen bzw. mutmasslichen Werthaltung – Zur (mutmasslich) gewünschten Behandlungsintensität Es wird ein Gesprächsprotokoll erstellt.
3. Entscheidungsfindung mit Bewohnenden bzw. vertretungsberechtigten Person	
A Vorschlag Pflegfachperson bespricht das Protokoll und skizziert einen Vorschlag für die Behandlungsintensität. Ggf. wird die Patientenverfügung aktualisiert. Der Vorschlag wird – ohne Unterschriften – der Arztperson vorgelegt. Festlegung durch Arztperson Heim- oder Hausarztperson bespricht den Vorschlag und legt die Behandlungsintensität* fest. Gemeinsame Unterzeichnung der Festlegung. Bei Bedarf wird ein medikamentöser Notfallplan erstellt.	B Festlegung GVP-Beratungsperson bespricht das Protokoll und legt die Behandlungsintensität* fest. Ggf. wird die Patientenverfügung aktualisiert. Gemeinsame Unterzeichnung der Festlegung, welche der Arztperson vorgelegt wird. Validierung durch Arztperson Heim- oder Hausarztperson erhält die Festlegung zur Behandlungsintensität* zur Validierung und ärztlichen Unterschrift. Bei Bedarf wird ein medikamentöser Notfallplan erstellt.
4. Informationsvermittlung – Information an das Pflege- und Betreuungsteam sowie zur Kenntnisnahme an die vertretungsberechtigte Person. – Bei Bedarf ist ein Angehörigengespräch anzubieten, um die Festlegungen breiter zu kommunizieren.	
5. Anwendung Sofern der aktuelle bzw. mutmassliche Behandlungswille in der (Notfall-)Situation nicht besprochen werden kann, wird die festgelegte Behandlungsintensität herangezogen. Bei Spitaleinweisung wird das GVP-Formular der behandelnden Arztperson und/oder dem Personal der Rettungssanität übermittelt.	
6. Re-Evaluation In folgenden Triggernmomenten: – auf Wunsch des Bewohners bzw. der vertretungsberechtigten Person; – bei Rückkehr nach einem Spitalaufenthalt; – bei Veränderung des Gesundheitszustands; – bei neuen Diagnosen/Erkrankungen; – mindestens jährlich.	

*Das empfohlene Formular ist unter samw.ch/gvp/aph abrufbar.

Schritt 1: Eintrittsgespräch ins Heim

unmittelbar nach Eintritt ins APH

Durchführung: Pflegefachperson

Urteilsfähigkeit der Bewohnenden

In Bezug auf die GVP ist wichtig zu wissen, ob der/die Bewohnende urteilsfähig ist. Bei begründeten Zweifeln an der Urteilsfähigkeit muss eine Beurteilung durch eine Arztperson erfolgen.¹²

Vorhandensein von GVP-Dokumenten zu Willensäusserungen und/oder Werthaltung

Das Vorhandensein einer Patientenverfügung (PV) oder eines Vorsorgeauftrags (im Hinblick auf die Vertretungsberechtigung bei medizinischen Massnahmen) muss erfragt werden.¹³ Bei Vorhandensein einer PV wird diese anhand folgender Kriterien zusammen besprochen:

- Steht die PV noch im Einklang mit dem aktuellen Willen?
- Passt die PV zur aktuellen Lebenssituation? Klärt sie Fragen der Behandlungsintensität (z. B. Reanimation, Spitaleinweisung, lebenserhaltende Massnahmen)?
- Ist die PV verständlich und ohne Widersprüche geschrieben?¹⁴

Bei Änderungsbedarf der PV wird das Vorgehen zusammen besprochen und ein GVP-Pflegedialog oder GVP-Beratungsgespräch angeboten.

Vorhandensein einer vertretungsberechtigten Person

Die vertretungsberechtigte Person wird erfragt bzw. festgelegt in Hinblick auf eine all-fällige Urteilsunfähigkeit oder bei bereits bestehender Urteilsunfähigkeit.¹⁵ Bei Vorliegen einer PV oder eines Vorsorgeauftrags wird der Name der vertretungsberechtigten Person überprüft bzw. ergänzt. Bei unklarer Vertretungsberechtigung ist die Pflegeleitung zu involvieren.

¹² Vgl. «Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2019).

¹³ Vgl. «Patientenverfügungen». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2013).

¹⁴ Bsp. für einen Widerspruch: Eine Reanimation wird gewünscht, aber keine Spitaleinweisung, Intensivbehandlung oder Beatmung.

¹⁵ Das Zivilgesetzbuch (ZGB) gibt an, wer berechtigt ist, die urteilsunfähige Person zu vertreten, vgl. Art. 378 ZGB und Art. 386 Abs. 2 ZGB. Wenn es keine Angehörigen gemäss der gesetzlichen Vorgaben gibt, muss die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde bei (teilweiser) Urteilsunfähigkeit oder auf Wunsch der betroffenen Person kontaktiert werden.

Schritt 2: Beratungsprozess

innerhalb der ersten 6 Wochen nach Eintritt ins APH

A GVP-Pflegedialog	B GVP-Beratungsgespräch
Durchführung: Pflegefachperson¹⁶ GVP-Pflegedialog anbieten und ggf. durchführen – Patientenverfügung (falls vorhanden): noch aktuell? Anpassen? – Aktuelle Lebenssituation und -qualität? – Gewünschte Behandlungsintensität? Das Gespräch wird protokolliert. Unterstützende Dokumente – Anhang: Gesprächsleitfaden GVP-Pflegedialog – SAMW-Richtlinien zu Patientenverfügungen¹⁸	Durchführung: GVP-Beratungsperson oder Arztperson¹⁷ GVP-Beratungsgespräch anbieten und ggf. durchführen – Patientenverfügung (falls vorhanden): noch aktuell? Anpassen? – Aktuelle Lebenssituation und -qualität? – Vertiefte Reflexion: Werthaltung der Bewohnenden? – Gewünschte Behandlungsintensität? Das Gespräch wird protokolliert. Unterstützende Dokumente – Anhang: Gesprächsleitfaden GVP-Beratungsgespräch: Die persönliche Werthaltung – Anhang: Gesprächsleitfaden GVP-Beratungsgespräch: Die mutmassliche Werthaltung – SAMW-Richtlinien zu Patientenverfügungen¹⁸

¹⁶ Wenn keine GVP-Beratungsperson oder Arztperson zur Verfügung steht, wird das Pflegegespräch durch eine interne Pflegefachperson mit Beratungskompetenz und Basiswissen in GVP durchgeführt.

¹⁷ Vgl. Fussnote 7.

¹⁸ Vgl. «Patientenverfügungen». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2013).

Schritt 3: Entscheidungsfindung

innerhalb der ersten 6 Wochen nach Eintritt ins APH

A Vorschlag Behandlungsintensität

Durchführung: Pflegefachperson

Das Gesprächsprotokoll wird mit dem Bewohner besprochen und ein Vorschlag für die gewünschte Behandlungsintensität wird skizziert (empfohlen: im «Formular Behandlungsintensität»). Bei Vorhandensein einer Patientenverfügung wird sie ggf. aktualisiert.

Ein Gespräch zwischen dem Bewohner und der Arztperson wird geplant.

Das Notierte wird ohne Unterschriften der Arztperson weitergeleitet.

Festlegung durch Arztperson

Durchführung: Heim- oder Hausarztperson

Die Arztperson und der Bewohner besprechen den Vorschlag und

- notieren das Gewünschte (empfohlen: im «Formular Behandlungsintensität»);
- unterschreiben das Festgelegte;
- erstellen bei Bedarf einen medikamentösen Notfallplan.

Das Original geht an die Pflegefachperson zur Hinterlegung in der Bewohnerdokumentation.

B Festlegung Behandlungsintensität

Durchführung: GVP-Beratungsperson oder Arztperson

Das Gesprächsprotokoll wird mit der Bewohnerin besprochen und die gewünschte Behandlungsintensität wird notiert (empfohlen: im «Formular Behandlungsintensität»). Bei Vorhandensein einer Patientenverfügung wird sie ggf. aktualisiert.

Die Bewohnerin und die GVP-Beratungsperson unterschreiben das Festgelegte.

Die Festlegung wird der Arztperson zur Validierung vorgelegt.

Validierung durch Arztperson

Durchführung: Heim- oder Hausarztperson

Die Arztperson

- erhält das Festgelegte (empfohlen: im «Formular Behandlungsintensität») zur Validierung und ärztlichen Unterschrift;
- bespricht es bei Unklarheiten mit der Bewohnerin und passt die Festlegung ggf. an;
- erstellt bei Bedarf einen medikamentösen Notfallplan.

Das Original geht an die GVP-Beratungsperson zur Hinterlegung in der Bewohnerdokumentation.

Schritt 4: Informationsvermittlung

unmittelbar nach Abschluss des GVP-Pflegedialogs bzw. GVP-Beratungsgesprächs

Durchführung: Pflegefachperson

- Alle Festlegungen (i. d. R. das «Formular Behandlungsintensität», Gesprächsprotokoll, ggf. Patientenverfügung, usw.) werden in der Bewohnendendokumentation hinterlegt.
- Die Information über die festgelegte Behandlungsintensität werden an das Pflege- und Betreuungsteam sowie zur Kenntnisnahme an die vertretungsberechtigte Person weitergegeben.
- Bei Bedarf ist dem/der Bewohnenden, der vertretungsberechtigten Person und evtl. weiteren Angehörigen/Bezugspersonen ein Gespräch anzubieten, um die Festlegungen breiter zu kommunizieren.

Schritt 5: Anwendung

bei Zustandsverschlechterung, medizinischem Notfall im APH oder Spitaleinweisung

Durchführung: zuständige Pflegefach- oder Arztperson

- Falls weder Bewohnende noch vertretungsberechtigte Personen sich zum aktuellen bzw. mutmasslichen Behandlungswillen in der (Notfall-)Situation äussern können, werden die Festlegungen (i. d. R. das «Formular Behandlungsintensität», Gesprächsprotokoll, ggf. Patientenverfügung, usw.) herangezogen.
- Bei einer Spitaleinweisung wird die Festlegung (i. d. R. das «Formular Behandlungsintensität», Gesprächsprotokoll, ggf. Patientenverfügung, usw.) der behandelnden Arztperson oder dem Personal der Rettungssanität unverzüglich zur Kenntnisnahme gebracht und übermittelt.

Schritt 6: Reevaluierung der Festlegungen in Triggermomenten

unmittelbar nach einem Triggermoment

Durchführung: Pflegefachperson oder GVP-Beratungsperson oder Arztperson

Die Reevaluierung und ggf. Anpassung der Festlegungen mittels eines GVP-Pflegedialogs oder GVP-Beratungsgesprächs erfolgt in folgenden Triggermomenten:

- auf Wunsch von Bewohnenden oder vertretungsberechtigten Personen;
- bei Rückkehr nach einem Spitalaufenthalt;
- bei Veränderung des Gesundheitszustands oder der Lebensqualität;
- bei neuen Diagnosen oder Erkrankungen mit Einschränkung der Lebenserwartung;
- mindestens jährlich.

III. Glossar

Behandlungsintensität

Die (mutmasslich) gewünschte Behandlungsintensität ist im APH die wichtigste Indikation für die Umsetzung der GVP. Es werden drei Behandlungsintensitäten unterschieden:

- Behandlung im Spital: Lebenserhaltende Massnahmen im Spital mit oder ohne Reanimationsversuch bei Kreislaufstillstand, mit oder ohne invasive Beatmung, mit oder ohne Behandlung auf einer Intensivstation.
- Lebenserhaltende Behandlung im Heim: keine Reanimationsversuch bei Kreislaufstillstand, keine Verlegung ins Spital, lebenserhaltende und symptomlindernde Massnahmen.
- Symptomlindernde Behandlung im Heim: Therapien, die auf Komfort abzielen und Symptome lindern; keine lebenserhaltenden Massnahmen und keine Verlegung ins Spital.

Behandlungsplan

In einem Behandlungsplan legt die beteiligte Fachperson gemeinsam mit dem/der Betroffenen – idealerweise unter Einbezug der vertretungsberechtigten – 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 einem Pflegeheim. Der Plan soll auch das Vorgehen für den Notfall dokumentieren und beinhaltet Angaben zu den wichtigsten Kontaktpersonen im familiären und professionellen Bereich.

Gesundheitliche Vorausplanung (GVP)

Oberbegriff für Reflexionen, Gespräche und Entscheidungen über persönliche Werte, Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die Behandlung und Betreuung bei Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit oder für die Sorge am Lebensende, insbesondere für den Fall der Urteilsunfähigkeit. Der eigene bzw. mutmassliche Wille wird für Drittpersonen festgehalten und dokumentiert, z. B. in einer Patientenverfügung. Es handelt sich um einen kontinuierlichen Prozess.

GVP-Beratungsgespräch in der Langzeitpflege

Das GVP-Beratungsgespräch dient als Grundlage für die Erstellung von Dokumenten der Vorausplanung (z. B. Patientenverfügung, Behandlungsplan, «Formular Behandlungsintensität»). Die vertiefte Reflexion von Fragen zur Werthaltung im GVP-Beratungsgespräch ermöglichen es, die Wünsche der Bewohnenden für die Behandlung und Pflege zu eruieren. Es unterscheidet sich vom GVP-Pflegedialog (vgl. unten). Die Durchführung eines GVP-Beratungsgesprächs muss gelernt und geübt werden und wird von einer qualifizierten Fachperson durchgeführt.

GVP-Pflegedialog in der Langzeitpflege

Der GVP-Pflegedialog dient als Vorstufe für die Erstellung von Dokumenten der Vorausplanung (z. B. Patientenverfügung, Behandlungsplan, «Formular Behandlungsintensität»). Die aktuelle Lebenssituation der Bewohnenden wird reflektiert. Der GVP-Pflegedialog unterscheidet sich vom GVP-Beratungsgespräch (vgl. oben). Er wird von einer Pflegefachperson mit Beratungskompetenz und Basiswissen in GVP durchgeführt, wenn keine spezialisierte GVP-Beratungsperson zur Verfügung steht.

GVP-Formular zur Behandlungsintensität

Dieses Formular (vgl. samw.ch/gvp/aph) dient zur Dokumentation der Wünsche betreffend Behandlungsziel und -intensität im Heim. Die Verwendung dieses Formulars ist empfohlen.

Patientenverfügung (PV)

In der Patientenverfügung kann eine urteilsfähige Person festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt und welche sie ablehnt (Art. 370 Abs. 1 ZGB). Sie kann auch eine vertretungsberechtigte Person bezeichnen. Die Patientenverfügung muss schriftlich verfasst, datiert und unterzeichnet werden.

Die Arztperson handelt gemäss der Patientenverfügung, es sei denn, diese verstösst gegen gesetzliche Vorschriften oder es bestehen begründete Zweifel, dass sie auf freiem Willen beruht oder dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht (Art. 372 Abs. 2 ZGB).

Medikamentöser Notfallplan

Für palliative oder Lebensendsituationen wird von der Haus- oder Heimarztperson ein an das individuelle Therapieziel angepasster medikamentöser Notfallplan zur Linderung von Symptomen erstellt.

Qualitätsindikator zur GVP in APH

Die medizinischen Qualitätsindikatoren in APH messen die Qualität der medizinischen Versorgung und tragen zur kontinuierlichen Verbesserung bei. Ab Herbst 2025 wird ein neuer Qualitätsindikator zur gesundheitlichen Vorausplanung im Rahmen des Programms «NIP-Q-UPGRADE» lanciert. Das Vorhandensein einer GVP-Dokumentation zur Behandlungsintensität wird so voraussichtlich schweizweit als medizinischer Qualitätsindikator für APH etabliert.

Vertretungsberechtigte Person für medizinische Massnahmen

Kurz: vertretungsberechtigte Person. Sie vertritt den urteilsunfähigen Menschen in medizinischen Angelegenheiten. 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/des Urteilsunfähigen zu vertreten.

In Art. 378 Abs. 1 und 2 ZGB ist festgelegt, welche Personen der Reihe nach berechtigt sind, die urteilsunfähige Person zu vertreten.

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 strikt zu wahren. Details zum Vorsorgeauftrag sind in Art. 360 ff. ZGB geregelt.

Werthaltung

Die Werthaltung prägt die Lebenseinstellung einer Person und gibt Aufschluss darüber, was ihr im Leben wichtig ist und welche Ziele, Erwartungen und Befürchtungen sie hegt. Das Reflektieren und Artikulieren der eigenen Werte kann auch eine Einschätzung der eigenen gesundheitlichen Situation und des Lebenswillens umfassen. Es handelt sich dabei um eine Momentaufnahme, die sich im Lauf der Zeit verändern kann und allenfalls angepasst werden muss.

IV. Hinweise zur Ausarbeitung

Auftrag

Im Postulatsbericht 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» beauftragt der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), eine nationale Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» einzusetzen, um die Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards zu verbessern.

Im September 2023 hat die nationale Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» eine Sub-Arbeitsgruppe beauftragt, die GVP in Alters- und Pflegeheimen zu stärken. Die vorliegende Broschüre wurde am 19.05.2025 von der nationalen Arbeitsgruppe und dem Vorstand der SAMW genehmigt und am 20.05.2025 von der Geschäftsleitung des BAG.

Verantwortliche Sub-Arbeitsgruppe

Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning,

Zürich, Geriatrie/Stationäre Langzeitpflege (Vorsitz)

Ursula Arn, MAS, Luzern, Langzeitpflege/Betreuung (ab Juni 2024)

Marie-Rose Barben, Frutigen, Pflege

Jikkelen Bohren, Basel, Beratungs- und Betroffenenorganisation

Dr. med. Annette Ciurea, Zürich, Geriatrie/Palliative Care

Dominique Elmer, Bern, Langzeitpflege

Renate Gurtner Vontobel, MPH, Bern, Palliative Care (bis Februar 2025)

Dr. sc. med. Many Hendriks, SAMW, Bern (ex officio), Ethik

Dr. phil. Jianan Huang, Basel, Gesundheitswissenschaften (bis März 2025)

Isabelle Karzig-Roduner, RN, MAE, MScN, Zürich, Advance Care Planning

RA lic. iur. Petra Kropf Giger, Zürich, Recht

Dr. med. Larissa Müller Enrile, Ponte Tresa, Langzeitpflege

Dr. phil. Sebastian Ritzi, Basel, Pflegewissenschaften/Gerontologie
(ab März 2025)

Dr. med. Eve Rubli Truchard, Lausanne, Geriatrie/Palliative Care

Dr. phil. Reka Schweighoffer, Bern, Langzeitpflege/Betreuung (bis Mai 2024)

Daniela Trachsler, Zürich, Advance Care Planning

Dr. med. Petra Vayne-Bossert, Genève, Palliative Care

Prof. Dr. Franziska Zúñiga, Basel, Pflegewissenschaften

Begleitgruppe

Franziska Adam, Bern, Spitex Schweiz, Ambulante Pflege

PD em. Dr. med. Klaus Bally, Basel, Hausarztmedizin

PD. Dr. med. Georg Bosshard, Zürich, Geriatrie/Innere Medizin

Dr. med. Rebecca Dreher, Morges, ZEK-Mitglied, Geriatrie

PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Chur, SGAP, Alterspsychiatrie und -psychotherapie

Dr. med. Roland Kunz, Zürich, Palliative Care/Innere Medizin

Dr. med. Philippe Luchsinger, Affoltern am Albis, Hausarztmedizin

Dr. med. Hans Neuenschwander, Lugano, Onkologie/Palliative Care

Angela Rebetz, Biel, Langzeitpflege

V. Anhänge

A Gesprächsleitfaden GVP-Pflegedialog

I. Voraussetzungen

Bewohnenden von APH soll regelmässig eine Beratung zur GVP angeboten werden, je nach Personalsituation in Form eines GVP-Pflegedialogs oder eines GVP-Beratungsgesprächs. Ersteres wird von einer Pflegefachperson mit Beratungskompetenz und Basiswissen in GVP durchgeführt und setzt ein anschliessendes Arztgespräch mit den Bewohnenden bzw. der vertretungsberechtigten Person für medizinische Massnahmen (im Folgenden: vertretungsberechtigte Person) voraus.

Die betroffene Person muss darüber aufgeklärt sein, dass sie aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts auf die Beantwortung aller oder einzelner Fragen verzichten kann.

Dieser Gesprächsleitfaden unterstützt bei der Ermittlung der aktuellen Lebensqualität und Lebenssituation sowie der gewünschten Behandlungsintensität. Das Gespräch ist durch die Pflegefachperson mit den Bewohnenden und, soweit möglich und von ihnen gewünscht, im Beisein der vertretungsberechtigten Person zu führen. Bei fehlender Urteilsfähigkeit in Bezug auf die GVP erfolgen alle Schritte mit der vertretungsberechtigten Person, wobei die Bewohnenden nach Möglichkeit einzubeziehen sind.

II. Gesprächsleitfaden

Um nach dem (mutmasslichen) Willen entscheiden zu können, ist es wichtig, sich vorausschauend über folgende Fragen Gedanken zu machen oder diese zu klären. Diese Fragen sind Vorschläge und müssen nicht alle besprochen und beantwortet werden.

A. Begrüssung

Stellen Sie sich den Bewohnenden mit Namen vor. Erklären Sie ihnen, warum Sie das Gespräch mit ihnen suchen und in welcher Rolle Sie da sind.

Ich bin heute hier, um mit Ihnen ein besonderes Thema zu besprechen:
Uns Pflegenden ist es wichtig zu wissen, was wir in einer Notfallsituation für Sie tun sollen.

B. Einverständnis und Gesprächsplanung

Holen Sie das Einverständnis der Bewohnenden für dieses Gespräch ab. Vielleicht ist der Zeitpunkt nicht der Richtige, weil für sie etwas Anderes im Vordergrund steht. Planen Sie in diesem Fall das Gespräch auf einen anderen Zeitpunkt. Erklären Sie den Bewohnenden, dass sie während des Gesprächs nicht auf alle Fragen antworten müssen.

Wäre es Ihnen recht, wenn wir uns jetzt darüber unterhalten?
Was wäre für Sie ein guter Tag/Zeitpunkt für ein Gespräch?

C. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor, ist deren Inhalt zu berücksichtigen, in den GVP-Pflegedialog einzubeziehen, zu besprechen und ggf. zu aktualisieren.¹⁹ Falls keine Patientenverfügung vorliegt, kann mit «D. Aktuelle Gesundheits- und Lebenssituation» fortgesetzt werden.

Das Original der Patientenverfügung bleibt bei den Bewohnenden. Eine Kopie wird in der Bewohnendendokumentation hinterlegt. Empfohlen ist, dass auch die vertretungsberechtigte Person und die zuständige Arztperson eine Kopie erhalten.

Falls eine Patientenverfügung vorhanden ist:

Gerne würde ich mit Ihnen Ihre Patientenverfügungen anschauen und besprechen, was darin steht.

¹⁹ Bei Urteilsunfähigkeit ist eine Aktualisierung nicht möglich, da dies nur durch die urteilsfähigen Person selbst zulässig ist.

Gerne möchte ich verstehen, für welche Situation Sie dies aufgeschrieben oder entschieden haben. Bitte erläutern Sie:

- Was hat Sie dazu bewogen, sich so zu entscheiden?
- Was war oder ist Ihnen dabei wichtig?
- Was sind Ihre Hoffnungen, Ängste und Befürchtungen?

Haben Sie Ihre Meinung seitdem geändert?

Passt die Patientenverfügung noch zu Ihrer aktuellen Lebenssituation?

Wenn etwas in der Patientenverfügung unklar oder widersprüchlich ist:

| Können Sie bitte erzählen, warum Sie sich so entschieden haben?

D. Aktuelle Gesundheits- und Lebenssituation

| Wie würden Sie Ihre Gesundheit im Moment beschreiben?

| Mit welchen gesundheitlichen Veränderungen rechnen Sie eventuell?

E. Einstellung zum Leben, Lebenswille und Lebensqualität

| Was macht Ihnen im Leben Freude und gibt Ihnen Sinn und Kraft?

| Wie wichtig ist es für Sie, im jetzigen Gesundheitszustand noch lange zu leben?

| Welche Aktivitäten sind Ihnen so wichtig, dass es schwer wäre, ohne sie zu leben?

F. Wünsche zur zukünftigen Behandlungsintensität

| Was ist Ihnen wichtig, wenn es darum geht, ob Sie im Heim oder im Spital behandelt werden möchten?

| Was sollen andere wissen, falls Sie so krank sind, dass Sie nicht (mehr) sprechen oder entscheiden können?

| z. B.: Möchten Sie im Notfall ins Spital gehen? Sollen lebensverlängernde Massnahmen ergriffen werden?

| In welchem Gesundheitszustand möchten Sie aus heutiger Sicht absolut nicht mehr leben?

III. Dokumentation

Das Gespräch wird protokolliert und zusammen mit dem Namen der Pflegefachperson in der Bewohnendendokumentation abgelegt. Das Protokoll wird der Arztperson weitergeleitet.

B Gesprächsleitfaden GVP-Beratungsgespräch: Die persönliche Werthaltung

I. Voraussetzungen

Bewohnenden von APH soll regelmässig eine Beratung zur GVP angeboten werden, je nach Personalsituation in Form eines GVP-Pflegedialogs oder eines GVP-Beratungsgesprächs. Letzteres wird von entsprechend geschulten Fachpersonen durchgeführt und umfasst auch die vertiefte Reflexion der Werthaltung.

Die betroffene Person muss darüber aufgeklärt sein, dass sie aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts auf die Beantwortung aller oder einzelner Fragen verzichten kann.

Dieser Gesprächsleitfaden unterstützt bei der Ermittlung des persönlichen Willens im GVP-Beratungsgespräch mit einer Person, die zum Zeitpunkt des Gesprächs urteilsfähig ist. Das Gespräch ist durch die GVP-Beratungsperson mit den Bewohnenden und, soweit möglich und von ihnen gewünscht, im Beisein der vertretungsberechtigten Person zu führen.

II. Gesprächsleitfaden²⁰

Um nach dem persönlichen Willen entscheiden zu können, ist es wichtig, sich vorausschauend über folgende Fragen Gedanken zu machen oder diese zu klären. Diese Fragen sind Vorschläge und müssen nicht alle besprochen und beantwortet werden.

A. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor, ist deren Inhalt zu berücksichtigen, in das GVP-Gespräch einzubeziehen, zu besprechen und ggf. zu aktualisieren.

B. Aktuelle Gesundheits- und Lebenssituation

| Wie schätzen Sie Ihre eigene Gesundheitssituation ein?

| Mit welchen gesundheitlichen Veränderungen rechnen Sie eventuell?

²⁰ Die Fragen sind zitiert von ACP-Swiss «Grundlagendokumente Advance Care Planning (ACP): Standortbestimmung zur Therapiezielfindung», vgl. www.acp-swiss.ch/was-ist-acp/dokumente.

C. Einstellung zum Leben, Lebenswille und Lebensqualität

Wie gerne leben Sie jetzt?

Wie wichtig ist es für Sie, im jetzigen Gesundheitszustand noch lange zu leben?

D. Einstellung zum Sterben

Welche früheren Erfahrungen haben Sie mit Sterben und Tod gemacht?

Wie haben Sie das erlebt?

E. Wille zum Überleben, Therapieziel «lebenserhaltende Behandlung»

Welche früheren Erfahrungen haben Sie mit schweren Erkrankungen gemacht?

Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise/Notfallsituation zu erhalten (z. B. Spitaleinweisung, Gabe von Antibiotika)? Was bewegt Sie zu dieser Antwort?

Was würden Sie in Kauf nehmen, um länger leben zu können?

F. Grenzen lebenserhaltender Behandlung, Therapieziel «Leidenslinderung/Palliation»

Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollen? Welche?

Welche Sorgen oder Ängste haben Sie bezüglich medizinischer Behandlungen?

Was darf auf keinen Fall passieren?

G. Werte, Glauben, Überzeugungen und Spiritualität

Welche persönlichen Überzeugungen (spirituell, religiös, kulturell) leiten Sie in Ihrem Leben?

Was hilft Ihnen in schwierigen Situationen?

III. Dokumentation

Das Gespräch wird protokolliert und zusammen mit dem Namen der GVP-Beratungsperson in der Bewohnendendokumentation abgelegt.

B Gesprächsleitfaden GVP-Beratungsgespräch: Die mutmassliche Werthaltung

I. Voraussetzungen

Bewohnenden von APH soll regelmässig eine Beratung zur GVP angeboten werden, je nach Personalsituation in Form eines GVP-Pflegedialogs oder eines GVP-Beratungsgesprächs. Letzteres wird von entsprechend geschulten Personen durchgeführt und umfasst auch die vertiefte Reflexion der Werthaltung. Dieser Gesprächsleitfaden unterstützt bei der Ermittlung der mutmasslichen Werthaltung von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen, die/der zum Zeitpunkt des GVP-Beratungsgesprächs nicht (mehr) urteilsfähig ist. Das Gespräch ist durch eine GVP-Beratungsperson mit der Vertretungsberechtigte Person und allenfalls weiteren Angehörigen/Bezugspersonen zu führen. Soweit möglich ist die betroffene Person auch präsent und involviert. Die Aussagen aller Anwesenden werden schriftlich festgehalten.

Die betroffene resp. die vertretungsberechtigte Person muss darüber aufgeklärt sein, dass sie aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts auf die Beantwortung aller oder einzelner Fragen verzichten kann.

Der mutmassliche Werthaltung ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äusserungen zum Leben, zu medizinischer Behandlung, persönliche oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen. Die mutmassliche Werthaltung der betroffenen Person ist sorgfältig von Interpretationen oder persönlichen Begehren von Angehörigen/Bezugspersonen zu unterscheiden.

Die betroffene Person wird, wenn immer möglich, zuerst gefragt.

II. Gesprächsleitfaden²¹

Um nach dem mutmasslichen Willen entscheiden zu können, ist es wichtig, sich vorausschauend über folgende Fragen Gedanken zu machen oder diese zu klären. Diese Fragen sind Vorschläge und müssen nicht alle besprochen und beantwortet werden.

²¹ Die Fragen sind teilweise zitiert von ACP-Swiss «Grundlagendokumente Advance Care Planning (ACP): Standortbestimmung zur Therapiezielfindung», vgl. www.acp-swiss.ch/was-ist-acp/dokumente.

A. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor, ist deren Inhalt zu berücksichtigen, in das GVP-Gespräch einzubeziehen und zu besprechen (eine Aktualisierung ist nicht möglich, da dies nur durch die urteilsfähige Person selbst zulässig ist).

B. Aktuelle Gesundheits- und Lebenssituation

Bewohnende:

Wie geht es Ihnen mit Ihrer Gesundheit?

Vertretungsberechtigte Person:

Wie schätzen Sie die aktuelle Gesundheitssituation der betroffenen Person ein?

C. Einstellung zum Leben, Lebenswille und Lebensqualität

Bewohnende:

Wie gerne leben Sie?
Was denken Sie darüber, noch lange zu leben?

Vertretungsberechtigte Person:

Was denken Sie, wie gerne lebt die betroffene Person jetzt?
Was bindet die Person ans Leben?

Natürliche Willensäußerungen aus Sicht der vertretungsberechtigten Person

Falls verbale Äußerungen nicht (mehr) möglich sind, wird der Lebenswille anhand nonverbaler Äußerungen eingeschätzt. Das Pflegeteam soll nach seiner Einschätzung der natürlichen Willensäußerung der Bewohnenden ergänzend gefragt werden.

Zeigt die betroffene Person Interesse für etwas?

Nimmt er/sie Kontakt auf mit der Umgebung?

Beschreiben Sie Ereignisse und Situationen, die eine Reaktion auslösen und welcher Art die Reaktionen sind (z. B. Freude, Angst, Stress, Unruhe, Sehnsucht, Sicherheit, Wohlbefinden etc.).

Sind Zeichen erkennbar, die auf fehlenden Lebenswillen hinweisen (z. B. Ablehnung von Trinken und Nahrung, auch wenn keine Schmerzen vorhanden sind etc.)?

Wie schätzen Sie die Lebensqualität der betroffenen Person ein?

D. Einstellung zum Sterben

Bewohnende:

Haben Sie mal erlebt, dass jemand gestorben ist?

Wie haben Sie das erlebt?

Vertretungsberechtigte Person:

Welche früheren Erfahrungen hat die betroffene Person mit Sterben und Tod gemacht?

E. Wille zum Überleben, Therapieziel «lebenserhaltende Behandlung»

Bewohnende:

Waren Sie selbst schon einmal sehr krank?

Kennen Sie jemanden, der schwer krank war? Wie war das für Sie?

Was würden Sie in Kauf nehmen, um länger leben zu können?

Vertretungsberechtigte Person:

Welche früheren Erfahrungen hat die betroffene Person mit schweren Erkrankungen gemacht?

Soll eine medizinische Behandlung dazu beitragen, das Leben der betroffenen Person in einer Krise/Notfallsituation zu erhalten (z. B. Spitalweisung, Gabe von Antibiotika)?

Was bewegt Sie zu dieser Antwort?

F. Grenzen der Lebenserhaltung, Therapieziel «Leidenslinderung/Palliation»

Bewohnende:

Was macht Ihnen Sorgen bei Behandlungen? Was darf auf keinen Fall passieren?

Vertretungsberechtigte Person:

Was ist bekannt über die Sorgen oder Ängste der betroffenen Person bezüglich medizinischer Behandlungen? Was darf auf keinen Fall geschehen?

G. Werte, Glauben, Überzeugungen und Spiritualität

Bewohnende:

Was gibt Ihrem Leben Sinn und Richtung (Glauben, Traditionen, Werte)?

Was hilft Ihnen, wenn es Ihnen schlecht geht?

Vertretungsberechtigte Person:

Welche persönlichen Überzeugungen (spirituell, religiös, kulturell) haben die betroffene Person im Leben geleitet bzw. leiten sie weiterhin?

Was hilft und/oder half der betroffenen Person in schwierigen Situationen?

III. Dokumentation

Das Gespräch wird protokolliert und zusammen mit dem Namen der GVP-Beratungsperson in der Bewohnendendokumentation abgelegt.

