

Diplomarbeit

Erwachsenenschutzgesetz und Advance Care Planning: Befragung der ÄrztInnen des Krankenhaus Bregenz

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker

eingereicht von

Vera-Maria Wimmer

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Vera-Maria Wimmer, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Vera-Maria Wimmer, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

I. Inhaltsverzeichnis

I. Inhaltsverzeichnis	3
II. Abbildungsverzeichnis	5
III. Tabellenverzeichnis	6
IV. Zusammenfassung	7
V. Abstract	8
VI. Eigenleistung	9
VII. Einleitung	10
VIII. Fragestellungen und Hypothesen	15
IX. Material und Methoden	16
X. Resultate	17
1. Allgemeines	17
2. Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG)	19
3. Erwachsenenschutzvereine	22
4. Persönliche Erfahrungen mit dem Erwachsenenschutzgesetz	23
5. Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag	24
6. Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores	28
7. Ärztliches Entscheiden und Handeln	31
8. Ansprechen sensibler Themen und Überbringen schlechter Nachrichten	35
9. Advance Care Planning (ACP)	37
10. Praktische Umsetzung von ErwSchG und ACP im klinischen Alltag	41
XI. Diskussion	42
1. Allgemeines	42
2. Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG)	42
3. Erwachsenenschutzvereine und persönliche Erfahrungen mit dem ErwSchG	44
4. ErwSchG im klinischen Alltag	45
5. Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores	46
6. Ärztliches Entscheiden und Handeln	47
7. Ansprechen sensibler Themen und Überbringen schlechter Nachrichten	50
8. Advance Care Planning (ACP)	50
9. Schlusswort	53
10. Limitationen	55
XII. Literaturverzeichnis	57
XIII. Abkürzungsverzeichnis	64
XIV. Anhang	65
1. E-Mail Korrespondenz mit Ethikkommission des Landes Vorarlberg	65
2. Einwilligung der Krankenhausleitung des LKH Bregenz	67
3. Fragebogen erstellt auf surveygizmo.com®	68

4.E-Mail Korrespondenz mit der Notariatskammer Österreich _____	88
5.E-Mail Korrespondenz mit dem Institut für Sozialdienste Vorarlberg _____	91

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung VII.1: Formen der gesetzlichen Erwachsenenvertretung und Regelungen zu deren Benennung _____ 13

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle VII.1: Registrierungen ErwV, VV, PatV für Österreich und „Vorarlberg“ _____	12
Tabelle X.1: Allgemeines _____	18
Tabelle X.2: Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz 1 _____	20
Tabelle X.3: Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz 2 _____	20
Tabelle X.4: Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz 3 _____	21
Tabelle X.5: Erwachsenenschutzvereine _____	22
Tabelle X.6: Persönliche Erfahrungen mit dem Erwachsenenschutzgesetz _____	23
Tabelle X.7: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 1 _____	25
Tabelle X.8: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 2 _____	25
Tabelle X.9: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 3 _____	26
Tabelle X.10: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 4 _____	27
Tabelle X.11: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 1 _____	29
Tabelle X.12: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 2 _____	30
Tabelle X.13: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 3 _____	30
Tabelle X.14: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 4 _____	30
Tabelle X.15: Ärztliches Entscheiden und Handeln 1 _____	33
Tabelle X.16: Ärztliches Entscheiden und Handeln 2 _____	33
Tabelle X.17: Ärztliches Entscheiden und Handeln 3 _____	34
Tabelle X.18: Ärztliches Entscheiden und Handeln 4 _____	34
Tabelle X.19: Ansprechen sensibler Themen und Überbringen schlechter Nachrichten _____	36
Tabelle X.20: Advance Care Planning 1 _____	39
Tabelle X.21: Advance Care Planning 2 _____	40
Tabelle X.22: Advance Care Planning 3 _____	40
Tabelle X.23: Praktische Umsetzung von ErwSchG und ACP im klinischen Alltag _____	41

IV. Zusammenfassung

Die am technischen Fortschritt orientierte moderne Medizin einerseits und unsere alternde Gesellschaft andererseits stellen die behandelnden ÄrztInnen-Teams vor zunehmende Herausforderungen. Besonders bei der Behandlung komorbider und schwer kranker PatientInnen sind ÄrztInnen in medizinischen Entscheidungen zunehmend gefordert eine Balance zu finden zwischen dem was medizinisch und technisch möglich ist und dem was für die PatientIn von Nutzen ist. Das in Österreich seit Juli 2018 gültige 2.

Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) und das in Deutschland bereits im niedergelassenen Bereich etablierte Konzept von *Advance Care Planning (ACP)*; dt. *Vorsorgedialog*) sollen die Selbstbestimmung/Autonomie von PatientIn beim Treffen dieser Entscheidungen fördern. PatientInnen sollen auch dann nach ihren Wünschen und Wertevorstellungen behandelt werden, wenn sie nicht mehr für sich selber sprechen können.

Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen, wie groß der Wissensstand über das *ErwSchG* und *ACP* unter den ÄrztInnen eines peripheren Krankenhauses am Beispiel des Landeskrankenhauses (LKH) Bregenz ist und welche Bedeutung das neue *ErwSchG* und *ACP* im Klinikalltag der teilnehmenden ÄrztInnen haben.

Dazu entwickelte die Autorin einen Fragebogen, der an alle ÄrztInnen ($n = 138$) des LKH Bregenz ausgesendet wurde. Die Austragung der Umfrage fand zwischen Ende Oktober bis Ende Dezember 2019 statt. Es haben 45 ÄrztInnen teilgenommen, wovon 41 alle verbindlichen Fragen beantworteten. Die Rücklaufquote betrug 29,7 %.

Die Resultate zeigen, dass die befragten ÄrztInnen nicht ausreichend über das neue *ErwSchG* informiert sind und *ErwSchG* und *ACP* noch nicht flächendeckend angewendet wird. Viele der Befragten fänden jedoch eine verstärkte Umsetzung sinnvoll und hilfreich für ihre tägliche klinische Arbeit. Sie waren besorgt juristisch angreifbar zu sein, wenn sie nicht immer alles medizinisch und technisch Mögliche für ihre PatientInnen tun würden. Für andere stellte der Personalmangel einen limitierenden Faktor zur Umsetzung von *ErwSchG* und *ACP* dar. Dies zeigt, wie wichtig und notwendig eine umfassende Aufklärung der ÄrztInnen über das *ErwSchG* und *ACP* wäre und dass für eine arbeitszeitgesetzkonforme Umsetzung ausreichend Personal und Zeitressourcen geschaffen werden müssten. Nur eine verpflichtende Umsetzung von *ErwSchG* und *ACP* kann über die Zeit dazu führen, dass PatientInnen den *Vorsorgedialog* sowie die Möglichkeit der Erstellung einer PatientInnenverfügung und Vorsorgevollmacht verstärkt nutzen. Dies würde mehr Sicherheit bei der ärztlichen Entscheidungsfindung bedeuten, sich positiv auf die Behandlungsqualität auswirken und *Übertherapie* sowie die Entstehung von *chronisch kritischer Erkrankung* vermeiden helfen. Dadurch würden alle entlastet, die im Rahmen eines „informed consent“ schwierige medizinische Entscheidungen treffen müssen.

V. Abstract

The discrepancy between advances in modern medicine on the one hand and ageing society on the other hand makes *medical decision making* increasingly complex – for the general practitioner as well as for doctors working in a hospital. Especially for the treatment of elderly and co-morbid patients, physicians need to find a good balance between the technically possible and the ethically justifiable. Both, the “2nd *Erwachsenenschutzgesetz*” (*ErwSchG*; adult welfare law), which has been implemented in Austria since July 2018, and the concept of *advance care planning* (*ACP*) - widely established only in Germany - intend to augment patient autonomy and ease medical decision making. Patients ought to be treated according to their wishes and moral values, even if they cannot speak up for themselves any more. The purpose of this thesis was to investigate, how much the participating physicians knew about the *ErwSchG* and *ACP* in theory, if and how much practical experience they had with it in their daily working routine and if they found a standardized implementation of the *ErwSchG* and a general realization of the concept of *ACP* helpful. A questionnaire was developed and distributed among all physicians ($n = 138$) of the county hospital of Bregenz between October and December 2019. Data were processed with Windows-Excel. 41 out of 45 participating physicians completed all questions (response rate 29.7 %). Data of the 4 physicians, who did not complete the questionnaire, were not included in the evaluation and interpretation of data.

The results of the study show, that the participating physicians were not sufficiently informed about the *ErwSchG* and the concept of *ACP*. Most of them state, that the *ErwSchG* and *ACP* is only partially implemented. However, most of them found it to be very useful if both instruments were generally introduced in every-day general medical and hospital practice. A majority of participants were concerned about legal prosecution, if they did not try everything medically and technically possible - even if there was no benefit for the patient - and indicated a timely change of *goal of therapy* towards palliative care, instead. The medical director of a hospital ought to inform his/her medical staff about judicial amendments timely and provide a mandatory basic ethical education for all doctors. Lack of time and shortage of manpower impede the standardized and obligatory implementation of such time-consuming processes. Taking medical decisions notably based on ethical principles and following the rules of *ErwSchG* and *ACP* will finally induce a behavioural change in the majority of patients, who will start creating their advance directive and power of attorney. Knowing a patient's wishes and moral values will grant more reliability for difficult medical decision making and will help to prevent “*over-therapy*” and *chronic critical illness*, so that patients will have a better chance to live a “*good life at the end of life*” and can “*die with dignity*”.

VI. Eigenleistung

Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen inwieweit ÄrztInnen an einem peripheren Krankenhaus, am Beispiel des Landeskrankenhauses (LKH) Bregenz mit 8 Abteilungen und 275 Betten [1] über das neue, seit Juli 2018 gültige, 2. *ErwSchG* informiert sind und inwieweit dieses in der täglichen Arbeit Beachtung und Umsetzung findet. Dafür erstellte die Autorin unter Anleitung ihrer Supervisorin Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker einen eigenen, sich an die ÄrztInnen des LKH Bregenz richtenden Fragebogen. Die Auswertung der gesammelten Ergebnisse und deren Interpretation sowie die Erstellung der Diplomarbeit wurden alleine durch die Autorin durchgeführt.

Zur besseren Lesbarkeit werden die Binnen-I-Schreibweise sowie die weibliche Form verwendet.

VII. Einleitung

Im Zeitalter moderner Medizin bieten sich durch den immensen Fortschritt exzellente, schier endlos erscheinende technische, medikamentöse und medizinische Behandlungsmöglichkeiten, die wir unseren PatientInnen anbieten können. Mit der hohen Lebenserwartung und des daraus resultierenden steigenden Altersdurchschnitts in unserer Gesellschaft [2] steigt auch die Zahl der vorerkrankten und komorbiden PatientInnen [3,4]. Die Häufung von Vorerkrankungen führt durch den damit einhergehenden Verlust körperlicher Fitness und Reserven zu einer erhöhten Gebrechlichkeit (engl. frailty) [5]. Daraus folgt, dass betroffene PatientInnen oft nicht mehr entsprechend auf Stressoren reagieren können, was mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität einhergeht [6-9]. Im ungünstigsten Fall gelangen bereits körperlich beeinträchtigte PatientInnen bedingt durch unterschiedliche Auslöser (z.B. akute Erkrankung, Operation, Intensivbehandlung) in eine langwierige gesundheitliche Abwärtsspirale - die *chronisch kritische Erkrankung* (chronic critical illness (CCI)) [10,11] - aus der sie sich nicht erholen, abhängig von der Versorgung durch Dritte bleiben und nach langer schwerer Krankheit schlussendlich sterben. Gerade in den letzten Lebensmonaten erhalten viele PatientInnen Therapien von denen sie nicht mehr profitieren (*Non-Beneficial-Treatment (NBT)*) [12], nur weil sie technisch möglich sind. Statt Heilung und Wiederherstellung von Lebensqualität zu erreichen, wird lediglich Leiden verlängert und der Sterbeprozess hinausgezögert.

Wie groß oder gering die körperlichen Reserven einer PatientIn sind, kann mit unterschiedlichen Scores ermittelt werden, die durch eine Beurteilung von körperlicher Fitness und dem Ausmaß der Gebrechlichkeit eine Einschätzung von Rehabilitationspotenzial und Prognose ermöglichen [13-16]. Der routinemäßige Einsatz solcher Scores in ambulanten oder stationären Einrichtungen kann dazu beitragen, PatientInnen mit geringeren körperlichen Reserven frühzeitig als Risiko-PatientInnen zu identifizieren [17-19]. Dadurch bestünde die Möglichkeit im Zuge geplanter medizinischer Behandlungen mögliche Komplikationen (z.B. längere Intensivaufenthalte nach Operationen, schlechtes Rehabilitationspotenzial, Pflegebedürftigkeit) in der Behandlungsplanung mit PatientInnen/Angehörigen rechtzeitig zu besprechen. Dies resultiert im Fall einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer rechtzeitigen *Therapiezieländerung (TZÄ)*, weg vom Prinzip der Heilung und hin zu palliativmedizinischen Maßnahmen [20]. So könnten Behandlungen, die zwar technisch möglich sind, aber die PatientIn mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Nutzen mehr bringen, vermieden werden. Dadurch würde vor allem PatientIn aber auch den Angehörigen viel sinnloses Leiden durch ein Hinauszögern des Sterbeprozesses erspart.

Inadäquate medizinische Behandlungen verursachen nicht nur großes Leid für PatientInnen und deren Angehörige, sondern führen auch zu psychischer Überlastung beim betreuenden Gesundheitspersonal, was ein häufiger Grund für emotionale Erschöpfung (Burn-Out), Depressionen und Schlafstörungen ist [21-24]. Zweifelsohne wird dies wiederum auch negative Auswirkungen auf die Betreuung aller PatientInnen haben.

PatientInnen müssen lernen, ihre Wünsche und Wertevorstellungen rechtzeitig und gut zu kommunizieren und sich StellvertreterInnen zu wählen, welche diese Wünsche in die Diskussion um medizinische Behandlungen einbringen, falls sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sein sollten. Die vollständige Umsetzung des in Österreich seit Juli 2018 gültigen, neuen 2. *ErwSchG* in allen medizinischen Bereichen sowie die breite Etablierung des Konzepts von *Advance Care Planning (ACP)* im niedergelassenen Bereich wären wichtige Grundlagen auf dem Weg zu einer menschlicheren, am Wohle von PatientInnen orientierten Medizin. Dies bedeutet, dass moderne, medizinische Technik nur dann eingesetzt wird, wenn diese der PatientInnen im Sinne eines Zugewinnes an Lebensqualität nützt. Es bedeutet aber auch im Rahmen einer *Therapiezieländerung* auf mögliche technische und/oder medizinische Interventionen zugunsten rechtzeitiger palliativmedizinischer Maßnahmen zu verzichten, wenn eine PatientInnen davon keinen Nutzen mehr hätte.

Unter *ACP* versteht man eine vorausschauende Planung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen eines vorsorgenden Dialogs zwischen PatientInnen, Angehörigen bzw. Betreuungspersonen und BehandlerInnen im niedergelassenen Bereich. Im Zuge dieses über einen längeren Zeitraum geführten Dialogs sollen Wünsche und Wertevorstellungen von PatientInnen rechtzeitig erfasst werden, damit inadäquate medizinische Behandlungen im Sinne einer *Übertherapie* weitgehend vermieden werden können. Ziel ist es, dass PatientInnen auch dann noch nach ihrem Willen und ihren Wertevorstellungen behandelt werden, wenn sie nicht mehr für sich selbst sprechen können [25,26]. Im Sinne des *ACP* können Angehörige bzw. StellvertreterInnen den mutmaßlichen Willen der PatientInnen in die Diskussion rund um die Behandlung der PatientInnen auch im Krankenhaus mit einbringen. Dies wäre schlussendlich auch im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit angesichts knapper werdender medizinischer Ressourcen ein sinnvolles Vorgehen (Prinzip der Gerechtigkeit; Georg-Town-Mantra) [27].

Mit dem neuen *ErwSchG* wurde in Österreich ein Schritt hin zur Stärkung der Autonomie von PatientInnen gemacht. Zum einen stärkt das neue *ErwSchG* die Rechte entscheidungsfähiger PatientInnen, die alle medizinischen Entscheidungen für sich selbst treffen müssen. Das neue *ErwSchG* will aber auch die Autonomie derjenigen Menschen

stärken, die fraglich entscheidungsfähig (auf Grund von Demenz, psychiatrischer Erkrankung oder sonstiger geistiger Beeinträchtigung) oder nicht-entscheidungsfähig sind (z.B. PatientInnen im Schockraum oder auf der Intensivstation) [28].

Es sind vier Kategorien von Stellvertretungen möglich: die Vorsorgevollmacht, die gewählte, gesetzliche und gerichtliche Erwachsenenvertretung. Die im *ErwSchG* definierten Vertretungsformen sind eine gute Ergänzung zur PatientInnenverfügung die unter anderem im ebenfalls upgedateten PatientInnenverfügungsgesetz gesetzlich geregelt sind.

Tabelle VII.1: Registrierungen ErwV, VV, PatV für Österreich und „Vorarlberg“

REGISTRIERUNGEN ErwV / VV / PatV	ÖSTERREICH	VORARLBERG
	ÖZVV ¹	ÖZVV ²
Vorsorgevollmacht (inkl. Sachwalterverfügung)	156.042	0
Gewählte Erwachsenenvertretung	2.875	123
Gesetzliche Erwachsenenvertretung	12.841	209
Vorab-Widerspruch	747	2
Gerichtliche Erwachsenenvertretung (Einstweilige ErwV)	3.999	-
Gerichtliche Erwachsenenvertretung	9.950	1.695 ³
Positive ErwachsenenvertreterInnen-Verfügung	21.557	13
Negative ErwachsenenvertreterInnen-Verfügung	340	3
	PatV-Register ⁴	Register Patientenanzwaltschaft (von 2006 bis 2013) [29]
Verbindliche PatientInnenverfügung	33.323 ⁵	333

ErwV: Erwachsenenvertretung; VV: Vorsorgevollmacht; PatV: Patientenverfügung; ÖZVV: Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis.

Vorab-Widerspruch: betrifft den Ausschluss einer potenziellen gesetzlichen ErwachsenenvertreterIn von der gesetzlichen Erwachsenenvertretung.

Einstweilige Erwachsenenvertretung: falls bereits während des gerichtlichen Verfahrens zur Bestellung einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung wichtige Dinge zu erledigen sind, zu denen es die Unterstützung durch eine StellvertreterIn braucht.

Positive ErwachsenenvertreterInnen-Verfügung: betrifft die gerichtliche Erwachsenenvertretung, bestimmt eine Person als künftig allenfalls zu bestellende VertreterIn.

Negative ErwachsenenvertreterInnen-Verfügung: betrifft die gerichtliche Erwachsenenvertretung, schließt eine Person als künftige VertreterIn aus. (Angaben lt. E-Mail Korrespondenz mit der Österreichischen Notariatskammer)

Die in TABELLE VII.1 angeführten Zahlen sollen veranschaulichen, wie viele in Österreich bzw. in Vorarlberg lebende Personen bisher die Gelegenheit genutzt haben eine Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht oder PatientInnenverfügung für sich zu

¹ Stichtag 31.03.2020, Statistikmaterial Anfrage Österreichische Notariatskammer (ÖNK)

² 01.07.2018 bis 31.12.2019 (ausgenommen gerichtliche Erwachsenenvertretung), Statistikmaterial Anfrage ifs-Vorarlberg

³ Stichtag 01.01.2020 (Vorarlberg gesamt, Verstorbene nicht einbezogen), Statistikmaterial Anfrage ifs-Vorarlberg

⁴ Stichtag 31.03.2020, Statistikmaterial Anfrage ÖNK

⁵ Juli 2007 bis inkl. März 2020

errichten. Die österreichweiten Zahlen entstammen den Statistiken des von der Österreichischen Notariatskammer geführten Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis. Die Zahlen für Vorarlberg beziehen sich auf die vom Institut für Sozialdienste-Vorarlberg (ifs-Vorarlberg) vorgenommenen Registrierungen im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis. Eine bundesländerweise Auflistung der im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis bzw. PatientInnenverfügungs-Register registrierten Vorsorgeinstrumente gibt es nicht (lt. E-Mail Korrespondenz mit der Österreichischen Notariatskammer). Daher ist ein Vergleich der österreichweiten Gesamtstatistiken mit den der Autorin vorliegenden Zahlen aus Vorarlberg nicht wirklich möglich.

Gemessen an der Gesamtbevölkerung Österreichs (8,9 Millionen Anfang 2020) bzw. Vorarlbergs (397.094 Anfang 2020) [30] sind diese Zahlen ernüchternd. Aus den vorliegenden Zahlen geht hervor, dass nur 1,8 % der Menschen in Österreich eine Vorsorgevollmacht für sich errichtet haben. Dies zeigt, dass die Mehrzahl der in Österreich lebenden Menschen ihr Recht auf Vertretung nicht wahrnimmt. Gleichzeitig entsteht der Verdacht, dass sie sich auch offensichtlich keine Gedanken darüber gemacht haben, wer und ob jemand für sie spricht, wenn sie das selbst nicht mehr können und ob ihre Wünsche in diesem Fall im Rahmen medizinischer Entscheidungen berücksichtigt werden.

Vorsorgevollmacht (VV)	Gewählte Vertretung	Gesetzliche Vertretung	Gerichtliche Vertretung
<ul style="list-style-type: none"> • Im Voraus von Pat. erstellte Vollmacht • für späteren Zeitpunkt, für den Fall, dass die errichtende Person nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte 	<ul style="list-style-type: none"> • Alternative zur VV: wenn VV nicht rechtzeitig erstellt wurde • Bei eingeschränkter, aber nicht vollständiger Entscheidungsunfähigkeit • Wird durch betroffene Person selbst bestimmt/ ausgewählt 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn betroffene Person Vertretung nicht mehr selbst benennen kann • Angehörige bestimmen <u>eine</u> Person unter sich • CAVE: vorsorglich errichtete positive oder negative ErwV-Verfügung: • Positive ErwV: <ul style="list-style-type: none"> • vorsorglich erstellte Verfügung, wer die Vertretung übernehmen soll • Negative ErwV: <ul style="list-style-type: none"> • vorsorglich erstellte Verfügung, wer die Vertretung auf keinen Fall übernehmen soll 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn keine Angehörigen da sind, oder wenn • Angehörige uneinig sind, wer Vertretung übernimmt, oder wenn • Kein/e Angehörige/r die Vertretung übernehmen will • Bestimmung einer qualifizierten Vertretung erfolgt durch ein Gericht

Abbildung VII.1: Formen der gesetzlichen Erwachsenenvertretung und Regelungen zu deren Benennung, entnommen aus der Broschüre des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz zum Erwachsenenschutzrecht [31]

VV: Vorsorgevollmacht; Pat.: PatientIn; ErwV: Erwachsenenvertretung; ErwVV: Erwachsenenvertreter-Verfügung

In ABBILDUNG VII.1 sind die Regelungen zur Benennung der verschiedenen Formen der Erwachsenenvertretung zusammengefasst.

In Anbetracht zunehmender technischer und medizinischer Möglichkeiten auf der einen Seite, dem steigenden Altersdurchschnitt unserer Gesellschaft und der auch bei uns zunehmenden Ressourcenknappheit auf der anderen Seite, wird es notwendig werden, die Frage nach der Sinnhaftigkeit individueller technisch möglicher medizinischer Maßnahmen stärker in den Vordergrund zu rücken. Das neue *ErwSchG* und die breite Etablierung von *ACP* können dazu beitragen diese Herausforderungen besser zu meistern.

Ziel dieser Arbeit war am Beispiel eines regionalen Krankenhauses zu ermitteln und darzustellen, inwieweit in Österreich tätige ÄrztInnen über die Grundzüge und die medizinischen Aspekte des *ErwSchG* in Kenntnis sind und sie dieses zusammen mit dem Konzept des *ACP* kennen und im klinischen Alltag schon praktisch umsetzen. Es ist zu vermuten, dass es hier in Österreich noch erhebliche Defizite gibt, dass das neue *ErwSchG* den meisten *medical professionals* nicht ausreichend bekannt ist und dass es demnach auch nicht umgesetzt wird.

VIII. Fragestellungen und Hypothesen

Ausgehend von der Vermutung, dass viele in Österreich arbeitende ÄrztInnen noch nicht ausreichend über das neue, seit Juli 2018 gültige *ErwSchG* und das Konzept von *ACP* informiert sind, galt es zu untersuchen wie groß der Wissenstand über das *ErwSchG* und *ACP* unter den ÄrztInnen eines peripheren Krankenhauses (KH) am Beispiel des LKH Bregenz ist.

Die zentralen Fragestellungen dabei waren:

- Wie gut sind die ÄrztInnen am LKH Bregenz über das neue *ErwSchG* und *ACP* informiert?
- Kommt das neue *ErwSchG* und das Konzept *ACP* im klinischen Alltag am LKH Bregenz zur Anwendung?

Um diese Fragestellungen zu klären wurde untersucht, wie und ob das neue *ErwSchG* und *ACP* im klinischen Alltag angewendet wird und welche Bedeutung die ÄrztInnen diesen beimessen. In diesem Zusammenhang wurden folgende Hypothesen aufgestellt und untersucht:

Es wird angenommen dass, ...

- ...der Großteil der ÄrztInnen angeben wird, dass die Besprechung und Dokumentation von Risikofaktoren, Rehabilitationspotenzial, Lebensqualität und PatientInnenwillen vor einer geplanten Behandlung in ihrem Krankenhaus nicht flächendeckend durchgeführt wird.
- ...eine Besprechung und Dokumentation von PatientInnenwillen, Risikofaktoren, Rehabilitationspotenzial und Lebensqualität vom Großteil der ÄrztInnen am LKH Bregenz als wünschenswert angesehen wird.
- ...eine Besprechung und Dokumentation von Risikofaktoren, Rehabilitationspotenzial und Lebensqualität sowie eine Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation vor einer geplanten Behandlung vom Großteil der ÄrztInnen als ausschlaggebend für eine adäquate, sich mehr an den Wünschen und Wertevorstellungen von PatientInnen orientierende Betreuung befunden wird.

IX. Material und Methoden

Aufgebaut in zehn zusammenhängende Blöcke, basierend auf den Themen *ErwSchG* und *ACP*, wurde unter Berücksichtigung der klassischen Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Objektivität) ein an ÄrztInnen gerichteter Fragebogen entwickelt. Der Großteil der Fragestellungen war mit den Items „ja – nein – weiß nicht“ zu beantworten. Einzelne Fragen verlangten nach von diesen Items abweichenden Antwortmöglichkeiten.

Erstellt und durchgeführt wurde die Online-Umfrage mit surveygizmo.com®.

Vor der Aussendung der Umfrage wurde eine schriftliche Genehmigung vonseiten der Klinikleitung, der ärztlichen Direktion und des Betriebsrates des LKH Bregenz eingeholt. Nach Rücksprache bzgl. der Notwendigkeit eines Ethikvotums mit dem Ethikkomitee des Landes Vorarlberg wurde dieses für nicht notwendig befunden, da keine PatientInnen in die Umfrage involviert sind. Die Umfrage wurde von Ende Oktober bis Ende Dezember 2019 mehrmals über den betriebsinternen E-Mail Verteiler an alle ÄrztInnen des LKH Bregenz ausgesendet. Mit den Schwerpunkten Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Urologie, Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Innere Medizin sowie Anästhesie und Intensivmedizin beherbergt das LKH Bregenz acht Fachabteilungen. Die Rücklaufquote betrug nach fünf Aussendungen 29,7 %.

Die statistische Auswertung der gesammelten Ergebnisse bzw. Daten wurde mit Microsoft Excel für Mac (Version 14.7.1) durchgeführt.

X. Resultate

1. Allgemeines

An der Umfrage, welche an die gesamte ÄrztInnenschaft des LKH Bregenz ausgesendet wurde, die laut ärztlicher Direktion im Zeitraum der Aussendung 138 Personen umfasste, nahmen insgesamt 45 ÄrztInnen teil. Davon beantworteten 41 ÄrztInnen alle verbindlichen Fragen, was einer Rücklaufquote von 29,7 % entspricht. Jene vier Personen, welche die Umfrage nur teilweise beantworteten, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

ÄrztInnen aus beinahe allen im LKH Bregenz angesiedelten Fachgebieten haben an der Umfrage teilgenommen (Personenzahl (n) in Klammern):

AllgemeinchirurgInnen 10 % ($n = 4$), AllgemeinmedizinerInnen 24 % ($n = 10$), AnästhesistInnen 15 % ($n = 6$), GynäkologInnen 10 % ($n = 4$), InternistInnen 15 % ($n = 6$), PädiaterInnen 7 % ($n = 3$), RadiologInnen 5 % ($n = 2$), TurnusärztInnen bzw. ÄrztInnen in Basisausbildung 12 % ($n = 5$) und UrologInnen 2 % ($n = 1$). Eine Teilnahme durch ÄrztInnen anderer Fachgruppen blieb aus.

Aufgrund des kleinen TeilnehmerInnenfelds wurden in der Auswertung mehrere Fachgebiete zwecks besserer Übersichtlichkeit und Verwertbarkeit zusammengefasst: Unter dem Aspekt, dass der Großteil der teilnehmenden AllgemeinmedizinerInnen angab sich noch in Ausbildung zu befinden und der Begriff „TurnusärztIn“ häufig als Synonym für AllgemeinmedizinerInnen in Ausbildung eingesetzt wird, wurden AllgemeinmedizinerInnen und TurnusärztInnen sowie eine ÄrztIn in Basisausbildung zu einer Gruppe zusammengefasst (37 %, $n = 15$). AllgemeinchirurgInnen und UrologInnen werden in weiterer Folge als ChirurgInnen zusammengefasst (12 %, $n = 5$).

Von den teilnehmenden ÄrztInnen befanden sich 49 % ($n = 20$) in leitender Position (PrimarIa, OberärztIn), 7 % ($n = 3$) waren FachärztInnen ohne leitende Funktion und 44 % ($n = 18$) befanden sich in Ausbildung. 29 % ($n = 12$) der befragten ÄrztInnen waren Frauen und 71 % ($n = 29$) waren Männer. Aufgrund der geringen TeilnehmerInnenzahl wurden Männer und Frauen dann aber gemeinsam ausgewertet.

Tabelle X.1: Allgemeines

ALLGEMEINES	n / %
AllgemeinchirurgInnen	4 / 10
AllgemeinmedizinerInnen	10 / 24
AnästhesistInnen	6 / 15
GynäkologInnen	4 / 10
InternistInnen	6 / 15
PädiaterInnen	3 / 7
RadiologInnen	2 / 5
Sonstiges: (TurnusärztInnen, Basisausbildung)	5 / 12
UrologInnen	1 / 2
FALLZAHL	41 / 100
In leitender Funktion (PrimärärztIn, OberärztIn)	20 / 49
FachärztInnen	3 / 7
ÄrztInnen in Ausbildung	18 / 44
FALLZAHL	41 / 100
weiblich	12 / 29
männlich	29 / 71
FALLZAHL	41 / 100

2. Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG)

In diesem Abschnitt des Fragebogens wurden grundsätzliche Fragen zum Wissensstand der ÄrztInnen über das neue *ErwSchG* gestellt (TABELLEN X.2 bis X.4).

Mehr als zwei Drittel (68 %, $n = 28$) der ÄrztInnen bestätigten, sie hätten bereits vom neuen *ErwSchG* gehört, während 29 % ($n = 12$) angaben, darüber noch nicht in Kenntnis zu sein und 2 % ($n = 1$) waren sich unsicher. Ergänzend dazu hätten viele der Befragten ÄrztInnen vonseiten der Klinikleitung bisher keine ausreichende Information über das neue *ErwSchG* erhalten (49 %, $n = 20$) bzw. waren sich diesbezüglich unsicher (15 %, $n = 6$). 37 % ($n = 15$) der Befragten bestätigten, dass sie von der Klinikleitung über das *ErwSchG* informiert wurden.

37 % ($n = 15$) bestätigten, dass das neue *ErwSchG* in ihrem Arbeitsumfeld praktische Anwendung findet, während der größere Teil (44 %, $n = 18$) der Befragten nicht wusste, ob dies zutreffe. 20 % ($n = 8$) verneinten eine Anwendung des neuen *ErwSchG* in ihrem Arbeitsumfeld. In diesem Zusammenhang fiel auf, dass 73 % ($n = 11$) der AllgemeinmedizinerInnen nicht darüber in Kenntnis waren, ob in ihrem Arbeitsumfeld im Sinne des neuen *ErwSchG* gearbeitet wird (TABELLE X.3).

Auch das Wissen über die im neuen *ErwSchG* definierten Begrifflichkeiten der Stellvertretung ist sehr unterschiedlich (TABELLE X.2). So waren die „Vorsorgevollmacht“ und die „gesetzliche Vertretung“ 85 % ($n = 35$) bzw. 78% ($n = 32$) der ÄrztInnen ein Begriff, während die „gewählte Vertretung“ und die „gerichtlichen Vertretung“ 54 % ($n = 22$) bzw. 59 % ($n = 24$) den ÄrztInnen weniger bekannt waren. Umgekehrt betrachtet bedeutet das, dass 15 % ($n = 6$) der Befragten nicht wussten, was eine „Vorsorgevollmacht“, 46 % ($n = 19$) der Befragten nicht wussten was eine „gewählte Vertretung“, 22% ($n = 9$) der Befragten nicht wussten, was eine „gesetzliche Vertretung“ und 42 % ($n = 17$) der Befragten nicht wussten, was eine „gerichtliche Vertretung“ ist. Darüber hinaus gaben 5 % ($n = 2$) der Befragten an, keinen der genannten Begriffe zu kennen!

Eine Broschüre für ÄrztInnen und PatientInnen, in welcher die wichtigsten Informationen zum neuen *ErwSchG* enthalten sind, betrachteten 95 % ($n = 39$) der Befragten auch für ÄrztInnen bzw. 98 % ($n = 40$) der Befragten für PatientInnen als hilfreich. Nur eine Befragte sah in einer Informationsbroschüre für ÄrztInnen keinen Bedarf und ebenfalls nur jeweils eine Befragte konnte nicht eindeutig sagen, ob sie eine Broschüre für ÄrztInnen bzw. PatientInnen als hilfreich empfinden würde.

Tabelle X.2: Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz 1

ALLGEMEINES ZUM ERWACHSENENSCHUTZGESETZ	JA n / %	NEIN n / %	WEIß NICHT n / %	FALLZAHL n
1) Haben Sie schon vom neuen <i>ErwSchG</i> gehört?	28 / 68	12 / 29	1 / 2	41
2) Wurden Sie vom Krankenhausträger rechtzeitig und ausreichend über das neue <i>ErwSchG</i> (gültig seit 07/2018) informiert?	15 / 35	20 / 49	6 / 15	41
3) Findet das neue <i>ErwSchG</i> in Ihrem Arbeitsumfeld praktische Anwendung?	15 / 37	8 / 20	18 / 44	41
5) Würden Sie eine Informationsbroschüre für ÄrztInnen über das neue <i>ErwSchG</i> als hilfreich empfinden, in welcher kurz die Begrifflichkeiten, die praktische Anwendung, die Kosten, der Kontakt des Zuständigen Erwachsenenenschutzvereins etc. erläutert werden?	39 / 95	1 / 2	1 / 2	41
6) Würden Sie eine Informationsbroschüre für PatientInnen/Angehörige und StellvertreterInnen über das neue <i>ErwSchG</i> als hilfreich empfinden, in welcher kurz die Begrifflichkeiten, die praktische Anwendung, die Kosten, die Kontaktadresse des zuständigen Erwachsenenenschutzvereins erläutert werden?	40 / 98	0 / 0	1 / 2	41

Tabelle X.3: Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz 2

ALLGEMEINES ZUM ERWACHSENENSCHUTZGESETZ	VORSORGEVOLL- MACHT n / %	GEWÄHLTE VERTRETUNG n / %	GESETZLICHE VERTRETUNG n / %	GERICHTLICHE VERTRETUNG n / %	WEIß NICHT n / %
4) Kennen Sie die Begriffe?	35 / 85	22 / 54	32 / 78	24 / 59	2 / 5

Tabelle X.4: Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz 3

ALLGEMEINES ZUM ERWACHSENENSCHUTZGESETZ 3) Findet das neue <i>ErwSchG</i> in Ihrem Arbeitsumfeld praktische Anwendung? (Prozente beziehen sich auf jeweilige Fallzahl)				FALLZAHL <i>n</i>
JA	NEIN	WEIß NICHT		
<i>n</i> / %	<i>n</i> / %	<i>n</i> / %		
ALLGEMEINMEDIZINERINNEN	1 / 7	3 / 20	11 / 73	15
ANÄSTHESISTINNEN	4 / 67	0 / 0	2 / 33	6
CHIRURGINNEN	3 / 60	2 / 40	0 / 0	5
GYNÄKOLOGINNEN	3 / 80	0 / 0	1 / 20	4
INTERNISTINNEN	4 / 67	0 / 0	2 / 33	6
PÄDIATERINNEN	0 / 0	2 / 67	1 / 33	3
RADIOLOGINNEN	0 / 0	1 / 50	1 / 50	2
SUMME	15 / 37	8 / 20	18 / 44	41

Prozentzahlen bezogen auf jeweilige Fachrichtung

3. Erwachsenenschutzvereine

Die Notwendigkeit einer umfassenden Information der ÄrztInnen über das neue *ErwSchG* mit Hilfe einer Informationsbroschüre spiegelt sich in den Antworten zum Thema Erwachsenenenschutzvereine wieder (TABELLE X.5). So gaben insgesamt 83 % ($n = 34$) der ÄrztInnen an, nicht mit den Aufgaben eines Erwachsenenenschutzvereins vertraut zu sein, wobei hier die Antworten auf „nein“ und „weiß nicht“ wegen gleicher Aussagekraft zusammengefasst wurden. Das bedeutet, dass nur 17 % ($n = 7$) der Befragten über die Aufgaben von Erwachsenenenschutzvereinen Bescheid wissen. Nur 7 % ($n = 3$) der Befragten kennen die Kontaktdaten des für das LKH Bregenz bzw. für Vorarlberg zuständigen Erwachsenenenschutzvereins. Das bedeutet, dass 92 % ($n = 38$) der befragten ÄrztInnen die Kontaktdaten des zuständigen Erwachsenenenschutzvereins nicht kennen! Nur eine ÄrztIn gab an von der Krankenhausleitung Informationen über die Kontaktdaten des zuständigen Erwachsenenenschutzvereins erhalten zu haben, während 71 % ($n = 29$) dies verneinten und 27 % ($n = 11$) sich diesbezüglich unsicher waren. Darüber hinaus gab es 90 % ($n = 37$) der ÄrztInnen zufolge vonseiten der Krankenhausleitung bisher keine entsprechende Information über die Kosten, welche bei Errichtung einer Erwachsenenvertretung entstehen.

Tabelle X.5: Erwachsenenenschutzvereine

ERWACHSENENSCHUTZVEREINE	JA <i>n</i> / %	NEIN <i>n</i> / %	WEIß NICHT <i>n</i> / %	FALLZAHL <i>n</i>
7) Wissen Sie was die Aufgaben eines Erwachsenenenschutzvereins sind?	7 / 17	32 / 78	2 / 5	41
8) Kennen Sie die Kontaktdaten des für Ihr KH zuständigen Erwachsenenenschutzvereins?	3 / 7	37 / 90	1 / 2	41
9) Sind Sie von Ihrer Krankenhausleitung über die Kontaktdaten des für Ihre PatientInnen zuständigen Erwachsenenenschutzvereins informiert worden?	1 / 2	29 / 71	11 / 27	41
10) Sind Sie von Ihrer Krankenhausleitung über die Kosten informiert worden, die bei der Errichtung einer Vorsorgevollmacht, gewählten / gesetzlichen / gerichtlichen Vertretung für die PatientInnen/Angehörigen entstehen?	0 / 0	37 / 90	4 / 10	41

4. Persönliche Erfahrungen mit dem Erwachsenenschutzgesetz

Anknüpfend an das Thema Erwachsenenschutzvereine wurde untersucht, ob die teilnehmenden ÄrztInnen im privaten Umfeld selbst schon einmal die Stellvertretung für eine ihnen nahestehende Person übernommen haben (TABELLE X.6).

Jeweils 5 % ($n = 2$) der befragten ÄrztInnen bestätigten, schon als Vorsorgebevollmächtigte bzw. gewählte VertreterInnen für eine ihnen nahestehende Person tätig gewesen zu sein, was bedeutet, dass 90 % ($n = 37$) der Befragten bisher keine eigenen Erfahrungen als VertreterInnen im Sinne des neuen *ErwSchG* haben.

Tabelle X.6: Persönliche Erfahrungen mit dem Erwachsenenschutzgesetz

PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN MIT DEM ERWACHSENENSCHUTZGESETZ	JA, als Vorsorgebevoll- mächtigte <i>n / %</i>	JA, als gewählte VertreterIn <i>n / %</i>	NEIN <i>n / %</i>	FALLZAHL <i>n</i>
11) Waren Sie selbst schon einmal in der Rolle der StellvertreterIn für eine Ihnen nahestehende Person?	2 / 5	2 / 5	37 / 90	41

Frage 12 bis 18:

Da die Fragen 12 bis 18, die sich auf die Erfahrungen von ÄrztInnen bezüglich ihrer eigenen Übernahme von StellvertreterInnen Funktionen beziehen, von vielen TeilnehmerInnen falsch verstanden wurden, sind die Antworten nicht verwertbar und die Fragen wurden nicht ausgewertet und auch nicht diskutiert.

5. Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag

Wie die ÄrztInnen am LKH Bregenz die Durchführung von Maßnahmen, welche im Zusammenhang mit dem neuen *ErwSchG* stehen, im klinischen Alltag erleben, anwenden und inwieweit sie darin eine sinnvolle Hilfestellung für ihre medizinische Arbeit sehen, wird im Folgenden näher erläutert und ist in den TABELLEN X.7 bis X.10 ersichtlich.

15 % ($n = 6$) der teilnehmenden ÄrztInnen gaben an, dass ihre PatientInnen bei der Aufnahme routinemäßig nach dem Vorliegen einer Erwachsenenvertretung gefragt werden, 44 % ($n = 18$) meinten, dass dies gelegentlich vorkomme. 7 % ($n = 3$) verneinten, dass bei der Aufnahme nach einer Erwachsenenvertretung gefragt wird und 34 % ($n = 14$) wussten nicht, ob ihre PatientInnen danach gefragt werden.

20 % ($n = 8$) der befragten ÄrztInnen gaben an, dass PatientInnen bei der Aufnahme routinemäßig nach einer PatientInnenverfügung gefragt werden und 46 % ($n = 19$) der Teilnehmenden gaben an, dass das gelegentlich der Fall sei. PatientInnen im Arbeitsumfeld von AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen, ChirurgInnen und AnästhesistInnen werden häufiger nach der Existenz einer Erwachsenenvertretung oder PatientInnenverfügung gefragt (TABELLEN X.8 und X.9).

Im Falle vorliegender Informationen zur Erwachsenenvertretung einer PatientIn ist dies 34 % ($n = 14$) der Befragten zufolge gut sichtbar im offiziellen Krankenhausdokumentationssystem dokumentiert, während 37 % ($n = 15$) meinten, dass dies nicht der Fall sei und 29 % ($n = 12$) darüber keine Kenntnis hatten. 83 % ($n = 34$) der Befragten sprachen sich dafür aus, dass die Dokumentation von einer vorliegenden Erwachsenenvertretung und PatientInnenverfügung für die BehandlerInnen besser sichtbar gemacht werden müsste, während eine ÄrztIn darin keinen Bedarf sah und 15 % ($n = 6$) hierzu keine klare Meinung hatten.

37 % ($n = 15$) der befragten ÄrztInnen bestätigten, dass sie bereits in den Errichtungsprozess einer Erwachsenenvertretung ihrer PatientInnen involviert waren, während 61 % ($n = 25$) das verneinten sowie eine ÄrztIn sich diesbezüglich nicht sicher war. 68 % ($n = 28$) würden es sinnvoll finden, wenn Risiko-PatientInnen mit fraglich gutem Rehabilitationspotenzial vor einer elektiven Behandlung im Rahmen der Aufklärung eine Vertrauensperson benennen müssten, welche sich dann offiziell als StellvertreterIn registrieren lassen sollte. Im Gegensatz dazu konnten 22 % ($n = 9$) der befragten ÄrztInnen keinen Vorteil in diesen Maßnahmen erkennen und 10 % ($n = 4$) hatten auch hierzu keinen klaren Standpunkt. Die Frage, ob die ÄrztInnen für dieselbe Situation die verpflichtende Errichtung einer PatientInnenverfügung sinnvoll fänden, beantworteten 66 % ($n = 27$) mit „ja“, 15 % ($n = 6$) mit „nein“ und 20 % ($n = 8$) mit „weiß nicht“.

Mit der Ausnahme einer ÄrztIn würden alle ÄrztInnen (98 %, $n = 40$) gute Informationen über die Wünsche und Wertevorstellungen ihrer PatientInnen für den Fall, dass diese nicht mehr für sich selbst sprechen können, als hilfreich empfinden. Darüber hinaus gaben 95 %

($n = 39$) an, dass es ihre klinische Arbeit bei schwierigen medizinischen Entscheidungen erleichtern würde, wenn PatientInnen eine Vorsorgevollmacht bzw. PatientInnenverfügung hätten. Für lediglich zwei ÄrztInnen würde dies keine Erleichterung darstellen.

7 % ($n = 3$) der Befragten bestätigen die Existenz einer vonseiten der Krankenhausleitung erstellten Regelung (*Standard Operation Procedure* - SOP) für PatientInnen, die schlecht bzw. nicht für sich selbst sprechen können und welche bisher noch keine Maßnahmen für den Fall einer Einwilligungsunfähigkeit ergriffen haben. 34 % ($n = 14$) der Befragten gaben an, dass es dafür keine SOP gibt und 59 % ($n = 24$) waren darüber nicht in Kenntnis.

Tabelle X.7: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 1

ERWACHSENENSCHUTZGESETZ IM KLINISCHEN ALLTAG	JA <i>n / %</i>	GELE- GENTLICH <i>n / %</i>	NEIN <i>n / %</i>	WEIß NICHT <i>n / %</i>	FALLZAHL <i>n</i>
19) Werden in Ihrem KH PatientInnen bei der Aufnahme befragt, ob sie eine/n Vorsorgebevollmächtigte/n bzw. eine VertreterIn (gesetzlich, gerichtlich) haben?	6 / 15	18 / 44	3 / 7	14 / 34	41
20) Werden in Ihrem KH PatientInnen bei der Aufnahme befragt, ob sie eine PatientInnenverfügung haben?	8 / 20	19 / 46	5 / 12	9 / 22	41

Tabelle X.8: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 2

ERWACHSENENSCHUTZ-GESETZ IM KLINISCHEN ALLTAG	JA <i>n / %</i>	GELE- GENTLICH <i>n / %</i>	NEIN <i>n / %</i>	WEIß NICHT <i>n / %</i>	FALLZAHL <i>n</i>
19) Werden in Ihrem KH PatientInnen bei der Aufnahme befragt, ob sie eine/n Vorsorgebevollmächtigte/n bzw. eine VertreterIn (gesetzlich, gerichtlich) haben?					
ALLGEMEINMEDIZINERINNEN	1 / 7	10 / 67	0 / 0	4 / 27	15
ANÄSTHESISTINNEN	1 / 17	4 / 67	0 / 0	1 / 17	6
CHIRURGINNEN	0 / 0	1 / 20	1 / 20	3 / 60	5
GYNÄKOLOGINNEN	0 / 0	1 / 25	2 / 50	1 / 25	4
INTERNISTINNEN	4 / 67	1 / 17	0 / 0	1 / 17	6
PÄDIATERINNEN	0 / 0	1 / 33	0 / 0	2 / 67	3
RADIOLOGINNEN	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2 / 100	2
SUMME	6 / 15	18 / 44	3 / 7	14 / 34	41

Prozentzahlen bezogen auf jeweilige Fachrichtung

Tabelle X.9: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 3

ERWACHSENENSCHUTZ-GESETZ IM KLINISCHEN ALLTAG					FALLZAHL
20) Werden in Ihrem KH PatientInnen bei der Aufnahme befragt, ob sie eine PatientInnenverfügung haben?	JA	GELE- GENTLICH	NEIN	WEIß NICHT	
	<i>n / %</i>	<i>n / %</i>	<i>n / %</i>	<i>n / %</i>	
	<i>n</i>				
ALLGEMEINMEDIZINERINNEN	1 / 7	10 / 67	0 / 0	4 / 27	15
ANÄSTHESISTINNEN	3 / 50	2 / 33	1 / 17	0 / 0	6
CHIRURGINNEN	0 / 0	3 / 60	2 / 40	0 / 0	5
GYNÄKOLOGINNEN	0 / 0	1 / 25	2 / 50	1 / 25	4
INTERNISTINNEN	4 / 67	2 / 33	0 / 0	0 / 0	6
PÄDIATERINNEN	0 / 0	1 / 33	0 / 0	2 / 67	3
RADIOLOGINNEN	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2 / 100	2
SUMME	8 / 20	19 / 46	5 / 12	9 / 22	41

Prozentzahlen bezogen auf jeweilige Fachrichtung

Tabelle X.10: Erwachsenenschutzgesetz im klinischen Alltag 4

ERWACHSENENSCHUTZGESETZ IM KLINISCHEN ALLTAG	JA n / %	NEIN n / %	WEIß NICHT n / %	FALLZAHL n
21) Gibt es eine gut sichtbare Dokumentation dieser Information in Ihrem offiziellen Krankenhausdokumentationssystem?	14 / 34	15 / 37	12 / 29	41
22) Falls es keine gut sichtbare Dokumentation in Ihrem Haus gibt, würden Sie sich eine solche Dokumentation wünschen?	34 / 83	1 / 2	6 / 15	41
23) Waren Sie selbst schon einmal in die Organisation der Errichtung einer Stellvertretung für eine/n Ihrer PatientInnen involviert (z.B. gewählte Vertretung oder gesetzliche/gerichtliche Vertretung)?	15 / 37	25 / 61	1 / 2	41
24) Würden Sie es sinnvoll finden, wenn schwer kranke, co-morbide PatientInnen mit fraglich gutem Reha-Potenzial in Nicht-Notfall-Situationen vor einem Eingriff bzw. einer Behandlung im Rahmen der Aufklärung eine PatientInnenverfügung errichten müssten?	27 / 66	6 / 15	8 / 20	41
25) Würden Sie es sinnvoll finden, wenn schwer kranke, co-morbide PatientInnen mit fraglich gutem Rehabilitationspotenzial in Nicht-Notfall-Situationen im Rahmen der Aufklärung eine Vertrauensperson benennen müssten, die sich dann als „gewählte VertreterIn“ offiziell registrieren lassen muss?	28 / 68	9 / 22	4 / 10	41
26) Würden Sie eine gute Information über die Wünsche Ihrer PatientInnen für den Fall, dass diese nicht mehr für sich selbst sprechen könnten, als hilfreich empfinden (z.B. Intensivstation, Pflegeheim, etc.)?	40 / 98	0 / 0	1 / 2	41
27) Würde es Ihre klinische Arbeit bei schwierigen medizinischen Entscheidungen erleichtern, wenn PatientInnen eine Vorsorgevollmacht und/oder PatientInnenverfügung hätten?	39 / 95	2 / 5	0 / 0	41
28) Gibt es von der ärztlichen Direktion oder Rechtsabteilung Ihres KH eine Standard Operating Procedure (SOP) für PatientInnen, die schlecht bzw. gar nicht für sich sprechen können?	3 / 7	14 / 34	24 / 59	41

6. Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores

Inwieweit Hilfsmittel zur Einschätzung der Lebensqualität oder körperlichen Fitness in der klinischen Routine Anwendung finden und wie die ÄrztInnen einzelne Risiko-Scores beurteilen, wird im folgenden Teil des Fragebogens eruiert (TABELLEN X.11 bis X.14). Wenige ÄrztInnen (jeweils 17 %, $n = 7$) bestätigten, dass in ihrem Arbeitsumfeld zu Beginn bzw. am Ende des KH-Aufenthalts oder einer Behandlung eine Beurteilung hinsichtlich der Lebensqualität und Fitness von PatientInnen erfolgt. Ein Großteil der Befragten gab an, dass dies weder zu Beginn (44 %, $n = 18$), noch am Ende (49 %, $n = 20$) des KH-Aufenthalts oder einer Behandlung erfasst wird. Darüber hinaus wussten 39 % ($n = 16$) bzw. 34 % ($n = 14$) der befragten ÄrztInnen nicht, ob Lebensqualität und körperliche Fitness vor bzw. nach dem KH-Aufenthalt routinemäßig ermittelt werden.

Von jenen 17 % ($n = 7$) der Befragten, welche eine Erhebung von Lebensqualität und Fitness zu Beginn oder am Ende des KH-Aufenthalts bestätigten, wurde erfragt, durch welche Berufsgruppen diese Erhebung durchgeführt wird (TABELLEN X.12 und X.13). Zu Beginn des KH-Aufenthalts würden sowohl das Pflegepersonal ($n = 5$) als auch ÄrztInnen ($n = 5$) diese Informationen erheben. Zusätzlich wurden Angehörige ($n = 1$) und Familienanamnese ($n = 1$) genannt. Am Ende des KH-Aufenthalts würden Lebensqualität bzw. Fitness durch das Pflegepersonal ($n = 5$), ÄrztInnen ($n = 4$), Case Management ($n = 1$), PhysiotherapeutInnen ($n = 1$), oder die Familie ($n = 1$) erhoben.

Daran anknüpfend wurde erhoben, ob ÄrztInnen den verpflichtenden Einsatz von Risiko-Scores vor elektiven Behandlungen mit dem Ziel, Risiko-PatientInnen besser zu identifizieren sowie deren Rehabilitationspotenzial besser einzuschätzen zu können, sinnvoll finden würden. Während 34 % ($n = 14$) diese Maßnahmen ablehnten und 22 % ($n = 9$) dazu keine klare Position bezogen, sprachen sich 44 % ($n = 18$) der befragten ÄrztInnen für eine Umsetzung dieser Maßnahmen aus.

Zusätzlich wurde die Frage gestellt, inwieweit die teilnehmenden ÄrztInnen die Verwendung des ADL-Scores (Activities of Daily Life - Score), der Frailty-Scale (dt. Gebrechlichkeitsskala) bzw. des SPICT (Supportive and Palliative Indicator Care Tool) als hilfreich für die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials betrachteten. Mehr als die Hälfte (56 %, $n = 23$) der ÄrztInnen betrachtete den ADL-Score als gutes Hilfsmittel, gefolgt von der Frailty-Scale (27 %, $n = 11$) und dem SPICT (20 %, $n = 8$). Keinen dieser Scores als hilfreich empfanden jeweils drei der befragten ÄrztInnen. Nicht eindeutig angeben, ob sie die genannten Scores als hilfreich für die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials sehen, konnten 37 % ($n = 15$; ADL-Score), 66 % ($n = 27$; Frailty-Scale) bzw. 73 % ($n = 30$; SPICT) der Teilnehmenden. Die Anwendung von Scores vor elektiven Behandlungen zur Identifizierung von Risiko-PatientInnen (z.B. mittels Ampelsystem) fänden 54 % ($n = 22$) der Befragten sinnvoll, 12 % ($n = 5$) hielten dies nicht für angezeigt und 34 % ($n = 14$) hatten hierzu keinen klaren Standpunkt.

Daran anknüpfend wurde gefragt, welche Scores und Hilfsmittel die teilnehmenden ÄrztInnen selbst als hilfreich zu Identifizierung von Risiko-PatientInnen betrachteten und auch verwendeten (Tabelle X.14). Neben dem ADL-Score ($n = 3$), der Frailty-Scale ($n = 3$) sowie dem SPICT ($n = 1$), nannten die ÄrztInnen den Lee-Index ($n = 1$), das metabolische Äquivalent ($n = 1$), den Mini-Mental-Test ($n = 1$) sowie die Erfassung von „Komorbiditäten, Alter, Fitness“ ($n = 1$). Eine ÄrztIn wollte „nicht noch mehr Zettel um irgendwas zu beschreiben, das man sofort erkennt“.

Tabelle X.11: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 1

ERHEBUNG VON LEBENSQUALITÄT UND RISIKO-SCORES	JA <i>n / %</i>	NEIN <i>n / %</i>	WEIß NICHT <i>n / %</i>	FALLZAHL <i>n</i>
29) Wird in Ihrem Arbeitsumfeld die Leistungsfähigkeit bzw. Lebensqualität von PatientInnen VOR dem Krankenhausaufenthalt/der Behandlung erfasst?	7 / 17	18 / 44	16 / 39	41
30) Wird in Ihrem Arbeitsumfeld die Leistungsfähigkeit bzw. Lebensqualität von PatientInnen NACH dem Krankenhausaufenthalt/der Behandlung erfasst?	7 / 17	20 / 49	14 / 34	41
31) Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn Scores zur besseren Einschätzung des Reha-Potenzials der PatientInnen VOR medizinischen Behandlungen (z.B. OP, Radiatio, Chemotherapie, Intensivtherapie etc...) mit dem Ziel der Identifizierung von Hochrisiko-PatientInnen verpflichtend eingeführt würden?	18 / 44	14 / 34	9 / 22	41
32) Würden Sie die Durchführung eines ADL-Scores (Activity of Daily Live Score) als hilfreich für die Einschätzung des Reha-Potenzials empfinden?	23 / 56	3 / 7	15 / 37	41
33) Würden Sie die Durchführung eines Frailty-Scores (z.B. Dalhousie frailty Scale) als hilfreich für die Einschätzung des Reha-Potenzials empfinden?	11 / 27	3 / 7	27 / 66	41
34) Würden Sie die Einführung bzw. Durchführung des SPICT (Supportive and Palliative Indicator Care Tool) als hilfreich für die Einschätzung des Reha-Potenzials empfinden?	8 / 20	3 / 7	30 / 73	41
35) Würden Sie es für sinnvoll halten mittels z.B. eines „Ampelsystems“(z.B. ADL+ Frailty Score), Hochrisiko-PatientInnen zu identifizieren, die vor der elektiven Durchführung von Behandlungen interdisziplinär besprochen und im Sinne des neuen <i>ErwSchG</i> aufgeklärt werden müssen?	22 / 54	5 / 12	14 / 34	41

Tabelle X.12: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 2

ERHEBUNG VON LEBENSQUALITÄT UND RISIKO-SCORES	
Ergänzung Frage 29; Wenn ja, durch wen? (offene Frage)	<i>n</i>
Nennungen	
ÄrztInnen	5
Pflegepersonal	5
Angehörige	1
Fremdanamnese	1

Tabelle X.13: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 3

ERHEBUNG VON LEBENSQUALITÄT UND RISIKO-SCORES	
Ergänzung Frage 30; Wenn ja, durch wen? (offene Frage)	<i>n</i>
Nennungen	
Case Management	1
Physiotherapeuten	1
Pflegepersonal	5
ärztliches Personal	4
Familie	1

Tabelle X.14: Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores 4

ERHEBUNG VON LEBENSQUALITÄT UND RISIKO-SCORES	
36) Bitte nennen Sie einen oder mehrere Score/s, den/die Sie für sinnvoll zur Identifizierung von HochrisikopatientInnen erachten würden (offene Frage):	<i>n</i>
Nennungen	
SPICT-Score	1
ADL-Score	3
Frailty-Score	3
Lee-Index [Synonyme: RCI, RCRI (Revised Cardiac Risk Index)]	1
MET (Metabolisches Äquivalent)	1
MMT (Mini-Mental-Test)	1
Nicht noch mehr Zettel um irgendwas zu beschreiben das man sofort erkennt.	1
Komorbiditäten, Alter, Fitness	1

7. Ärztliches Entscheiden und Handeln

Inwieweit das Konzept der *Therapiezieländerung*, welches als De-Eskalationsszenario zu verstehen ist und dann zum Tragen kommen soll, wenn eine Heilung aussichtslos ist und Palliativmedizin mit dem Ziel des *Sterbens in Würde* ermöglicht werden soll, von den ÄrztInnen am LKH Bregenz umgesetzt wird, zeigen folgende Resultate (TABELLEN X.15 bis X.18).

Zunächst wurde ermittelt, inwiefern ÄrztInnen der Ansicht sind, dass ihre KollegInnen Entscheidungen zur *Therapiezieländerung* eher vermeiden. 32 % ($n = 13$) gaben an, dass ihre KollegInnen den Schritt zur Durchführung einer *Therapiezieländerung* eher vermeiden und alle technisch und medizinisch machbaren Schritte setzen würden, um das Leben ihrer PatientInnen zu erhalten. 54 % der befragten ÄrztInnen ($n = 22$) gaben an, dass sie diesen Eindruck nicht hätten und 15 % ($n = 6$) konnten sich nicht eindeutig äußern. 37 % ($n = 15$) der befragten ÄrztInnen gaben an, sich rechtlich sicherer zu fühlen, wenn sie alle technisch, medikamentös oder medizinisch machbaren Schritte in der Behandlung ihrer PatientInnen unternehmen würden. 46 % ($n = 19$) gaben an, sie fühlten sich durch die Umsetzung aller technischen, medikamentösen bzw. medizinisch machbaren Schritte nicht rechtlich sicherer und weitere 17 % ($n = 7$) bezogen hierzu nicht eindeutig Stellung. Darüber hinaus bestätigte die Hälfte der ÄrztInnen (51 %, $n = 21$) Sorge vor juristischen Konsequenzen zu haben, wenn sie nicht alles technisch, medikamentös, medizinisch Mögliche unternehmen, während 46 % ($n = 19$) angaben davor nicht Angst zu haben und wiederum eine ÄrztIn hierzu keine klare Position bezog. Auch wenn die Fallzahlen in einzelnen Fachgebieten mitunter sehr gering waren, fiel in beiden Fragen auf, dass insbesondere AllgemeinmedizinerInnen, GynäkologInnen, PädiaterInnen und RadiologInnen diesbezüglich eher Sorgen vor juristischen Konsequenzen haben, während vor allem AnästhesistInnen, ChirurgInnen und InternistInnen diese Sorge vor juristischen Konsequenzen nicht teilten (TABELLEN X.16 und X.17).

Daran anknüpfend waren jeweils zwei TeilnehmerInnen der Ansicht, dass in ihrer Abteilung sehr häufig bzw. häufig Therapien nur aufgrund technischer und medizinischer Machbarkeit weiterlaufen, obwohl die PatientInnen davon nicht mehr profitieren. 27 % ($n = 11$) gaben an, dass sie in ihren Abteilungen gelegentlich inadäquate Behandlungen miterleben. Im Umfeld der allermeisten Befragten kam es selten (32 %, $n = 13$) oder sehr selten (29 %, $n = 12$) zu inadäquaten Behandlungen. Eine ÄrztIn hatte inadäquate Behandlungen in ihrer Abteilung noch nie erlebt.

Für die Hälfte der Befragten (51 %, $n = 21$) sei es schwer auszuhalten, dass Therapien manchmal weitergeführt werden, obwohl eine Heilung ausgeschlossen und ein Überleben unwahrscheinlich ist. Im Gegenteil dazu gaben 22 % ($n = 9$) an, sich diesbezüglich wenig bzw. nicht belastet zu fühlen und weitere 27 % ($n = 11$) bezogen hierzu keinen klaren Standpunkt. Gleichzeitig bestätigten 61 % ($n = 25$) der befragten ÄrztInnen, dass in ihrem

Arbeitsumfeld gut und rechtzeitig über *Therapiezieländerungen* diskutiert werde. Allerdings waren 24 % ($n = 10$) der Auffassung, dass dies nicht zutreffe und wiederum 15 % ($n = 6$) konnten dazu nichts sagen.

Auf die Frage, ob es eher die Pflege ist, die im Behandlungsteam auf ausweglose Situationen aufmerksam macht und eine *Therapiezieländerung* als erstes anspricht und einfordert, gingen die Antworten auseinander: Während 32 % ($n = 13$) der ÄrztInnen dem zustimmten, sei das laut 34 % ($n = 14$) nicht der Fall und wiederum 34 % ($n = 14$) wussten es nicht.

In weiterer Folge gaben 68 % ($n = 28$) der TeilnehmerInnen an häufig den Eindruck zu haben, dass PatientInnen oder deren Angehörige unrealistische Dinge von ihnen verlangen, während 24 % ($n = 10$) das verneinten und sich 7 % ($n = 3$) in dieser Frage nicht eindeutig festlegten.

In der das Thema abschließenden Frage bestätigten 39 % ($n = 16$) der Befragten, dass sie eine konsequente Umsetzung des neuen *ErwSchG* in ihrem Arbeitsumfeld, mit dem Ziel schwierige medizinische Entscheidungen zu erleichtern, als sinnvoll empfinden würden. Eine ÄrztIn fand das nicht sinnvoll und 59 % ($n = 24$) hatten dazu keine klare Meinung.

Tabelle X.15: Ärztliches Entscheiden und Handeln 1

ÄRZTLICHES ENTSCHEIDEN UND HANDELN	JA <i>n / %</i>	NEIN <i>n / %</i>	WEIß NICHT <i>n / %</i>	FALLZAHL <i>n</i>
37) Haben Sie den Eindruck, dass Ihre KollegInnen das Thema <i>Therapiezieländerung (TZÄ)</i> eher vermeiden und eher „Alles machen“ wenn es technisch/medizinisch möglich ist?	13 / 32	22 / 54	6 / 15	41
38) Fühlen Sie sich rechtlich sicherer, wenn Sie alles technisch/medikamentös/medizinische Mögliche gemacht haben?	15 / 37	19 / 46	7 / 17	41
39) Haben Sie Sorge vor juridischer Verfolgung, wenn sie nicht alles technisch/medikamentös/medizinisch Mögliche tun (unterlassenen Hilfeleistung/fahrlässige Tötung)?	21 / 51	19 / 46	1 / 2	41
41) Ist es für Sie schwer auszuhalten, dass Therapien manchmal weitergeführt werden, obwohl eine Heilung ausgeschlossen und ein Überleben sehr unwahrscheinlich ist (Futility)?	21 / 51	9 / 22	11 / 27	41
42) Finden Sie, dass in Ihrem Arbeitsumfeld innerhalb der behandelnden ÄrztInnen-Teams (auch interdisziplinär) gut und rechtzeitig über eine <i>Therapiezieländerung</i> diskutiert wird?	25 / 61	10 / 24	6 / 15	41
43) Ist es eher die Pflege, die das ÄrztInnen-Team auf die ausweglose Situation aufmerksam macht und eine <i>TZÄ</i> als erstes anspricht/einfordert?	13 / 32	14 / 34	14 / 34	41
44) Haben Sie den Eindruck, dass PatientInnen und Ihre Angehörigen oft unrealistische Dinge von Ihnen verlangen, die selbst moderne Medizin nicht leisten kann?	28 / 68	10 / 24	3 / 7	41
45) Würden Sie die konsequente Umsetzung des neuen <i>ErwSchG</i> in Ihrem Arbeitsumfeld/KH als sinnvoll und als Erleichterung für Ihre tägliche Arbeit - vor allem beim Treffen schwieriger medizinischer Entscheidungen - empfinden?	16 / 39	1 / 2	24 / 59	41

Tabelle X.16: Ärztliches Entscheiden und Handeln 2

ÄRZTLICHES ENTSCHEIDEN UND HANDELN	JA <i>n / %</i>	NEIN <i>n / %</i>	WEIß NICHT <i>n / %</i>	FALLZAHL <i>n</i>
38) Fühlen Sie sich rechtlich sicherer, wenn Sie alles technisch/medikamentös/medizinische Mögliche gemacht haben?				
ALLGEMEINMEDIZINERINNEN	8 / 53	3 / 20	4 / 27	15
ANÄSTHESISTINNEN	1 / 17	5 / 83	0 / 0	6
CHIRURGINNEN	0 / 0	5 / 100	0 / 0	5
GYNÄKOLOGINNEN	2 / 50	1 / 25	1 / 25	4
INTERNISTINNEN	1 / 17	5 / 83	0 / 0	6
PÄDIATERINNEN	2 / 67	0 / 0	1 / 33	3
RADIOLOGINNEN	1 / 50	0 / 0	1 / 50	2
SUMME	15 / 37	19 / 46	7 / 17	41

Prozentzahlen bezogen auf jeweilige Fachrichtung

Tabelle X.17: Ärztliches Entscheiden und Handeln 3

ÄRZTLICHES ENTSCHEIDEN UND HANDELN 39) Haben Sie Sorge vor juridischer Verfolgung, wenn sie nicht alles technisch/medikamentös/medizinisch Mögliche tun (unterlassenen Hilfeleistung/fahrlässige Tötung)?				FALLZAHL
	JA <i>n / %</i>	NEIN <i>n / %</i>	WEIß NICHT <i>n / %</i>	
ALLGEMEINMEDIZINERINNEN	12 / 80	3 / 20	0 / 0	15
ANÄSTHESISTINNEN	2 / 33	4 / 67	0 / 0	6
CHIRURGINNEN	0 / 0	5 / 100	0 / 0	5
GYNÄKOLOGINNEN	3 / 75	1 / 25	0 / 0	4
INTERNISTINNEN	0 / 0	6 / 100	0 / 0	6
PÄDIATERINNEN	2 / 67	0 / 0	1 / 33	3
RADIOLOGINNEN	2 / 100	0 / 0	0 / 0	2
SUMME	21 / 51	19 / 46	1 / 2	41

Prozentzahlen bezogen auf jeweilige Fachrichtung

Tabelle X.18: Ärztliches Entscheiden und Handeln 4

ÄRZTLICHES ENTSCHEIDEN UND HANDELN 40) Haben Sie das Gefühl, dass in Ihrer Abteilung manchmal Therapien weiterlaufen, weil sie technisch machbar sind, obwohl die PatientIn davon nicht mehr profitiert? (Leiden verlängert/Sterben hinausgezögert wird)	
	<i>n / %</i>
sehr häufig	2 / 5
häufig	2 / 5
gelegentlich	11 / 27
selten	13 / 32
sehr selten	12 / 29
nie	1 / 2
gesamt	41 / 100

8. Ansprechen sensibler Themen und Überbringen schlechter Nachrichten

Das Kommunizieren individueller Risiken und das Ansprechen einer ungünstigen Prognose sowie das Führen eines *Vorsorgedialogs* stellen besondere Herausforderungen im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung dar. Wie souverän sich die ÄrztInnen diesbezüglich fühlen und wie sie die Aus-, und Fortbildungsmöglichkeiten in diesem Bereich beurteilen, wird durch folgende Resultate ersichtlich (TABELLE X.19).

46 % ($n = 19$) der befragten ÄrztInnen empfinden es als schwierig, PatientInnen bzw. deren Angehörige darüber aufzuklären, dass eine Heilung aussichtslos ist und rechtzeitige palliativ-medizinische Maßnahmen im Sinne einer *Therapiezieländerung* der sinnvollere Weg wären.

46 % ($n = 19$) gaben an, dass ihnen die Vermittlung dieser sensiblen Gesprächsinhalte keine besonderen Schwierigkeiten bereite; 7 % ($n = 3$) hatten hierzu keinen klaren Standpunkt.

Darüber hinaus geht für 39 % ($n = 16$) das Ansprechen von Lebensende und Sterben mit erhöhter emotionaler Belastung einher, während mehr als die Hälfte der Befragten (54 %, $n = 22$) angab diesbezüglich wenige bzw. keine Probleme zu haben; 7 % ($n = 3$) machten hierzu keine eindeutigen Angaben.

34 % ($n = 14$) der befragten ÄrztInnen gaben an, dass im Zuge ihrer Ausbildung ausreichend Möglichkeiten zum Trainieren schwieriger Gesprächsinhalte (Sterben, Tod, ungünstige Prognose) vorhanden waren. 63 % ($n = 26$) der Befragten gaben an, dass sie in ihrer Ausbildungszeit nicht genügend Übungssituationen dazu hatten und eine ÄrztIn machte hierzu keine eindeutigen Angaben. Allerdings hatten über die Hälfte der TeilnehmerInnen (56 %, $n = 23$) gute klinische *role models* (erfahrene KollegInnen, OberärztInnen), welche ihnen eine gute Gesprächskultur vorgelebt haben. 39 % ($n = 16$) gaben an keine entsprechende *role models* gehabt zu haben und 5 % ($n = 2$) machten diesbezüglich keine klaren Angaben. Folglich würden sich 63 % ($n = 26$) der befragten ÄrztInnen im Rahmen des Studiums eine umfangreichere Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung wünschen; 78 % ($n = 32$) sahen großen Bedarf am Ausbau des postpromotionellen Aus- und Fortbildungsangebots in ärztlicher Gesprächsführung. Mit dem bestehenden Angebot zufrieden waren bzgl. Studium 27 % ($n = 11$) und bzgl. postpromotioneller Aus- und Fortbildung 17 % ($n = 7$). Keine eindeutigen Angaben diesbezüglich machten 10 % ($n = 4$, betreffend Studium) bzw. 5 % ($n = 2$, betreffend postpromotioneller Ausbildung).

Tabelle X.19: Ansprechen sensibler Themen und Überbringen schlechter Nachrichten

ANSPRECHEN SENSIBLER THEMEN UND ÜBERBRINGEN SCHLECHTER NACHRICHTEN	JA n / %	NEIN n / %	WEIß NICHT n / %	FALLZAHL n
46) Finden sie es schwierig mit PatientInnen bzw. deren StellvertreterInnen oder Angehörigen darüber zu sprechen, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist und rechtzeitige palliativ-medizinische Maßnahmen im Rahmen einer TZÄ der sinnvollere Weg wären?	19 / 46	19 / 46	3 / 7	41
47) Ist es für Sie als aufklärende ÄrztIn emotional schwierig die Themen Lebensende und Sterben anzusprechen?	16 / 39	22 / 54	3 / 7	41
48) Hatten Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung ausreichend Möglichkeiten dieses Gesprächs-Szenario zu trainieren?	14 / 34	26 / 63	1 / 2	41
49) Hatten/Haben Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung gute klinische „Role Models“ (OberärztInnen, „Chefs“), die Ihnen vorgelebt haben, wie eine ÄrztIn gut über TZÄ/Lebensende/Sterben mit PatientInnen und deren Angehörigen/StellvertreterInnen spricht?	23 / 56	16 / 39	2 / 5	41
50) Würden Sie sich im Rahmen des Studiums mehr Fortbildungen zum Thema ärztliche Gesprächsführung, sowohl Arzt-PatientInnen-, als auch ÄrztIn-ÄrztIn-Gespräche wünschen?	26 / 63	11 / 27	4 / 10	41
51) Würden Sie sich im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung mehr Fortbildungen zum Thema ärztliche Gesprächsführung, sowohl ÄrztIn-PatientInnen-, als auch ÄrztIn-ÄrztIn-Gespräche wünschen?	32 / 78	7 / 17	2 / 5	41

9. Advance Care Planning (ACP)

Welche Bedeutung die teilnehmenden ÄrztInnen dem Konzept *ACP* beimessen und inwiefern sie dieses anwenden, wird im Folgenden erläutert und in den TABELLEN X.20 bis X.22 ersichtlich.

Je 20 % ($n = 8$) der Befragten bejahten bzw. verneinten eine Anwendung von *ACP* in ihrem Arbeitsumfeld. Der Großteil der Befragten (61 %, $n = 25$) wusste nicht, ob das Konzept in ihrem Umfeld angewendet wird. Mit den folgenden Fragen galt es herauszufinden, wie viel Erfahrung die befragten ÄrztInnen zum Thema *ACP* haben.

29 % ($n = 12$) der Befragten fänden es gut, wenn mit allen PatientInnen im Rahmen der ärztlichen Aufklärung ein *Vorsorgedialog* geführt würde; 54 % ($n = 22$) wollten dies nicht und 17 % ($n = 7$) legten sich nicht klar fest. 59 % ($n = 24$) der ÄrztInnen fänden einen *Vorsorgedialog* nur bei Risiko-PatientInnen sinnvoll. 32 % ($n = 13$) der Befragten standen einem *Vorsorgedialog* bei Risiko-PatientInnen ablehnend gegenüber und 10 % ($n = 4$) bezogen diesbezüglich keine klare Position.

Mehr als die Hälfte (56 %, $n = 23$) der Befragten fände es gut, wenn es in Aufklärungsbögen zusätzliche Dokumentationsmöglichkeiten für Fragen gäbe, die im Rahmen des neuen *ErwSchG* und *ACP* zu erfassen sind. Jeweils 22 % ($n = 9$) verneinten einen Wunsch nach zusätzlichen Dokumentationsmöglichkeiten zu Fragen zum *ErwSchG* und *ACP* auf Aufklärungsbögen bzw. hatten hierzu keine klare Meinung. Jeweils 39 % ($n = 16$) bejahten bzw. verneinten, dass sie einen separaten Fragebogen zur Dokumentation von Informationen zu *ErwSchG* und *ACP* gut fänden; 22 % ($n = 9$) hatten keine klare Meinung dazu.

Die frühzeitige Einbindung von NachbehandlerInnen in die Erstellung eines Behandlungsplans betrachteten 63 % ($n = 26$) der Befragten als umsetzungswürdigen Schritt, während 17 % ($n = 7$) solchen Maßnahmen ablehnend gegenüber standen und 20 % ($n = 8$) diesbezüglich unschlüssig waren.

Daran anknüpfend wollten wir von den teilnehmenden ÄrztInnen erfahren, ob sie fächerübergreifende Besprechungen (*Morbidity Board* = *Klinische Perspektivenkonferenz*), in welchen Risiko-PatientInnen interdisziplinär besprochen werden, sinnvoll fänden. 37% der befragten ÄrztInnen waren für die Einführung eines *Morbidity Boards*. Diese 37 % ($n = 15$) wurden gebeten anzugeben, wie oft ein *Morbidity Board* ihrer Meinung nach stattfinden sollte. Dabei reichten die Antworten von „wöchentlich“ ($n = 5$), über „alle 3 Wochen“ ($n = 1$), „monatlich“ ($n = 7$), „halbjährlich“ ($n = 2$) bis hin zu „bei Bedarf“ ($n = 1$). 20 % ($n = 8$) standen einem *Morbidity Board* ablehnend gegenüber und 44 % ($n = 18$) bezogen dazu keine klare Position.

68 % ($n = 28$) der Befragten wünschten sich eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit für die Entscheidungsfindung bei allen PatientInnen. In Bezug auf Risiko-PatientInnen

befürworteten 76 % ($n = 31$) eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Umgekehrt wurde eine Verbesserung des interdisziplinären Managements von 15 % ($n = 6$) der ÄrztInnen bei allen PatientInnen bzw. 10 % ($n = 4$) der ÄrztInnen bei Risiko-PatientInnen nicht für notwendig befunden.

Daran anknüpfend wurden die Teilnehmenden, die sich für eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit ausgesprochen haben, im Rahmen einer offenen Frage dahingehend befragt, welche Maßnahmen sie diesbezüglich vorschlagen würden:

- Einbindung der behandelnden HausärztIn, der Angehörigen, sowie des Krankenpflegevereins.
- Regelmäßige Einbindung der Case-ManagerIn
- Einmal im Monat interdisziplinäre Fallbesprechung/Diskussion von einer PatientIn mit negativem „Outcome“ zur Verbesserung der Fehlerkultur
- Wöchentliche interdisziplinäre Sitzungen für Hochrisiko-PatientInnen
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen vor Therapieentscheidungen bzw. Behandlungsbeginn
- Bessere interdisziplinäre Kommunikation, weniger „abschieben“ der PatientInnen (in der Ambulanz oder mittels Konsil)
- Fachübergreifende Fallbesprechungen ähnlich Tumorboard, interdisziplinäre Station mit Hochrisiko-PatientInnen
- Mehr ärztliches Personal, das Zeit dafür hat.
- Regelmäßige Besprechung im Team
- Besprechungen von PatientInnen in Form von Konsilien
- Behebung des FachärztInnenmangels.

Ergänzend dazu sprachen sich 90 % ($n = 37$) für eine allen (HausärztInnen, niedergelassene FachärztInnen, Pflegeeinrichtungen, KH) zugängliche Dokumentation des PatientInnenwillens aus. Jeweils zwei der befragten ÄrztInnen lehnten das ab oder hatten keinen klaren Standpunkt dazu.

Darüber hinaus fanden 83 % ($n = 34$) einen Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit auf regionaler Ebene, mit dem Ziel einer besseren Vermittlung von Wünschen und Wertevorstellungen von PatientInnen, sinnvoll; 17 % ($n = 7$) hatten dazu keinen klaren Standpunkt. Auch die Einbindung von KH-externen Vor- und NachbehandlerInnen in die Behandlungsplanung fanden 80 % ($n = 33$) sinnvoll, während 12 % ($n = 5$) dem ablehnend gegenüber standen und 7 % ($n = 3$) sich diesbezüglich nicht eindeutig festlegten.

Tabelle X.20: Advance Care Planning 1

ADVANCE CARE PLANNING	JA n / %	NEIN n / %	WEIß NICHT n / %	FALLZAHL n
52) Ist ACP ein Konzept, das in Ihrem KH Anwendung findet?	8 / 20	8 / 20	25 / 61	41
53) Würden Sie es sinnvoll finden, dass im Rahmen der ärztlichen Aufklärung mit allen PatientInnen besprochen wird, welche Optionen im Falle von Komplikationen am besten dem Willen der PatientIn entsprechen und dass dies auch schriftlich dokumentiert werden muss?	12 / 29	22 / 54	7 / 17	41
54) Würden Sie es sinnvoller finden, dass im Rahmen der ärztlichen Aufklärung nur mit Risiko-PatientInnen besprochen wird, welche Optionen im Falle von Komplikationen am besten dem Willen der PatientIn entsprechen und dass dies auch schriftlich dokumentiert werden muss?	24 / 59	13 / 32	4 / 10	41
55) Würden Sie sich wünschen, dass es auf den Aufklärungsbögen eine Dokumentationsmöglichkeit für die Fragen gibt, die im Rahmen <i>ErwSchG/ACP</i> zu dokumentieren sind (z.B. Vorsorgebevollmächtigte, VertreterIn, Limitationen)?	23 / 56	9 / 22	9 / 22	41
56) Würden Sie es als notwendig erachten, dass Fragen im Zusammenhang mit <i>ErwSchG/ACP</i> im Rahmen einer Aufklärung auf einem separaten Fragebogen festgehalten würden?	16 / 39	16 / 39	9 / 22	41
57) Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn NachbehandlerInnen (z.B. IntensivmedizinerInnen; GeriaterInnen etc...) bei der Behandlung von Risiko-PatientInnen frühzeitig in die Entscheidungsfindung und die Erstellung eines Behandlungsplans mit eingebunden würden (z.B. OP, Radiatio, Chemotherapie, etc...)?	26 / 63	7 / 17	8 / 20	41
58) Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn in Ihrem KH regelmäßig interdisziplinäre Besprechungen über REHA-Potenzial und Outcome bei RisikopatientInnen stattfinden würden (<i>Morbidity Board</i>)?	15 / 37	8 / 20	18 / 44	41
59) Würden Sie sich wünschen, dass in Ihrem Haus das interdisziplinäre Management (z.B. TZÄ) von allen PatientInnen verbessert wird?	28 / 68	6 / 15	7 / 17	41
60) Würden Sie sich wünschen, dass in Ihrem Haus das interdisziplinäre Management (z.B. TZÄ) von Risiko-PatientInnen verbessert wird?	31 / 76	4 / 10	6 / 15	41
62) Würden Sie sich wünschen, dass es eine für alle (z.B. Hausarzt, niedergelassene Ärzte, Pflegeheime, KHs) gut sichtbare Dokumentation des PatientInnenwillens gibt (z.B. Register)?	37 / 90	2 / 5	2 / 5	41
63) Würden Sie sich wünschen, dass es eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit auf regionaler Ebene (KH, HausärztInnen, niedergelassene ÄrztInnen, Beratungseinrichtungen) in Bezug auf die inhaltliche Vermittlung bestehender Wünsche Ihrer PatientInnen gibt?	34 / 83	0 / 0	7 / 17	41
64) Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn bei der Behandlung von Risiko-PatientInnen die KH-externen Vor- und NachbehandlerInnen (z.B. niedergelassener Arzt, Hausarzt, Pflegeheim) frühzeitig in die Entscheidungsfindung/Erstellung des Behandlungsplans mit eingebunden würden?	33 / 80	5 / 12	3 / 7	41

Tabelle X.21: Advance Care Planning 2

ADVANCE CARE PLANNING Ergänzung Frage 58; Wenn ja, wie häufig? (offene Frage)		FALLZAHL
		<i>n</i>
Nennungen		
1x pro Woche		5
Alle 3 Wochen		1
1x pro Monat		7
Halbjährlich		2
Bei Bedarf		1

Tabelle X.22: Advance Care Planning 3

ADVANCE CARE PLANNING 61) Wenn 60) ja, welche Lösungsvorschläge haben Sie? (offene Frage)
Einbindung des behandelnden Hausarztes, der Angehörigen, sowie des Krankenpflegevereins.
Regelmäßige Einbindung des "Case-Managers"
Habe jetzt spontan keine.
Einmal im Monat interdisziplinäre Fallbesprechung/Diskussion bei einem Patienten mit negativem Outcome zur Verbesserung der Fehlerkultur;
Wöchentliche interdisziplinäre Sitzungen bzgl. Hochrisikopatienten.
Interdisziplinäre Fallbesprechungen vor Therapieentscheidungen bzw. Behandlungsbeginn
Bessere interdisziplinäre Kommunikation, weniger "abschieben" der Patienten (in der Ambulanz oder mittels Konsil,
Fachübergreifende Fallbesprechungen ähnlich Tumorboard, interdisziplinäre Station mit Hochrisikopatienten
Mehr ärztliches Personal, das Zeit dafür hat.
Regelmäßige Besprechung im Team
Behebung des Fachärztemangels
Besprechungen von Pat. In Form von Konsilen

10. Praktische Umsetzung von ErwSchG und ACP im klinischen Alltag

Abschließend wurde untersucht, ob die Befragten eine Integration des neuen *ErwSchG* und *ACP* in ihren Arbeitsalltag positiv finden würden (TABELLE X.23).

Auch wenn mehr als die Hälfte der Befragten (56 %, $n = 23$) keinen klaren Standpunkt diesbezüglich vertrat, waren 41 % ($n = 17$) der Befragten der Auffassung, dass die Umsetzung des neuen *ErwSchG* und *ACP* sowohl eine verbesserte Kommunikation auf allen Ebenen bietet, als auch Hilfestellung für rechtzeitige *Therapiezieländerung* darstellt. Eine ÄrztIn stimmte dieser Aussage nicht zu.

Darüber hinaus würden 54 % ($n = 22$) der TeilnehmerInnen eine Realisierung von Maßnahmen, die in Zusammenhang mit dem neuen, 2. *ErwSchG* und *ACP* stehen, an ihrem Krankenhaus begrüßen. 5 % ($n = 2$) standen einer Umsetzung des neuen, 2. *ErwSchG* und *ACP* in ihrem KH ablehnend gegenüber und 41 % ($n = 17$) vertraten diesbezüglich keinen klaren Standpunkt. 32 % ($n = 13$) wären dazu bereit an der Umsetzung aktiv mitzuarbeiten, während 29 % ($n = 12$) angaben sich nicht beteiligen zu wollen und 39 % ($n = 16$) der teilnehmenden ÄrztInnen hinsichtlich einer Mitarbeit unentschlossen waren.

Tabelle X.23: Praktische Umsetzung von *ErwSchG* und *ACP* im klinischen Alltag

PRAKTISCHE UMSETZUNG VON ERWSCHG UND ACP IM KLINISCHEN ALLTAG				FALLZAHL <i>n</i>
	JA <i>n</i> / %	NEIN <i>n</i> / %	WEIß NICHT <i>n</i> / %	
65) Die Umsetzung des neuen <i>ErwSchG</i> /ACP fordert, aber bietet auch die Möglichkeit zu einer verbesserten Kommunikation auf allen Ebenen (PatientInnen mit Angehörigen/StellvertreterInnen, PatientInnen/ Angehörige/StellvertreterInnen mit ÄrztInnen, ÄrztInnen mit ÄrztInnen, ÄrztInnen mit Pflege) im Sinne eines rechtzeitigen De-Eskalationsszenario (TZÄ).	17 / 41	1 / 2	23 / 56	41
66) Würden Sie die Umsetzung des neuen <i>ErwSchG</i> /ACP in Ihrem KH als sinnvoll erachten und wünschen?	22 / 54	2 / 5	17 / 41	41
67) Würden Sie sich bei der Umsetzung des <i>ErwSchG</i> /ACP in Ihrem Haus aktiv einbringen wollen, wenn das Konzept von der Leitung Ihrer Abteilung / der Leitung des KH getragen und gefördert würde?	13 / 32	12 / 29	16 / 39	41

XI. Diskussion

1. Allgemeines

Die bei Fragebogenumfragen durchaus übliche, aber dennoch niedrige Rücklaufquote von knapp 30 % lässt bereits vermuten, dass es unter den befragten ÄrztInnen eine unzureichende Bekanntheit sowie mangelnde Auseinandersetzung mit dem Thema des neuen *ErwSchG* und des *ACP* gibt. Darüber hinaus könnte die niedrige Rücklaufquote auch damit zusammenhängen, dass viele ÄrztInnen angesichts der generellen Arbeitsüberlastung nicht gerne an Umfragen teilnehmen. Andererseits ist das bunt gemischte TeilnehmerInnenfeld, bestehend aus ÄrztInnen fast aller Fachrichtungen, positiv zu sehen. Auffallend war die fehlende Teilnahme von ÄrztInnen der Unfallchirurgie/Orthopädie, was vermuten lässt, dass in diesem Fachgebiet sowohl das Interesse als auch die Bereitschaft zu einer Auseinandersetzung mit dem neuen *ErwSchG* und *ACP* eher nicht so groß ist. Auffallend ist auch, dass im Fach der Allgemeinmedizin mit Abstand am meisten TeilnehmerInnen zu verzeichnen waren, gefolgt von AnästhesistInnen und InternistInnen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass ÄrztInnen dieser Fachgruppen sich in ihrem klinischen Alltag häufiger mit Fragen bezüglich des neuen *ErwSchG* und des Konzepts von *ACP* beschäftigen (müssen).

Wenig bzw. nicht ausschlaggebend für eine Teilnahme an der Umfrage erwies sich der Ausbildungsstand, da sowohl ÄrztInnen in Ausbildung als auch ÄrztInnen mit längerer klinischer Erfahrung (ÄrztInnen in leitenden Funktionen und FachärztInnen) in fast gleicher Zahl vertreten waren. Vielmehr könnte das darauf hinweisen, dass ungeachtet der individuellen klinischen Routine ein erhöhter Bedarf an Informationen bzgl. *ErwSchG* und *ACP* vorhanden ist, mit dem Ziel in medizinisch kritischen Fällen mehr Entscheidungs-, und Rechtssicherheit zu haben. Gleichzeitig deuten die Resultate darauf hin, dass sich die ÄrztInnen unabhängig von Spezialisierung und Ausbildungsstand eine verstärkte Integration von *ACP* und *ErwSchG* in den klinischen Alltag wünschen.

2. Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG)

Auch wenn die überwiegende Zahl der teilnehmenden ÄrztInnen angab bereits vom neuen, seit Juli 2018 gültigen *ErwSchG* gehört zu haben, lassen die Antworten darauf schließen, dass der Großteil der Befragten unzureichend über dessen Inhalte informiert ist (Tabellen X.2 bis X.4). Ursache dafür kann die von den meisten ÄrztInnen angegebene fehlende Information vonseiten der Klinikleitung sein, was auch den großen Zuspruch für eine

Informationsbroschüre für ÄrztInnen und PatientInnen erklären würde (Fragen 2/5-6, Tabelle X.2). Dass der Bedarf an flächendeckender Information zu Themen rund um das *ErwSchG* und *ACP* sowohl bei der Bevölkerung als auch beim medizinischen Personal in Österreich sehr hoch ist, zeigen auch Untersuchungen des Instituts für Recht und Ethik in der Medizin (IERM) [32,33].

Wenig überraschend ist die teils schlechte Bekanntheit einzelner maßgeblicher Begrifflichkeiten aus dem neuen *ErwSchG* (Frage 4, Tabelle X.3). Daraus lässt sich schließen, dass die meisten ÄrztInnen die Unterschiede zwischen den Formen der Erwachsenenvertretung nicht kennen, was wiederum bedeutet, dass sie im Bedarfsfall nicht in der Lage sind, PatientInnen und deren Angehörige entsprechend über das neue *ErwSchG* bzw. die Aufgaben einer Erwachsenenvertretung aufzuklären. Gleichzeitig ist durch dieses Unwissen der richtige Umgang mit den StellvertreterInnen bei schwierigen medizinischen Entscheidungsprozessen rund um eine fraglich oder nicht einwilligungsfähige PatientIn schwer möglich [34,35].

Nach geltendem österreichischem Recht kann und sollte jede beliebige ÄrztIn im Rahmen von Aufklärungsgesprächen beurteilen, ob die Entscheidungsfähigkeit von PatientInnen gegeben ist [36]. Wenn das nicht der Fall ist, haben sich ÄrztInnen darum zu bemühen, PatientInnen in ihrer Entscheidungsfähigkeit zu bestärken. Das kann zum Beispiel durch Einbeziehen von Angehörigen, nahestehenden Personen, Vertrauenspersonen oder auch geübten Fachleuten geschehen. Diese sollten die PatientIn dann in ihrer Selbstbestimmung unterstützen, ohne deren persönliche Überzeugungen zu beeinflussen. Sollte es trotz dieser Bemühungen nicht gelingen, dass PatientInnen dadurch entscheidungs- und einwilligungsfähig werden, ist eine gesetzliche/gerichtliche Vertretung zu bestellen und beizuziehen, die nach dem mutmaßlichen Willen der PatientIn entscheiden muss. Gibt es keine gesetzliche StellvertreterIn, ist das Gericht von der behandelnden ÄrztIn zur Bestellung einer gerichtlichen Stellvertretung zu beauftragen [37]. In Notfallsituationen muss ÄrztIn medizinische Entscheidungen auch ohne Kenntnis des PatientInnenwillens alleine treffen, wenn das Suchen nach einer PatientInnenverfügung bzw. die Verzögerung durch das Warten auf die Entscheidung durch eine StellvertreterIn ernsthafte negative gesundheitliche Folgen für die PatientIn haben könnte [36].

Kritisch zu sehen ist, dass viele der teilnehmenden ÄrztInnen nicht sagen konnten, ob das *ErwSchG* in ihrem Arbeitsumfeld überhaupt zum Einsatz kommt (Tabelle X.4). Dies könnte auch auf den hohen Anteil an ÄrztInnen in Ausbildung zurückzuführen sein, da diese aufgrund ihrer meist erst kurzen ärztlichen Tätigkeit, sowie des in der österreichischen ÄrztInnenausbildung vorgesehenen regelmäßigen Wechsels zwischen den Abteilungen, vermutlich noch nicht ausreichend Einblick in alle Arbeitsabläufe im Krankenhaus haben. Für

eine interdisziplinäre und regionale Umsetzung von *ErwSchG* und *ACP* wäre es jedoch von Vorteil, wenn neben den ÄrztInnen im Krankenhaus auch die HausärztInnen gut darüber informiert wären, wie *ErwSchG* und *ACP* zur Anwendung kommt. In vielen Fällen begleiten AllgemeinmedizinerInnen und HausärztInnen ihre PatientInnen über viele Jahre hinweg und haben durch diesen engen Kontakt bessere Einblicke in deren Wertevorstellungen und Wünsche. Als logische Konsequenz sollten AllgemeinmedizinerInnen und HausärztInnen für ihre PatientInnen eine wichtige Ansprechpersonen in Bezug auf das *ErwSchG* sein und eine wichtige Funktion im Rahmen der Aufklärung und Umsetzung von *ACP* wahrnehmen.

3. Erwachsenenschutzvereine und persönliche Erfahrungen mit dem ErwSchG

Da HausärztInnen gleich wie ÄrztInnen im Krankenhaus eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von *ACP* zukommt, besteht die dringende Notwendigkeit alle ÄrztInnen darüber zu informieren, wie der Registrierungsprozess einer Erwachsenen-Stellvertretung läuft und wie diese Inhalte dann in die medizinische Entscheidungsfindung einfließen müssen. Die meisten der befragten ÄrztInnen haben nur sehr geringe Kenntnisse über die Aufgaben eines Erwachsenenenschutzvereins, weswegen sie auch die Kontaktdaten des zuständigen Erwachsenenenschutzvereins nicht kennen (Tabelle X.5). Die Erwachsenen-Stellvertretung wird dabei durch offizielle Eintragung (durch eine berechtigte Rechtsvertretung) ins Österreichisches Zentrales Verfügungsverzeichnis wirksam [38].

Es gehen viele in Österreich lebende Personen davon aus, dass ihre Angehörigen, in Situationen, in denen sie selbst nicht mehr einsichts- und urteilsfähig sind, an ihrer Stelle Entscheidungen treffen dürfen [39], was nach österreichischer Rechtslage ohne offizielle Stellvertretung nicht möglich ist [40,41]. Es ist zu beachten, dass eine PatientIn rechtlich nur einer Vertrauensperson die Aufgabe überschreiben darf, ihren mutmaßlichen Willen für den Fall zu vermitteln, dass sie ihren Willen selbst nicht mehr äußern kann [42]; die Vorsorgevollmacht ist davon ausgenommen – hier können mehrere Personen für denselben Wirkungsbereich benannt werden [43]. Gerade bei der Behandlung von fraglich oder nicht entscheidungsfähigen PatientInnen sind Angehörige oder StellvertreterInnen wichtige Ansprechpersonen bei der ärztlichen Entscheidungsfindung [38]. Sie können auch dabei helfen schwierige Inhalte des Aufklärungsgesprächs für die PatientIn verständlicher zu machen. Es ist zu beachten, dass bei einem Aufklärungsgespräch mit einer fraglich einsichtsfähigen Person neben der aufklärenden ÄrztIn immer mindestens eine weitere Person dabei sein sollte. Gesprächsinhalte sowie das Einverständnis der PatientIn müssen schriftlich dokumentiert werden.

Die derzeit auf ärztlicher und PatientInnen-Seite gleichermaßen vorhandene Unkenntnis der Rechtslage verdeutlicht, wie wichtig umfangreiche Informationen und verstärkte Aufklärung über die gesetzlichen Vorgaben sind.

4. ErwSchG im klinischen Alltag

Zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von PatientInnen gehört auch, dass ÄrztInnen leichter auf Informationen zur Vorsorgedokumentation (Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, PatientInnenverfügung) zugreifen können. PatientInnen oder deren Angehörige zum Beispiel bei Aufnahme ins Krankenhaus standardisiert direkt danach zu fragen, wird laut Ergebnis der Umfrage nicht flächendeckend umgesetzt (Fragen 19-20, Tabelle X.7). Am ehesten werden Informationen zur Vorsorgedokumentation im Bereich der Allgemeinmedizin, Anästhesie, Chirurgie und Inneren Medizin erfasst (Tabellen X.8 und X.9). Insgesamt zwei Drittel aller befragten ÄrztInnen verneinten die standardisierte Abfrage von Informationen bezüglich Vorsorge im offiziellen Krankenhausdokumentationssystem oder wussten nicht, ob es so eine Dokumentation in ihrem Haus überhaupt gibt (Frage 21, Tabelle X.10). Deshalb wäre eine Information des ärztlichen und pflegerischen Personals über das neue *ErwSchG*, das PatientInnenverfügungsgesetz und *ACP* durch den Krankenhausträger, sowie eine verpflichtende, für alle gut sichtbare und standardisierte Dokumentation dieser Informationen in den Krankenhausdokumentationssystemen dringend notwendig. Die Sichtbarmachung und Verfügbarkeit dieser Vorsorgedokumente (PatientInnenverfügung, Vorsorgevollmacht) soll durch die gesetzlich vorgeschriebene Eintragung in die *Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)* verbessert werden, wobei die sowohl die Teilnahme an der *ELGA* als auch die Registrierung von PatientInnenverfügungen in der *ELGA* freiwillig ist und damit von PatientInnen auch abgelehnt werden kann [44-50].

Auch wenn es derzeit keine standardisierte Vorgehensweise für den Umgang mit PatientInnen gibt, die schlecht oder gar nicht für sich selbst sprechen können (Frage 28, Tabelle X.10), gaben dennoch einige der befragten ÄrztInnen an, dass sie in die Errichtung einer Stellvertretung für eine PatientIn involviert waren (Frage 23, Tabelle X.13). Fast alle der befragten ÄrztInnen würden in einer umfassenden Information über PatientInnenwillen, Wünsche und Wertevorstellungen von nicht einwilligungsfähigen PatientInnen, z.B. durch eine rechtzeitig benannte StellvertreterIn bzw. Errichtung einer PatientInnenverfügung, eine Erleichterung und Hilfestellung beim Treffen schwieriger medizinischer Entscheidungen sehen (Fragen 24-27, Tabelle X.10). Ein verpflichtender standardisierter Prozess bei der Aufnahme von PatientInnen ins Krankenhaus, sowie ein verpflichtendes, standardisiertes Vorgehen im Rahmen von *ACP* im niedergelassenen Bereich (HausärztInnen sowie

Pflegeeinrichtungen, Wohnheime von Menschen mit Beeinträchtigungen, etc...) würde eine medizinische Versorgung von PatientInnen gemäß deren Wünschen und Wertevorstellung deutlich erleichtern und wäre ÄrztInnen beim Treffen schwieriger medizinischer Entscheidungen eine große Hilfe [51].

Die Errichtung einer verbindlichen PatientInnenverfügung ist aufgrund der juristischen Anforderungen an diese und der Notwendigkeit einer rechtzeitigen ärztlichen Aufklärung (24 Stunden vor dem geplanten Eingriff) oft vor dringlichen medizinischen Behandlungen schwer realisierbar/rechtlich nicht möglich [52]. Vor einem dringlichen, größeren Eingriff könnte PatientIn daher statt einer verbindlichen PatientInnenverfügung mit der behandelnden ÄrztIn kurzfristig eine „beachtliche“ PatientInnenverfügung errichten. Darin kann festgelegt werden, was PatientIn sich wünscht, falls sie im Falle von größeren Komplikationen ihren Willen selbst nicht mehr äußern kann. Dabei wäre es auch sinnvoll gleichzeitig eine gewählte StellvertreterIn zu benennen, die im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungen den mutmaßlichen Willen der PatientIn in die Diskussion mit dem behandelnden ÄrztInnen-Team einbringen kann. Die gewählte VertreterIn muss sich ehestmöglich bei einer NotarIn, einer RechtsanwältIn oder einem Erwachsenenschutzverein registrieren lassen [53]. Diese Vorgehensweise wird von der Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) empfohlen [20].

5. Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores

PatientInnen, die aufgrund ihrer Vorerkrankungen oder ihres Alters eine erhöhte Gebrechlichkeit haben, haben geringere körperliche Reserven um entsprechend auf Stressfaktoren zu reagieren [6,8,9]. Aufwändige medizinische Behandlungen können für komorbide PatientInnen deshalb mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden sein. Darüber hinaus ist erhöhte Gebrechlichkeit mit einem höheren intrahospitalen Sterberisiko sowie längeren Krankenhausaufenthalten und der Gefahr der Entwicklung einer *chronisch kritischen Erkrankung* verbunden [7].

Spitzer und Weber zeigten in ihrer Arbeit, dass zunehmendes Alter, niedriger Bildungsstand und/oder ein fehlendes Arbeitsverhältnis maßgebliche Faktoren dafür sind, dass Personen ein subjektiv verzerrtes (besseres) Bild von ihrer physischen und mentalen Fitness haben [54]. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit eines routinemäßigen Einsatzes von allgemein anerkannten Risiko-Scores bei allen PatientInnen, weil somit auch jene PatientInnen identifiziert werden könnten, die im ersten Moment fitter erscheinen, als sie es tatsächlich sind. Dadurch könnten PatientInnen vor Behandlungen (z.B. Operation, Chemotherapie, etc.) oder auch im Zuge von ambulanten Kontrollen und Vorsorgeterminen über ihr individuelles

Risiko aufgeklärt werden und ihnen die Notwendigkeit der Errichtung einer PatientInnenverfügung bzw. Erwachsenenvertretung vor Augen geführt werden, für den Fall, dass sie im weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr für sich selbst sprechen können. Geeignete Instrumente, die eine Einschätzung der körperlichen Fitness bzw. der Gebrechlichkeit oder des Rehabilitationspotenzials ermöglichen, wären zum Beispiel der ADL-Score (ADL = Activity of Daily Life), die Dalhousie Frailty Scale (Frailty = Gebrechlichkeit) oder das SPICT (Supportive and Palliative Indicator Care Tool) [13-15]. Nur ein kleiner Teil der befragten ÄrztInnen bestätigte, dass in ihrem Arbeitsumfeld die körperliche Fitness und Lebensqualität ihrer PatientInnen bei der Aufnahme oder Entlassung offiziell erfasst werden (Fragen 29-30, Tabellen X.11-13). Gleichzeitig verwenden die befragten ÄrztInnen individuell und nicht standardisiert die ganze Bandbreite unterschiedlicher Scores zur Risiko-Einschätzung ihrer PatientInnen (Frage 36, Tabelle X.16). Es wäre daher sehr sinnvoll, diese Parameter (körperliche Fitness und Lebensqualität) verpflichtend und standardisiert für alle PatientInnen bei Eintritt und Entlassung aus dem Krankenhaus zu erheben. Um eine gute Compliance bei den behandelnden ÄrztInnen zu erreichen schlägt die ARGE Ethik der ÖGARI mit der kombinierten Verwendung des ADL-Scores und der Dalhousie Frailty Scale zwei einfache und leicht durchführbare Scores zur Abschätzung des Risikos, der perioperativen Morbidität und Mortalität, des Rehabilitationspotenzial und damit des Outcomes vor [20]. Allerdings fand nur die Hälfte der befragten ÄrztInnen die verpflichtende Einführung von Scores, mit dem Ziel Hochrisiko-PatientInnen vor medizinischen Behandlungen zu identifizieren, sinnvoll (Frage 31, Tabelle X.11). Die Autorin dieser Studie vermutet, dass die Ursache hierfür die Angst vor Mehrarbeit und zusätzlichem „Papierkram“ angesichts allseits hoher Arbeitsbelastung war. Eine der befragten ÄrztInnen deutete dies mit der Bemerkung an: „Nicht noch mehr Zettel um irgendwas zu beschreiben, das man sofort erkennt“ (Frage 36, Tabelle X.14). Die Autorin dieser Studie hält es dennoch für unerlässlich, notwendig und auch machbar mittels der genannten Scores (ADL-Score, Frailty-Scale) schwer kranke und komorbide PatientInnen rechtzeitig zu identifizieren und über das mögliche Risiko der Entwicklung einer *chronisch kritischen Erkrankung* und der damit verbundenen notwendigen und rechtzeitigen *Therapiezieländerung* Richtung Palliativcare aufzuklären.

6. Ärztliches Entscheiden und Handeln

Cardona-Morell hat in seiner Studie zu „*Non-Beneficial-Treatments (NBT)* im Krankenhaus am Lebensende“ beschrieben, dass viele PatientInnen in den letzten Lebenswochen, und

-monaten Therapien (z.B. Notoperation, Chemotherapie, Radiotherapie, Reanimation und künstliche Beatmung, Sondenernährung, Blutkonserven, Dialyse, Aufnahme auf Intensivstation, etc.) erhalten, von denen sie nicht mehr profitierten [12]. Gleichzeitig wurden Maßnahmen, welche zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen (z.B. rechtzeitige Entscheidungsfindung, Hospiz, Palliativcare), vermindert in Anspruch genommen. Murphy beschreibt, dass viele ältere PatientInnen einer kurzzeitigen künstlichen Beatmung oder Sondenernährung zwar zustimmen, langdauernde Maßnahmen ohne Aussicht auf Genesung aber ablehnen [55]. Um Beginn und Fortführung inadäquater, für PatientIn nicht nützlicher Behandlungen zu verhindern, bedürfte es sowohl der rechtzeitigen Information von PatientInnen als auch des rechtzeitigen Treffens ärztlicher Entscheidungen im Sinne einer *Therapiezieländerung*. Das heißt, weg vom Prinzip der Heilung und hin zu palliativmedizinischen Maßnahmen.

In der Umfrage zeigte sich, dass über die Hälfte der befragten ÄrztInnen der Auffassung ist, dass in ihrem Arbeitsumfeld *Therapiezieländerungen* gut diskutiert und umgesetzt werden (Fragen 37/42, Tabelle X.15). Es ergibt sich hier eine Diskrepanz zu den weiteren Antworten innerhalb dieses Fragenteils, insofern als dass jeweils etwa ein Drittel der befragten ÄrztInnen angab, dass ihre KollegInnen *Therapiezieländerungen* eher vermeiden, in ihrem Arbeitsumfeld *Therapiezieländerungen* nicht gut und rechtzeitig diskutiert werden bzw. es eher das Pflegepersonal ist, welches *Therapiezieländerungen* als erstes anspricht und einfordert (Fragen 37/42-43, Tabelle X.15). Dies weist darauf hin, dass *Therapiezieländerungen* und deren Konsequenzen nicht allen ÄrztInnen bewusst sind und dieses Konzept in vielen Abteilungen nicht ausreichend besprochen und umgesetzt wird. Etwas mehr als ein Drittel der befragten ÄrztInnen fühlt sich rechtlich sicherer, wenn sie alles technisch und medizinisch Machbare in der Behandlung ihrer PatientInnen anwenden (Frage 38, Tabelle X.15). Entsprechend gab die Hälfte der befragten ÄrztInnen an, Sorge vor juristischer Verfolgung zu haben, wenn sie nicht alle zur Verfügung stehenden technischen und medizinischen Möglichkeiten nutzen (Frage 39, Tabelle X.15). Dies war vor allem bei den befragten GynäkologInnen, PädiaterInnen und AllgemeinmedizinerInnen zu beobachten (Fragen 38-39, Tabellen X.16-17). Es kann daher vermutet werden, dass ÄrztInnen aus Sorge vor juristischer Verfolgung (fahrlässige Tötung, unterlassene Hilfeleistung) auch dann noch lebenserhaltende, technisch machbare Therapien durchführen, wenn deren Nutzen für die PatientIn gering oder nicht gegeben ist und durch die unternommenen Maßnahmen keine Aussicht auf eine Verbesserung des körperlichen oder geistigen Zustands zu erwarten ist. Es ist ihnen dabei nicht bewusst, dass Überbehandlung (technisch mögliche Behandlung ohne Nutzen für PatientIn) Körperverletzung und damit ein strafbarer Tatbestand ist (Prinzip des Nicht-Schadens laut George-Town-Mantra verletzt) [27]. Das österreichische Ärztegesetz verpflichtet ÄrztIn nicht, PatientInnen mit allen Mitteln am Leben zu halten, sondern schreibt

vielmehr vor, „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung (...) das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren“ [56]. Zum Wohle eines kranken Menschen heißt somit nicht sinnlos ein auf Heilung ausgerichtetes Behandlungskonzept zu verfolgen, nur weil es *technisch machbar* ist, sondern bedeutet vielmehr schwer Kranken ein *Sterben in Würde* unter ärztlicher und pflegerischer Begleitung zu ermöglichen. Das gemeinsame Besprechen, Entscheiden und Dokumentieren schwieriger medizinischer Entscheidungen im Team [20] aller behandelnden ÄrztInnen – im Sinne einer *gemeinsamen Entscheidungsfindung* – könnte dazu beitragen, dass medical professionals weniger Angst vor juristischer Verfolgung haben und dass somit Therapien, die aus Angst vor dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung und fahrlässige Tötung fortgeführt werden, obwohl PatientIn davon keinen Nutzen hat, in Zukunft nicht mehr so oft begonnen und fortgeführt werden. Die US-amerikanische *Society of Critical Care Medicine* hat Empfehlungen zu einer standardisierten, PatientInnen-orientierten und Ressourcen-sparenden Vorgehensweise in der Aufnahme, Triage und Entlassung von PatientInnen formuliert, damit das Schnittstellenmanagement innerhalb und zwischen Gesundheitseinrichtungen reibungsloser verläuft, BehandlerInnen im Treffen schwieriger medizinischer Entscheidungen kompetenter werden, inadäquate Behandlungen vermieden werden und PatientInnen eine mehr an deren Wünschen und Wertevorstellungen orientierte Behandlung erhalten [57].

Viele der befragten ÄrztInnen gaben an, dass das Fortführen von Therapien ohne Aussicht auf Heilung für sie sehr belastend ist (Frage 41, Tabelle X.15). Eine der Ursachen kann sein, dass das Thema der *Therapiezieländerung* nicht ausreichend und vor allem nicht rechtzeitig in den behandelnden Teams besprochen wird. Häufig sind Pflegepersonen diejenigen, welche die Sinnlosigkeit der Fortsetzung einer für PatientIn nutzlosen Therapie als erstes ansprechen (Frage 43, Tabelle X.15). Hinzu kommt, dass sowohl PatientInnen als auch Angehörige oft unrealistische Forderungen an ihre ÄrztInnen stellen (Frage 44, Tabelle X.18). Im Sinne der unbedingt notwendigen Vermeidung von *Übertherapie* dürfen technisch machbare Behandlungen nicht durchgeführt werden, wenn sie für PatientIn keinen Nutzen bringen bzw. wenn der entstehende Schaden den Nutzen bei weitem überwiegt (George-Town-Mantra) [27]. *Übertherapie* schadet daher nicht nur den PatientInnen, sondern auch deren Angehörigen und dem medizinischen Personal. Die Durch-, und Weiterführung von technisch möglichen Behandlungen, wenn schon klar ist, dass PatientIn davon keinen Nutzen mehr hat, führt zu verlängertem Leiden und verzögertem Sterben. Dies ist eine unzumutbare Belastung für die sterbende PatientIn und auch für deren Angehörige, sowie eine der häufigsten Ursachen für die Entstehung von Stress und Burnout in den medizinischen Teams [21-24]. Um in Zukunft *Übertherapie* für die PatientInnen und damit auch Burn-out bei medical professionals zu vermeiden, wäre es sinnvoll bewusst die

interdisziplinäre Kommunikation beim Treffen schwieriger medizinischer Entscheidungen zu fördern. Dazu sollten ÄrztInnen rechtzeitig an *Therapiezieländerung* denken und neben Heilung auch immer das Ziel *des guten Lebens am Ende des Lebens* und eines *Sterbens in Würde* mittels palliativmedizinischer Maßnahmen als Behandlungsziel vor Augen haben.

7. Ansprechen sensibler Themen und Überbringen schlechter Nachrichten

Die Kommunikation und das Überbringen schlechter Nachrichten ist für viele ÄrztInnen und Pflegepersonen eine belastende Situation. Auf die Frage, ob ÄrztInnen es schwierig finden eine schlechte Prognose und den rechtzeitigen Beginn palliativ-medizinischer Maßnahmen mit PatientIn und deren Angehörigen anzusprechen, gab etwa die Hälfte der Befragten an, dass sie dies emotional belastend fänden (Fragen 46-47, Tabelle X.19). Ein Grund dafür könnte die von den meisten als unzureichend empfundene Aus- und Fortbildung in ärztlicher Gesprächsführung sein (Fragen 48/50-51, Tabelle X.19). Um die ärztliche Kompetenz bei der Führung schwieriger Gespräche zu fördern und zu verbessern, müsste in der Lehre ein größeres Augenmerk auf die Vermittlung der kommunikativen Fähigkeiten gelegt werden. Die Hälfte der befragten ÄrztInnen gab an, dass erfahrene KollegInnen ihnen während ihrer Ausbildungszeit in Verbindung mit dem Überbringen schlechter Nachrichten eine gute ärztliche Gesprächsführung vorgelebt hätten (Frage 49, Tabelle X.19). Daraus kann man schließen, dass sich ÄrztInnen in Ausbildung die Technik der ärztlichen Gesprächsführung auch durch direkte Beobachtung und Zuhören bei ihren erfahrenen KollegInnen aneignen, was eine standardisierte und effektive Ausbildung nicht ersetzen darf und kann.

8. Advance Care Planning (ACP; Vorsorgedialog)

ACP ist der Versuch Wünsche und Wertevorstellungen von PatientInnen bereits vor Aufnahme ins Krankenhaus im niedergelassenen Bereich (HausärztIn, Pflegeheim) zu erfassen und schriftlich festzuhalten. Diese Information, die im Rahmen eines guten Schnittstellenmanagements an die behandelnden ÄrztInnen im Krankenhaus weitergegeben werden muss, ist wichtig um eine Behandlung im Sinne und gemäß den Wünschen und Wertevorstellungen unserer PatientInnen im Krankenhaus durchführen zu können, vor allem wenn PatientInnen bei Aufnahme und auch im Verlauf ihres Krankenhausaufenthalts aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes nicht mehr für sich selbst sprechen können. Integraler Bestandteil dieses *Vorsorgedialogs* ist es, alle an einer Behandlung

beteiligten Personen bestmöglich und rechtzeitig in die Behandlungsplanung einzubeziehen. Zu diesen Personen zählen neben den vorbehandelnden ÄrztInnen (HausärztIn, niedergelassene FachärztIn), den unmittelbar behandelnden ÄrztInnen im Krankenhaus auch die NachbehandlerInnen (IntensivmedizinerIn, GeriaterIn) sowie die PatientIn, deren Angehörige und falls notwendig deren StellvertreterIn. Die rechtzeitige Information von Pflege-, und Betreuungseinrichtungen vor Krankenhausentlassung über die Inhalte des geführten *Vorsorgedialogs* ist - ebenso wie die Vorausplanung - notwendiger Bestandteil eines guten Schnittstellenmanagements. Im Rahmen des *Vorsorgedialogs* ist es deshalb notwendig und sinnvoll mit (Risiko-)PatientIn während der ärztlichen Aufklärung vor einem Eingriff/Behandlung darüber zu sprechen, ob ein technisch machbarer Eingriff noch von Nutzen ist oder sehr wahrscheinlich nur lebenserhaltend Leiden hinauszögert und Sterben verlängert. In diesem Falle wäre die Durchführung eines technisch machbaren Eingriffs nicht mehr indiziert. Für den Fall, dass nicht ganz klar zu entscheiden ist, ob ein Eingriff/Behandlung für PatientIn von Nutzen ist oder nicht, und PatientIn diesen Eingriff wünscht, muss im Rahmen der *Klinischen Perspektivenkonferenz* mit allen BehandlerInnen und NachbehandlerInnen besprochen werden, wie im Falle von Komplikationen im Sinne der Wünsche und Wertevorstellungen von PatientIn vorgegangen werden soll [58]. Im Sinne der Vermeidung von verlängertem Leiden und hinausgezögertem Sterben ist eine rechtzeitige *Therapiezieländerung* Richtung *Palliativcare* und *Comfort Terminal Care* für die Sterbebegleitung mit PatientIn, deren Angehörigen bzw. StellvertreterIn zu besprechen und entsprechend zu dokumentieren.

Der Großteil der befragten ÄrztInnen fand es wünschenswert, wenn es auf den verwendeten Aufklärungsbögen zusätzlich Fragen und Dokumentationsmöglichkeiten zum *ErwSchG* und *ACP* gäbe und fände es besonders in der ärztlichen Aufklärung von Risiko-PatientInnen sinnvoll, wenn individuelle Risikofaktoren und Rehabilitationspotenzial besprochen und Wertevorstellungen und Wünsche ermittelt und dokumentiert werden würden (Fragen 53-56, Tabelle X.20). Damit bestätigte sich die Annahme der Studienautorin, dass eine Besprechung und Dokumentation von PatientInnenwillen, Risikofaktoren, Rehabilitationspotenzial und Lebensqualität vom Großteil der befragten ÄrztInnen als wünschenswert angesehen und dies als ausschlaggebend für eine adäquate, sich mehr an den Wünschen und Wertevorstellungen der PatientInnen orientierende Betreuung angesehen wird (Hypothesen 2 und 3).

Bei der Frage, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Risiko-PatientInnen in den Augen der befragten ÄrztInnen verbessert werden könnte, machten einige der befragten ÄrztInnen selbst den Vorschlag zu regelmäßigen interdisziplinären Besprechungen (Frage 60-61, Tabellen X.20 und X.22). Dabei gab es unter den befragten ÄrztInnen unterschiedliche Ansichten darüber in welchen Abständen die *Klinische*

Perspektivenkonferenz (KPK = Morbidity Board) stattfinden sollte (Tabelle X.21). Der Vorschlag von zwei der befragten ÄrztInnen diese halbjährlich abzuhalten, ist wenig sinnvoll, weil das Abwarten einer halbjährlichen *Klinischen Perspektivenkonferenz* zur Behandlungsplanung bei PatientInnen mit erhöhtem Risiko-Profil zu beträchtlichen Verzögerungen führen würde bzw. zu spät für die rechtzeitige Durchführung indizierter und gewünschter Behandlungen wäre. Ein größerer Teil der dazu befragten ÄrztInnen machte den Vorschlag die *Klinische Perspektivenkonferenz* wöchentlich oder monatlich abzuhalten, was in den Augen der Studienautorin ebenso nicht wirklich sinnvoll ist, da eine rechtzeitige interdisziplinäre Behandlungsplanung bei Risiko-PatientInnen individuell und je nach Dringlichkeit unter Umständen auch sofort durchgeführt werden muss. Neben einer zum Beispiel zwei-wöchentlich fix geplante *Klinische Perspektivenkonferenz* muss es daher Raum für individuell angesetzte, dringlich durchzuführende Besprechungen geben. Zur Verbesserung der Qualität unserer klinischen Arbeit wäre laut Vorschlag einer befragten KollegIn zur Verbesserung der Fehlerkultur eine regelmäßige Besprechung von PatientInnen mit schlechtem Outcome im Sinne einer verpflichtenden *Morbidity/Mortality-Konferenz* sinnvoll (Tabelle X.22).

Eine ÄrztIn schlug zur Verbesserung des interdisziplinären Managements bei Risiko-PatientInnen eine sog. „*interdisziplinäre Station* mit ausschließlich Hochrisiko-PatientInnen vor (Tabelle X.22). In den Augen der Autorin macht dieses Konzept keinen Sinn, da das Erkennen, der korrekte Umgang und die Versorgung von nicht intensivpflichtigen Hochrisiko-PatientInnen auf Normalstationen Expertise jeder ÄrztIn und aller Pflegepersonen sein muss. Eine Konzentration von Hochrisiko-PatientInnen auf einer Station würde das Know-How im Umgang mit dieser PatientInnengruppe auf einige wenige medizinische Fachkräfte (ÄrztInnen, Pflegepersonen) reduzieren, was das Erkennen und die Qualität der Behandlung von schwer kranken Menschen, die jede ÄrztIn/Pflegeperson beherrschen sollte, deutlich verschlechtern würden. Im Falle einer kritischen Verschlechterung von Hochrisiko-PatientInnen auf der Normalstation muss die Indikation für eine Intensivtherapie bzw. die *Therapiezieländerung* zur *Palliativtherapie* von den behandelnden ÄrztInnen im interdisziplinären Gespräch erwogen werden. Die Intensivstation ist somit die „*interdisziplinäre Station* auch für kritisch kranke Hochrisiko-PatientInnen“. Die Expertise einen kritischen, sich verschlechternden Krankheitszustand zu erkennen und notfallmäßig zu behandeln, muss auf den Normalstation auch durch regelmäßige Betreuung von Hochrisiko-PatientInnen gewonnen und erhalten werden.

Zwei ÄrztInnen betonten, dass zur Verbesserung des interdisziplinären Managements bei Risiko-PatientInnen mehr ärztliches Personal bzw. eine Behebung des FachärztInnen-Mangels notwendig wäre. Dies deutet auf einen Personalmangel im Arbeitsumfeld der befragten ÄrztInnen hin, was speziell die zeitaufwendigen Besprechungen rund um

schwierige Indikationsstellungen bzw. *Therapiezieländerungen* hin zur *Palliativcare* schwierig bis unmöglich macht. Im Sinne der Übertragung des Konzepts von *ACP* ins Krankenhaus wäre es deshalb notwendig, regelmäßig *Klinische Perspektivenkonferenzen* durchzuführen, ärztlichen Personalmangel zu beheben und ÄrztInnen ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen, damit sie ihren PatientInnen eine entsprechende, sich an deren Wertevorstellungen und Wünschen orientierende Betreuung anbieten können.

Obwohl es über zwei Drittel der befragten ÄrztInnen wünschenswert fänden, wenn die interdisziplinäre Zusammenarbeit in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld und auf regionaler Ebene verbessert würde (Fragen 59-60/64, Tabelle X.20), gaben 44 % der befragten ÄrztInnen an, nicht zu wissen, ob sie eine *Klinischen Perspektivenkonferenz* sinnvoll fänden. In den Augen der Studien-Autorin hängt dies damit zusammen, dass viele ÄrztInnen unzureichend über das Konzept des *ACP* und die Inhalte des *ErwSchG* informiert sind. Daher wäre es wichtig, dass der Krankenhausträger alle beschäftigten ÄrztInnen umfassend über das *ErwSchG* und *ACP* informieren würde. Es müsste seitens der ärztlichen Direktion ein Schwerpunkt darauf gelegt werden, dass die *Klinische Perspektivenkonferenz* ein fixer und verpflichtender Bestandteil der Behandlungsplanung, vor allem von Risiko-PatientInnen im Krankenhaus wird. Die *Klinische Perspektivenkonferenz*, die auf der Dokumentation von Wünschen und Wertevorstellungen unserer PatientInnen im Rahmen des *ACP* im niedergelassenen Bereich beruht, würde durch eine verbesserte interdisziplinäre Kommunikation zur Vermeidung von *Übertherapie*, der daraus resultierenden *chronisch kritischen Erkrankung* mit verlängertem Leiden und hinausgezögertem Sterben beitragen. In diesem Zusammenhang würden sich über 90 % der befragten ÄrztInnen wünschen, dass es eine für alle BehandlerInnen (HausärztIn, niedergelassene FachärztIn, KrankenhausärztInnen, ärztliche Betreuung in Rehabilitationszentren und Pflegeheimen, etc.) besser sichtbare Dokumentation sowie eine vollständige inhaltliche Übermittlung des PatientInnenwillens gäbe (Fragen 62-63, Tabelle X.20), was eine durchaus große Herausforderung für ein qualitativ hochwertiges Schnittstellenmanagement auf allen Ebenen darstellt und derzeit *viel Luft nach oben* hat.

9. Fazit

Die vorliegende Umfrage zeigt auf, dass das neue, 2. *ErwSchG* den meisten der befragten ÄrztInnen zwar ein Begriff ist, sie über die genaueren Inhalte des *ErwSchG* und auch über das Konzept von *ACP* nicht ausreichend informiert sind. Vielen der befragten ÄrztInnen ist deshalb nicht bewusst, welchen positiven Effekt die Bezugnahme auf das *ACP*, die

Umsetzung des *ErwSchG* und die standardisierte Durchführung einer *Klinischen Perspektivenkonferenz* bei Hochrisiko-PatientInnen auf ihre klinische Arbeit haben könnte (Frage 65, Tabelle X.23 und Frage 45, Tabelle X.15). Der Großteil der befragten ÄrztInnen bestätigte, dass in ihrem Krankenhaus PatientInnen nicht standardisiert über Vorsorgedokumente (PatientInnenverfügung, Vorsorgevollmacht) befragt werden und es keine standardisierte Dokumentation dieser Informationen gibt. Auch gibt es in ihrem Arbeitsumfeld keine einheitliche standardisierte Verwendung von Risiko-Scores und eine standardisierte *Klinische Perspektivenkonferenz* ist nicht fixer Bestandteil der Betreuung von Risiko-PatientInnen. *ACP* kommt im niedergelassenen Arbeitsumfeld der befragten KrankenhausärztInnen nicht ausreichend zur Anwendung. Damit bestätigt sich die erste Hypothese der Autorin, dass die Erfassung und Dokumentation von Risikofaktoren, Rehabilitationspotenzial, Lebensqualität und PatientInnenwillen vor einer geplanten Behandlung in diesem Krankenhaus nicht flächendeckend durchgeführt wird (siehe Tabellen X.7, X.10, X.11, X.20) wobei dies der überwiegende Teil der befragten ÄrztInnen für wünschenswert hielte (siehe Tabellen X.10, X.11, X.20). Daraus ergibt sich, wie von der Autorin angenommen, dass der Großteil der befragten ÄrztInnen die Umsetzung oben genannter Maßnahmen ausschlaggebend für eine adäquate, sich mehr an den Wünschen und Wertevorstellungen der PatientInnen orientierende Betreuung halten würde. Eine Diskrepanz besteht in den Antworten zu den Fragen der Umsetzung von *ACP/KPK/ErwSchG* am Krankenhaus Bregenz: Die meisten der befragten ÄrztInnen befürworten zwar die Umsetzung der *ACP/KPK* und des neuen *ErwSchG* (Frage 66, Tabelle X.23), aber nur ein Drittel der befragten ÄrztInnen wäre dazu bereit, aktiv an der praktischen Umsetzung mitzuarbeiten (Frage 67, Tabelle X.23). Ohne die praktische Mitarbeit und den persönlichen Einsatz der ÄrztInnen am Krankenhaus Bregenz wird sowohl die Umsetzung des neuen *ErwSchG* als auch die Durchführung der *Klinischen Perspektivenkonferenz* nicht möglich sein!

Ein Grund dafür, dass die ÄrztInnen nicht dazu bereit wären an der Umsetzung von *ACP/KPK* und *ErwSchG* aktiv mitzuarbeiten, kann sein, dass sie noch zu wenig über die Inhalte und Vorteile einer breiten Umsetzung des neuen *ErwSchG* und *ACP* informiert sind. Weiters könnte die schon vorhandene hohe Arbeitsbelastung der ÄrztInnen, die häufig durch Personalmangel noch verstärkt wird, dazu führen, dass ÄrztInnen keine Kapazitäten mehr für zusätzliche zeitaufwendige Gespräche haben. Außerdem haben viele ÄrztInnen bei der klinischen Umsetzung von schwierigen medizinischen Entscheidungen am Lebensende Angst vor dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung bzw. fahrlässigen Tötung, da ihnen oft die rechtlichen und ethischen Grundlagen, auf denen diese Entscheidungen basieren, nicht ausreichend bekannt sind. Um die Qualität der schwierigen medizinischen Entscheidungen am Lebensende in einem Krankenhaus zu verbessern, und dadurch

Übertherapie, chronisch kritische Erkrankung, verlängertes Leiden und Hinauszögern von Sterben zu verhindern, und damit ein *gutes Leben am Ende des Lebens* sowie ein *Sterben in Würde* zu ermöglichen, schlägt die Autorin dieser Studie folgende strategischen Überlegungen vor:

(1) Der Krankenhausträger muss alle KrankenhausärztInnen über das neue *ErwSchG* und das Konzept *ACP/KPK* informieren und aufklären. (2) Durch Beseitigung des Personalmangels muss ein Arbeitsumfeld geschaffen werden, in dem es ÄrztInnen möglich ist, eine sich an den Wertevorstellungen und Wünschen von PatientInnen orientierende Betreuung anzubieten. (3) Die ärztliche Direktion muss für eine standardisierte Vorgehensweise bei der Erfassung und Dokumentation von PatientInnenwillen, Risikofaktoren und Rehabilitationspotenzial sorgen und verpflichtend einführen. (4) In der studentischen und postpromotionellen Ausbildung von ÄrztInnen muss ein intensiver Fokus auf die verpflichtende Lehre zu Medizinrecht und Medizinethik gelegt werden.

Durch den technischen Fortschritt ermöglicht moderne Medizin vielen Menschen, die früher gestorben wären, Heilung und ein gutes Leben nach schwerer Erkrankung. Undifferenzierte Indikationsstellung und an technischer Machbarkeit orientierte moderne Medizin resultieren häufig in *chronisch kritischer Erkrankung*, verlängern Leiden und zögern Sterben hinaus, was ethisch niemals Ziel von Medizin sein darf. Um diese *Machbarkeitsmedizin* wieder in eine menschliche Medizin umzuwandeln, die sich am Wohl, den Wünschen und Wertevorstellungen der Menschen orientiert, müssen ÄrztInnen schwierige Entscheidung in der Medizin und am Lebensende wieder kritischer treffen lernen. Damit medizinische Entscheidungen sich an den Wünschen und Wertevorstellungen der Menschen orientieren können, muss ein breites Bewusstsein für die Umsetzung des neuen *ErwSchG* und PatientInnenverfügungs-Gesetz geschaffen werden. Menschen müssen lernen Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Durch die Errichtung von PatientInnenverfügungen und Vorsorgevollmachten können sie dafür sorgen, dass ihr mutmaßlicher Wille auch dann dem behandelnden ÄrztInnen-, und BetreuerInnen-Team bekannt ist, wenn sie selbst nicht mehr für sich sprechen können.

10. Limitationen

Aufgrund der Durchführung dieser Umfragen an einem peripheren Krankenhaus und der relativ geringen Rücklaufquote von knapp 30 %, ist es möglich, dass die vorliegenden Resultate nicht dem Wissensstand aller ÄrztInnen in Österreich und auch nicht dem gelebten Standard in anderen österreichischen Krankenhäusern entsprechen.

Außerdem besteht bei einigen Antworten die Möglichkeit für einen Bias, da ein Teil der befragten ÄrztInnen unter Umständen einzelne Fragen nicht ganz ehrlich beantwortet, sondern die nach ihrer Meinung „sozial korrekte“ Antwort ausgewählt haben könnten. Die überwiegend gewählten Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“, oder „weiß nicht“ haben bei einem so komplexen Thema unter Umständen den Nachteil, dass Fragen nur oberflächlich und nicht umfassend in die Tiefe beantwortet werden können.

XII. Literaturverzeichnis

- (1) Vorarlberger Landeskrankenhäuser. Über das Gesundheitsunternehmen [Internet]. „Ohne Datum“ [zuletzt aufgerufen am 10.07.2020]. Verfügbar unter: <https://www.landeskrankenhaus.at/gesundheitsunternehmen/zahlen-und-fakten/schwerpunkte>.
- (2) Statistik Austria. Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre 1868/71 bis 2010/12, 1951 bis 2018 [Internet]. 2019 [zuletzt aufgerufen am 10.07.2020]. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/022521.html.
- (3) Statistik Austria. Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme 2014 [Internet]. 2014 [zuletzt aufgerufen am 10.07.2020]. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/ge-sundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html.
- (4) Statistik Austria. Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme mit ärztlicher Diagnose 2014 [Internet]. 2014 [zuletzt aufgerufen am 10.07.2020]. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/ge-sundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html.
- (5) Singer JP, Lederer DJ, Baldwin MR. Frailty in Pulmonary and Critical Care Medicine. *Ann Am Thorac Soc*. 2016; 13(8):1394-404.
- (6) Costa D, Aladio M, Girado CA, Pérez de la Hoz R, Berensztein CS. Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2018; 21:103-6.
- (7) Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2017; 43(8):1105-22.
- (8) Carson SS, Garrett J, Hanson LC, Lanier J, Govert J, Brake MC, et al. A prognostic model for one-year mortality in patients requiring prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2008; 36(7):2061-9.
- (9) Sepehri A, Beggs T, Hassan A, Rigatto C, Shaw-Daigle C, Tangri N, et al. The impact of frailty on outcomes after cardiac surgery: A systematic review. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014; 148(6):3110-7.
- (10) Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. *Respir Care*. 2012; 57(6):1021-7.
- (11) Lamas D. Chronic critical illness. *N Engl J Med*. 2014; 370(2):175-7.
- (12) Cardona-Morell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non beneficial treatment in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(4):456-69.
- (13) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index; A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Medical J* 1965; 14:56-61.

- (14) Dalhousie University. Clinical Frailty Scale [Internet]. 2007-2009 [zuletzt aufgerufen am 10.07.2020]. Verfügbar unter: <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>.
- (15) The University of Edinburgh. Supportive and Palliative Care Indicator Tools (SPICTTM) [Internet]. 2019 [zuletzt aufgerufen am 10.07.2020]. Verfügbar unter: <https://www.spict.org.uk>.
- (16) European System for Cardiac Operative Risk Evaluation. euroSCORE for doctors [Internet]. 2011 [zuletzt aufgerufen am 12.07.2020]. Verfügbar unter: <http://euroscore.org/index.htm>.
- (17) Powell Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-86.
- (18) Juma S, Taabazuing MM, Montero-Odasso M. Clinical Frailty Scale in an Acute Medicine Unit: a Simple Tool That Predicts Length of Stay. *Can Geriatr J*. 2016; 19(2):34-9.
- (19) Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 173(5):489-95.
- (20) Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2013; 48(4):216-23.
- (21) Lins Fumis RR, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira JM Junior. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017; 7:71.
- (22) Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schröder S, Michalesen A, Dey K, et al. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care. Results of a survey among intensive care unit personnel. *Anaesthesist*. 2018; 67(11):850-8.
- (23) Hickman RL Jr, Douglas SL. Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcome of Family Members. *AACN Adv. Crit Care*. 2010; 21(1):80-91.
- (24) van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015; 10(8):e0136955. doi: 10.1371/journal.pone.0136955 [eCollection 2015].
- (25) ACP-international. Mission [Internet]. „Ohne Datum“ [zuletzt aufgerufen am 12.07.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ACP-i.org/mission/>.
- (26) Hospiz Österreich. VSD *Vorsorgedialog*® [Internet]. 2020 [zuletzt aufgerufen am 12.07.2020]. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/fachwelt/Vorsorgedialog/>.
- (27) Beauchamp TL, Childress JF. *Principals of Biomedical Ethics*. 5th Edition. New York: Oxford University Press. 2001.

- (28) Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Broschüre Erwachsenenschutzrecht (BMVRDJ). Wissenswertes für Vertretene, Vertreter/innen und Interessierte [Online Dokument]. Wien: BMVRDJ; 2019. Seiten 7-8 [zitiert am 06.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://www.justiz.gv.at/home/buergerservice/erwachsenenschutz/informationsbroschueren~41.de.html>.
- (29) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Pulker M, Kaelin L, Dinges S, Leitner K, et al. Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen: Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG), Endbericht August 2014 [Online Dokument]. Wien: IERM; 2014. Seite 69 [zitiert am 13.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/#c503192>.
- (30) Statistik Austria. Bevölkerung zu Jahresbeginn seit 1952 nach Bundesland [Internet]. 2020 [zuletzt aufgerufen am 13.05.2020]. Verfügbar unter:
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_zu_jahres-quartalsanfang/031770.html.
- (31) Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Broschüre Erwachsenenschutzrecht (BMVRDJ). Broschüre Erwachsenenschutzrecht: Wissenswertes für Vertretene, Vertreter/innen und Interessierte [Online Dokument]. Wien: BMVRDJ; 2019. Seiten 27-44 [zitiert am 06.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://www.justiz.gv.at/home/buergerservice/erwachsenenschutz/informationsbroschueren~41.de.html>.
- (32) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Pulker M, Kaelin L, Dinges S, Leitner K, et al. Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen: Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG), Endbericht August 2014 [Online Dokument]. Wien: IERM; 2014. Seiten 29-31; 51-53 [zitiert am 07.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/#c503192>.
- (33) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Kletečka-Pulker M, Leitner K, Rebernik C. Evaluierung Vorsorgevollmacht: Von der Information bis zur Errichtung [Online Dokument]. Wien: IERM; 2014. Seiten 26-27 [zitiert am 07.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/#c503193>.
- (34) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Pulker M, Kaelin L, Dinges S, Leitner K, et al. Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen: Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG), Endbericht August 2014 [Online Dokument]. Wien: IERM; 2014. Seiten 49-52 [zitiert am 07.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/#c503192>.
- (35) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Kletečka-Pulker M, Leitner K, Rebernik C. Evaluierung Vorsorgevollmacht: Von der Information bis zur Errichtung [Online Dokument]. Wien: IERM; 2014. Seiten 40-43 [zitiert am 07.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/#c503193>.

- (36) Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Broschüre Erwachsenenschutzrecht (BMVRDJ). Broschüre Erwachsenenschutzrecht: Wissenswertes für Vertretene, Vertreter/innen und Interessierte [Online Dokument]. Wien: BMVRDJ; 2019. Seite 13 [zitiert am 07.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/buergerservice/erwachsenenschutz/informationsbroschueren~41.de.html>.
- (37) Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Broschüre Erwachsenenschutzrecht (BMVRDJ). Broschüre Erwachsenenschutzrecht: Wissenswertes für Vertretene, Vertreter/innen und Interessierte [Online Dokument]. Wien: BMVRDJ; 2019. Seite 40 [zitiert am 12.07.2020]. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/buergerservice/erwachsenenschutz/informationsbroschueren~41.de.html>.
- (38) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, 2. *ErwSchG*, §245 Abs. 1-4 [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 01.07.2018 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/jgs/1811/946/P245/NOR40193051?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=245&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=19.05.2020&VonInkrafttredatum=&BisInkrafttredatum=&VonAusserkrafttredatum=&BisAusserkrafttredatum=&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=ABGB&Position=1&SkipToDocumentPage=true&ResultFunctionToken=32ac5dc9-efda-4f09-8eb0-d793d0ff1e65>.
- (39) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Kletečka-Pulker M, Leitner K, Rebernick C. Evaluierung Vorsorgevollmacht: Von der Information bis zur Errichtung [Online Dokument]. Wien: IERM; 2014. Seite 44. Abbildung 11: EntscheidungsträgerInnen nach Ansicht der österreichischen Bevölkerung [zitiert am 07.05.2020]. Verfügbar unter: <https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/#c503193>.
- (40) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, 2. *ErwSchG*, §252 [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 01.07.2018 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/jgs/1811/946/P252/NOR40193058?ResultFunctionToken=f8421ccd-8fe2-4569-b198-72ffc4b644c1&Position=1&SkipToDocumentPage=True&Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=252&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=19.05.2020&VonInkrafttredatum=&BisInkrafttredatum=&VonAusserkrafttredatum=&BisAusserkrafttredatum=&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=ABGB>.
- (41) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, 2. *ErwSchG*, §253 [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 01.07.2018 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622&FassungVom=2020-05-19&Artikel=&Paragraf=253&Anlage=&Uebergangsrecht>.

- (42) Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Broschüre Erwachsenenschutzrecht (BMVRDJ). Wissenswertes für Vertretene, Vertreter/innen und Interessierte [Online Dokument]. Wien: BMVRDJ; 2019. Seiten 32 und 36 [zitiert am 15.06.2020]. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/buergerservice/erwachsenenschutz/informationsbroschueren~41.de.html>.
- (43) Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Broschüre Erwachsenenschutzrecht (BMVRDJ). Wissenswertes für Vertretene, Vertreter/innen und Interessierte [Online Dokument]. Wien: BMVRDJ; 2019. Seite 28 [zitiert am 30.06.2020]. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/buergerservice/erwachsenenschutz/informationsbroschueren~41.de.html>.
- (44) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Patientenverfügungsgesetz (PatVG), §14a [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 16.01.2019 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/i/2006/55/P14a/NOR40211867?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=14a&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=19.05.2020&VonInkrafttretedatum=&BisInkrafttretedatum=&VonAusserkrafttretedatum=&BisAusserkrafttretedatum=&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=PatVG&Position=1&SkipToDocumentPage=true&ResultFunctionToken=cd0b092f-4b28-475e-afcc-97e5e81bb3e9>.
- (45) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Patientenverfügungsgesetz (PatVG), §14b [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 16.01.2019 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723&FassungVom=2020-05-19&Artikel=&Paragraf=14b&Anlage=&Uebergangsrecht>.
- (46) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Patientenverfügungsgesetz (PatVG), §14c [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 16.01.2019 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723&FassungVom=2020-05-19&Artikel=&Paragraf=14c&Anlage=&Uebergangsrecht>.
- (47) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Patientenverfügungsgesetz (PatVG), §14d [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 16.01.2019 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723&FassungVom=2020-05-19&Artikel=&Paragraf=14d&Anlage=&Uebergangsrecht>.
- (48) Elektronische Gesundheitsakte GmbH (ELGA). Wissenswertes zu ELGA [Internet]. „Ohne Datum“ [zuletzt aufgerufen am 07.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/>.

- (49) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTeIG 2012), §15 Abs. 1 bis 4 [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 25.05.2018 [zuletzt aufgerufen am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/i/2012/111/P15/NOR40203929?ResultFunctionToken=6204574c-a7b4-46b1-97b1-6e0714b81acc&Position=1&SkipToDocumentPage=True&Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=15&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=19.05.2020&VonInkrafttreatedatum=&BisInkrafttreatedatum=&VonAusserkrafttreatedatum=&BisAusserkrafttreatedatum=&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=GTeIG>.
- (50) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTeIG 2012), §16 Abs. 1 Nr. 2 lit. a [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 25.05.2018 [zuletzt aufgerufen am 19.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120&FassungVom=2020-05-19&Artikel=&Paragraf=16&Anlage=&Uebergangsrecht>.
- (51) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Kletečka-Pulker M, Leitner K, Rebernig C. Evaluierung Vorsorgevollmacht: Von der Information bis zur Errichtung [Online Dokument]. Wien: IERM; 2014. Seiten 62-3 [zitiert am 14.05.2020]. Verfügbar unter: <https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/#c503193>.
- (52) Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM). Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Pulker M, Inthorn J. Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügung-Gesetzes (PatVG) [Online Dokument]. Wien: IERM; 2009. Seite 12 [zitiert am 11.05.2020]. Verfügbar unter: <https://ierm.univie.ac.at/forschung-projekte/vergangene-projekte/>.
- (53) Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Broschüre Erwachsenenschutzrecht (BMVRDJ). Wissenswertes für Vertretene, Vertreter/innen und Interessierte [Online Dokument]. Wien: BMVRDJ; 2019. Seite 31 [zitiert am 12.07.2020]. Verfügbar unter: <https://www.justiz.gv.at/home/buergerservice/erwachsenenschutz/informationsbroschueren~41.de.html>.
- (54) Spitzer S, Weber D. Reporting biases in self-assessed physical and cognitive health status of older Europeans. PLoS One. 2019; 14(10):e0223526. doi: 10.1371/journal.pone.0223526 [eCollection 2019].
- (55) Murphy DJ, Santilli S. Elderly patients' preferences for long-term life support. Arch Fam Med. 1998; 7(5):484-8.

- (56) Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Ärztegesetz 1998, §49 Abs. 1 [Online Dokument]. Wien: BMDW; RIS; Inkrafttretensdatum 18.01.2017 [zitiert am 19.05.2020]. Verfügbar unter:
<https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/i/1998/169/P49/NOR40190742?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=49&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=19.05.2020&VonInkrafttreatedatum=&BisInkrafttreatedatum=&VonAusserkrafttreatedatum=&BisAusserkrafttreatedatum=&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=Ärztegesetz&Position=1&SkipToDocumentPage=true&ResultFunctionToken=e4fac4f8-7a0d-44af-a7dc-4e70e9537581>.
- (57) Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. Crit Care Med. 2016; 44(8):1553-602.
- (58) Friesenecker B. Tiroler Demenzsymposium: Interprofessionelles Symposium für Mediziner*innen, Gesundheits- und Sozialberufe sowie beruflich Engagierte [Vortrag]. AZW der Tirol Kliniken GmbH, Innsbruck, 23.01.2020.

XIII. Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
ADL	Activities of Daily Life
CCI	Chronic critical illness
ErwSchG	Erwachsenenschutz-Gesetz
ErwV	Erwachsenenvertretung
ErwVV	Erwachsenenvertretung-Verfügung
ifs-Vorarlberg	Institut für Sozialdienste-Vorarlberg
KH	Krankenhaus
KPK	Klinische Perspektivenkonferenz
ÖNK	Österreichische Notariatskammer
ÖZVV	Österreichisches Zentrales Verfügungsverzeichnis
LKH	Landeskrankenhaus
NBT	Non Beneficial Treatment
PatV	Patientenverfügung
PatVG	Patientenverfügungs-Gesetz
SOP	Standard Operating Procedure
SPICT	Supportive and Palliative Indicator Care Tool
TZÄ	Therapiezieländerung
VV	Vorsorgevollmacht

XIV. Anhang

1. E-Mail Korrespondenz mit der Ethikkommission des Landes Vorarlberg

I-Med Webmail_Re_AW_Ethikvotum notwendig für Umfrage unter Ärztinnen am LKHB_Ausdruck

10.06.20, 17:03

Vera Maria Wimmer <vera.wimmer@student.i-med.ac.at>

18.9.2019 14:36

Re: AW: Ethikvotum notwendig für Umfrage unter Ärztinnen am LKHB?

An ZSP Ethikkommission Vorarlberg <ethikkommission@vorarlberg.at>

Sehr geehrter Herr Dr. Bohle,

vielen Dank für Ihre umgehende und ausführliche Antwort.

Zu (1) habe ich bereits Rücksprache mit meiner Prüfungsärztin gehalten. Ein Ethikvotum ist laut Fr. Dr. Friesenecker erst für eine Publikation notwendig.

Bei weiteren Fragen komme ich sehr gerne auf Sie zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Vera-Maria Wimmer

ZSP Ethikkommission Vorarlberg <ethikkommission@vorarlberg.at> hat am 18. September 2019 10:13 geschrieben:

Sehr geehrte Frau Wimmer,

gerne beantworten wir Ihre Anfrage wie folgt:

(1) Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Verantwortung für die richtige Einstufung einer Studie beim/der jeweiligen Prüfarzt/ärztin bzw. StudienleiterIn liegt.

(2) Abgesehen von der speziellen Regelung für Expositionen in der medizinischen und biomedizinischen Forschung gemäß § 25 der Medizinischen Strahlenschutzverordnung, BGBl. II Nr. 375/2017, besteht in Vorarlberg gemäß § 13 Abs 1 und 5 des Vorarlberger Spitalgesetzes, LGBl. Nr. 54/2005 idF. LGBl. Nr. 10/2015, eine gesetzliche Verpflichtung zur Befassung einer Ethikkommission nur dann, wenn die klinische Prüfung eines Arzneimittels (gemäß AMG) bzw. eines Medizinproduktes (gemäß MPG) vorgesehen ist oder eine neue medizinische Methode (gemäß KAKuG bzw. dem Vorarlberger Spitalgesetz) untersucht werden soll.

(3) Da – soweit ersichtlich – mit der von Ihnen erwähnten Umfrage, bei welcher kein Patientenkontakt im weitesten Sinne erfolgt (Arg.: Es werden „nicht einmal“ Patientendaten erhoben oder ausgewertet.), diese Rechtsbereiche nicht tangiert werden (können), bedarf diese Umfrage keiner Einbindung der Ethikkommission des Landes Vorarlberg bzw. keines Votums der Ethikkommission.

(4) Da außerdem im Rahmen Ihrer Umfrage keine biomedizinische Forschung am Patienten im weitesten Sinne erfolgt, scheint eine Zuständigkeit der Ethikkommission des Landes Vorarlberg überdies nicht gegeben.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Michael Bohle

Dr Michael Bohle

Vorsitzender

Ethikkommission des Landes Vorarlberg

Geschäftsstelle: Landhaus, Römerstraße 15, A-6901 Bregenz

T +43 (0)5574 511 24242

F +43 (0)5574 511 924242

ethikkommission@vorarlberg.at

www.ethikkommission-vorarlberg.at

www.ethikkommission-vorarlberg.at/datenschutzmitteilung/

https://ox.i-med.ac.at/appsuite/v=7.10.3-11.20200527.051025/print.html?print_1591801340813

Seite 1 von 2

Rechtlicher Hinweis:

Diese E-Mail samt Anhängen könnte vertrauliche/rechtlich geschützte Informationen enthalten. Wenn Sie nicht der richtige Empfänger sind, informieren Sie bitte sofort den Absender und löschen diese E-Mail samt Anhängen. Das unerlaubte Kopieren oder Weitergeben dieser E-Mail ist nicht gestattet.

Legal notice:

This message and any attachment(s) may contain confidential/privileged information. If you are not the intended recipient, please email or telephone the sender and delete this message and any attachment(s) from your system. Any unauthorised copying, disclosure or distribution of the material in this email is strictly forbidden.

Von: Vera Maria Wimmer <vera.wimmer@student.i-med.ac.at>

Gesendet: Montag, 16. September 2019 15:23

An: ZZP Ethikkommission Vorarlberg <ethikkommission@vorarlberg.at>

Betreff: Ethikvotum notwendig für Umfrage unter Ärztinnen am LKHB?

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sehr geehrter Herr Dr. Bohle,

auf Anraten von Wolfgang Böhner von der KHBG wende ich mich mit meinem Anliegen an Sie. Im Rahmen meiner Diplomarbeit der Humanmedizin mit dem (vorläufigen) Titel: «Das neue Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) und Advanced Care Planning (ACP) in der praktischen klinischen Anwendung», möchte ich gerne eine Umfrage unter den ÄrztInnen am LKHB durchführen. In der Umfrage wird ausschließlich der Wissenstand und die derzeitige Anwendung von Erwachsenenschutzgesetz und ACP unter ÄrztInnen erhoben. Es werden keine Patientendaten erhoben oder ausgewertet.

Betreut werde ich durch Frau Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker.

Im LKHB habe ich bereits Rücksprache mit Prim. Dr. Rohde gehalten, welcher mir nach interner Besprechung mit KH-Leitung und ChefärztInnen eine Durchführung zugesagt hat. Die schriftliche Bestätigung (auch durch den Betriebsrat) ist noch ausständig.

Nun zu meiner Frage an Sie. Denken Sie, dass zur Durchführung meiner Umfrage ein Ethikvotum Ihrerseits notwendig ist?

Ich freue mich über Ihre Rückmeldung

Mit freundlichen Grüßen

Vera-Maria Wimmer

2. Einwilligung der Krankenhausleitung des LKH Bregenz

Sehr geehrter Herr Prim. Dr. Rohde,
Sehr geehrte Frau DGKS Patricia Zangerl,
Sehr geehrter Herr BSc MA Andreas Lauterer,

Unter der Betreuung von Frau Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker darf ich meine Diplomarbeit mit dem vorläufigen Titel:

<Das neue Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) und Advanced Care Planning (ACP) in der praktischen klinischen Anwendung> durchführen.

Dabei wollen wir mit einem an ÄrztInnen gerichteten Fragebogen den derzeitigen ärztlichen Wissensstand über das ErwSchG und ACP erfassen. Ebenso interessiert uns die derzeitige praktisch-klinische Anwendung von ErwSchG und ACP. Unser Ziel ist eine Rücklaufquote von etwa 30%, weshalb wir eine mehrmalige Aussendung im Zeitraum von Oktober 2019 bis Januar 2020 anstreben.

Wie bereits mit Herrn Prim. Dr. Rohde besprochen, möchte ich diese Umfrage gerne am LKH-Bregenz durchführen. Deshalb möchte Sie ich hiermit um Ihre schriftliche Einwilligung zur Durchführung meiner Umfrage mittels online Fragebogen unter der Ärzteschaft am LKH-Bregenz bitten.

Wir gewährleisten dabei, dass die Umfrage vollständig anonymisiert ist und eine Rückverfolgung der in der Umfrage erhobenen Daten auf einzelne Personen nicht möglich ist. Ebenso gewährleisten wir, dass in der Umfrage keine Patientendaten erhoben werden.

Mit der Teilnahme an der Umfrage stimmen die TeilnehmerInnen der Verwendung der anonym erhobenen Daten für die wissenschaftliche Auswertung und der Publikation zu.

Bregenz 30. 9. 19
Datum, Ort

Vera-Maria Wimmer
cand. med. Vera-Maria Wimmer

Bregenz 25.09.19
Datum, Ort

Prim. Dr. Rohde, Chefarzt LKHB

Bregenz 26.09.19
Datum, Ort

Patricia Zangerl, DGKS
Betriebsrätin

26.9.19
Datum, Ort

Andreas Lauterer, BSc, MA
Verwaltungsdirektor LKHB

3. Fragebogen erstellt auf surveygizmo.com®

Druckversion des Fragebogens „Das neue *Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG)* und *Advance Care Planning (ACP)* in der praktischen klinischen Anwendung

Das neue Erwachsenenenschutzgesetz (ErwSchG) und Advanced Care Planning (ACP) in der praktischen klinischen Anwendung

14.05.20, 10:51

Surveys should never ask for any sensitive or secure data. Do not provide passwords, credit card numbers, identification numbers, or other sensitive information. [Report Abuse](#).

Das neue Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) und Advanced Care Planning (ACP) in der praktischen klinischen Anwendung

Das neue Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) und Advanced Care Planning (ACP) in der praktischen klinischen Anwendung

Mit diesem Fragebogen wollen wir den derzeitigen ärztlichen Informationsstand zu und Ihre Erfahrungen mit dem neuen, seit Juli 2018 gültigen Erwachsenenenschutzgesetz (Erwachsenenvertreter, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) erfassen und mehr zum perioperativen bzw. peri-interventionellen Management von (Hochrisiko-) PatientInnen an Ihrer Abteilung bzw. in Ihrem Krankenhaus (ACP) erfahren. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es kein richtig oder falsch. Die meisten Fragen lassen sich mit **ja/nein/weiß nicht** beantworten. Zusätzlich gibt es ein paar offene Fragen.

Der Fragebogen ist vollständig anonymisiert und es kann aus den Fragen nicht auf einzelne Personen rückgeschlossen werden. Mit der Teilnahme an der Umfrage stimmen Sie der Verwendung der anonym erhobenen Daten für die wissenschaftliche Auswertung und der Publikation zu.

Die Beantwortung der 70 Fragen dauert ca. 10 min.

Bei Unklarheiten oder Rückfragen wenden Sie sich bitte an Vera-Maria Wimmer (vera.wimmer@student.i-med.ac.at) oder an Frau Ao.

file:///Users/vera-maria/Desktop/Das%20neue%20Erwachsenenschu...Planning%20(ACP)%20in%20der%20praktischen%20klini.webarchive

Seite 1 von 21

Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker (barbara.friesenecker@tirol-kliniken.at).

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Fragebogen!

Inhaltsverzeichnis des Fragebogens

- I. Fachrichtung der teilnehmenden ÄrztIn
- II. Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz
- III. Erwachsenenschutzvereine
- IV. Persönliche Erfahrungen mit dem Erwachsenenschutzgesetz
- V. ErwSchG im klinischen Alltag
- VI. Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores
- VII. Ärztliches Entscheiden und Handeln
- VIII. Ansprechen sensibler Themen bzw. Überbringung schlechter Nachrichten
- IX. Advance Care Planning (ACP) bzw. „Behandlung im Voraus planen“, „Vorsorgedialog“
- X. Praktische Umsetzung von ErwSchG und ACP im klinischen Alltag

1) Fachrichtung der teilnehmenden ÄrztIn

1.

Ich bin

*

- ☐ AllgemeinchirurgIn
- ☐ AllgemeinmedizinerIn
- ☐ AnästhesistIn
- ☐ AugenärztIn
- ☐ GynäkologIn
- ☐ DermatologIn
- ☐ HNO-ÄrztIn
- ☐ InternistIn

- ☐ NeurologIn
- ☐ OrthopädIn/TraumatologIn
- ☐ PädiaterIn
- ☐ RadiologIn
- ☐ UrologIn
- ☐ Sonstiges:

2. Ich bin *

- ☐ in leitender Funktion
- ☐ Oberärzten
- ☐ FachärztIn
- ☐ ÄrztIn in Ausbildung
- ☐ Sonstiges:

3. Ich bin *

- ☐ weiblich
- ☐ männlich

2) Allgemeines zum Erwachsenenschutzgesetz

4. Haben Sie schon vom neuen ErwSchG gehört? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

5. Wurden Sie vom Krankenhausträger rechtzeitig und ausreichend über das neue ErwSchG (gültig seit 07/2018) informiert? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
-

6. Findet das neue ErwSchG in Ihrem Arbeitsumfeld praktische Anwendung? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
-

7. Kennen Sie die Begriffe: *

- ☐ Vorsorgevollmacht
- ☐ gewählte Vertretung
- ☐ gesetzliche Vertretung
- ☐ gerichtliche Vertretung
- ☐ weiß nicht
-

8. Würden Sie eine **Informationsbroschüre für ÄrztInnen** über das neue ErwSchG als hilfreich empfinden, in welcher kurz die Begrifflichkeiten, die praktische Anwendung, die Kosten, der Kontakt des zuständigen Erwachsenenschutzvereins etc. erläutert werden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
-

9. Würden Sie eine **Informationsbroschüre für PatientInnen/Angehörige und StellvertreterInnen** über das neue ErwSchG als hilfreich empfinden, in welcher kurz die Begrifflichkeiten, die praktische Anwendung, die Kosten, die Kontaktadresse des zuständigen Erwachsenenschutzvereins erläutert werden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

3) Erwachsenenschutzvereine

10. Wissen Sie was die Aufgaben eines Erwachsenenschutzvereins sind? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

11. Kennen Sie die Kontaktdaten des für Ihr KH zuständigen Erwachsenenschutzvereins? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

12. Sind Sie von Ihrer Krankenhausleitung über die Kontaktdaten des für Ihre PatientInnen zuständigen Erwachsenenschutzvereins informiert worden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

13. Sind Sie von Ihrer Krankenhausleitung über die Kosten informiert worden, die bei der Errichtung einer Vorsorgevollmacht, gewählten / gesetzlichen / gerichtlichen Vertretung für die PatientInnen/Angehörigen entstehen? *

- ☐ ja

- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

4) Persönliche Erfahrungen mit dem Erwachsenenschutzgesetz

14. Waren Sie selbst schon einmal in der Rolle der StellvertreterIn für eine Ihnen nahestehende Person? *

- ☐ nein
- ☐ ja, als Vorsorgebevollmächtigte/r
- ☐ ja, als gewählte VertreterIn
- ☐ ja, als gesetzliche VertreterIn
- ☐ ja, als gerichtliche VertreterIn

15. Haben Sie von den betreuenden Ärztinnen ausreichend und verständliche Informationen über Ihre Aufgabe als StellvertreterIn bekommen?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Ich habe keine Erfahrung damit.

16. War das Procedere beim Erwachsenenschutzverein mühsam für Sie?

- ☐ ja
- ☐ Wenn ja, warum?
- ☐ nein
- ☐ Ich habe keine Erfahrung damit.
-

17. Haben Sie die Registrierungsbestätigung rechtzeitig bekommen?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Ich habe keine Erfahrung damit.
-

18. Wie lange hat es nach Antragstellung gedauert bis Sie die Bestätigung erhalten haben?

- ☐ Dauer
- ☐ Ich habe keine Erfahrung damit.
-

19. Haben die ÄrztInnen Sie gefragt, was Sie jetzt mit der von Ihnen vertretenen Person medizinisch machen sollen?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Ich habe keine Erfahrung damit.
-

20. Wurde Ihnen verständlich erklärt, dass Sie zu dem Behandlungsvorschlag lediglich sagen müssen, ob das im Sinne der von Ihnen vertretenen Person ist (dem mutmaßlichen Willen entspricht)?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Ich habe keine Erfahrung damit.
-

21. Haben Sie die StellvertreterInnen-Rolle als belastend empfunden?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Ich habe keine Erfahrung damit.
-

5) ErwSchG im klinischen Alltag

22. Werden in Ihrem KH PatientInnen **bei der Aufnahme** befragt, ob sie eine/n Vorsorgebevollmächtigte/n bzw. eine VertreterIn (gesetzlich gerichtlich) haben? *

- ☐ ja
 - ☐ gelegentlich
 - ☐ nein
 - ☐ weiß nicht
-

23. Werden in Ihrem KH PatientInnen **bei der Aufnahme** befragt, ob sie eine PatientInnenverfügung haben? *

- ☐ ja
 - ☐ gelegentlich
 - ☐ nein
 - ☐ weiß nicht
-

24. Gibt es eine gut sichtbare Dokumentation dieser Information in Ihrem offiziellen Krankenhausdokumentationssystem? *

- ☐ ja
 - ☐ nein
 - ☐ weiß nicht
-

25. Falls es keine gut sichtbare Dokumentation in Ihrem Haus gibt, würden Sie sich eine solche Dokumentation wünschen? *

- ☐ ja
 - ☐ nein
 - ☐ weiß nicht
-

26. Wenn Sie selbst schon einmal in die Organisation der Errichtung

26. Waren Sie selbst schon einmal in die Organisation der Errichtung einer Stellvertretung für eine/n Ihrer PatientInnen involviert (z.B. gewählte Vertretung oder gesetzliche/gerichtliche Vertretung)? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

27. Würden Sie es sinnvoll finden, wenn schwer kranke, co-morbide PatientInnen mit fraglich gutem Reha-Potential in Nicht-Notfall-Situationen vor einem Eingriff bzw. einer Behandlung im Rahmen der Aufklärung eine **PatientInnen-Verfügung** errichten müssten? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

28. Würden Sie es sinnvoll finden, wenn schwer kranke, co-morbide PatientInnen mit fraglich gutem Reha-Potenzial in Nicht-Notfall-Situationen im Rahmen der Aufklärung eine **Vertrauensperson benennen** müssten, die sich dann als „gewählte VertreterIn“ offiziell registrieren lassen muss? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

29. Würden Sie eine gute Information über die Wünsche Ihrer PatientInnen für den Fall, dass diese nicht mehr für sich selbst sprechen könnten, als hilfreich empfinden (z.B. Intensivstation, Pflegeheim, etc.)? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

30. Würde es Ihre klinische Arbeit bei schwierigen medizinischen Entscheidungen erleichtern, wenn PatientInnen eine Vorsorgevollmacht und/oder PatientInnenverfügung hätten? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

31. Gibt es von der ärztlichen Direktion oder Rechtsabteilung Ihres KH eine Standard Operating Procedure (SOP) für PatientInnen, die schlecht bzw. gar nicht für sich sprechen können? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

6) Erhebung von Lebensqualität und Risiko-Scores

32. Wird in Ihrem Arbeitsumfeld die Leistungsfähigkeit bzw. Lebensqualität von PatientInnen **VOR** dem Krankenhausaufenthalt/der Behandlung erfasst? *

- ☐ wenn ja, durch wen?

- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

33. Wird in Ihrem Arbeitsumfeld die Leistungsfähigkeit bzw. Lebensqualität von PatientInnen **NACH** dem Krankenhausaufenthalt/der Behandlung erfasst? *

- ☐ wenn ja, durch wen?

- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

34. Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn Scores zur besseren Einschätzung des Reha-Potentials der PatientInnen **VOR** medizinischen Behandlungen (z.B. OP, Radiatio, Chemotherapie, Intensivtherapie etc...) mit dem Ziel der Identifizierung von Hochrisiko-PatientInnen **verpflichtend** eingeführt würden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

35. Würden Sie die Durchführung eines ADL-Scores (Activity of Daily Live Score) als hilfreich für die Einschätzung des Reha-Potentials empfinden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

36. Würden Sie die Durchführung eines Frailty-Scores (z.B. Dalhousie frailty Scale) als hilfreich für die Einschätzung des Reha-Potentials empfinden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

37. Würden Sie die Einführung bzw. Durchführung des SPICT (Supportive and Palliative Indicator Care Tool) als hilfreich für die Einschätzung des Reha-Potentials empfinden? *

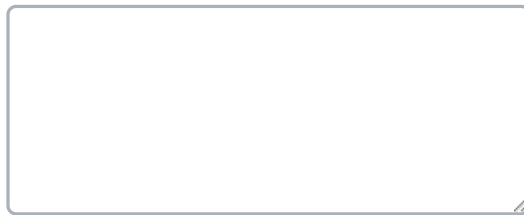
- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

38. Würden Sie es für sinnvoll halten mittels z.B.

eines „Ampelsystems“ (z.B. ADL+ Frailty Score), Hochrisiko-PatientInnen zu identifizieren, die vor der **elektiven** Durchführung von Behandlungen interdisziplinär besprochen und im Sinne des neuen ErwSchG aufgeklärt werden müssen? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

39. Bitte nennen Sie Score/s, die Sie für sinnvoll zur Identifizierung von HochrisikopatientInnen erachten würden:



7) ärztliches Entscheiden und Handeln

40. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre KollegInnen das Thema Therapiezieländerung (TZÄ) eher vermeiden und eher „Alles machen“ wenn es technisch/medizinisch möglich ist? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

41. Fühlen Sie sich rechtlich sicherer, wenn Sie alles technisch/medikamentös/medizinische Mögliche gemacht haben? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

42. Haben Sie Sorge vor individuellen Verfahren, wenn sie nicht alles

42. Haben Sie Sorge vor juristischer Verfolgung, wenn Sie nicht alles technisch/medikamentös/medizinisch Mögliche tun (unterlassenen Hilfeleistung/fahrlässige Tötung)? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

43. Haben Sie das Gefühl, dass in Ihrer Abteilung manchmal Therapien weiterlaufen, weil sie technisch machbar sind, obwohl die PatientIn davon nicht mehr profitiert? (Leiden verlängert/Sterben hinausgezögert wird) *

- ☐ sehr häufig
- ☐ häufig
- ☐ gelegentlich
- ☐ selten
- ☐ sehr selten
- ☐ nie

44. Ist es für Sie schwer auszuhalten, dass Therapien manchmal weitergeführt werden, obwohl eine Heilung ausgeschlossen und ein Überleben sehr unwahrscheinlich ist (Futility)? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

45. Finden Sie, dass in Ihrem Arbeitsumfeld innerhalb der behandelnden ÄrztInnen-Teams (auch interdisziplinär) gut und rechtzeitig über eine Therapiezieländerung diskutiert wird? *

- ☐ ja
- ☐ nein

☐ weiß nicht

46. Ist es eher die Pflege, die das ÄrztInnen-Team auf die ausweglose Situation aufmerksam macht und eine TZÄ als erstes anspricht/einfordert? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
-

47. Haben Sie den Eindruck, dass PatientInnen und Ihre Angehörigen oft unrealistische Dinge von Ihnen verlangen, die selbst moderne Medizin nicht leisten kann? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
-

48. Würden Sie die konsequente Umsetzung des neuen ErwSchG in Ihrem Arbeitsumfeld/KH als sinnvoll und als Erleichterung für Ihre tägliche Arbeit - vor allem beim Treffen schwieriger medizinischer Entscheidungen - empfinden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht
-

8) Ansprechen sensibler Themen bzw. Überbringung schlechter Nachrichten

49. Finden sie es schwierig mit PatientInnen bzw. deren StellvertreterInnen oder Angehörigen darüber zu sprechen, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist und rechtzeitige palliativ-medizinische Maßnahmen im Rahmen einer TZÄ der sinnvollere Weg wären? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

50. Ist es für Sie als aufklärende ÄrztIn emotional schwierig die Themen Lebensende und Sterben anzusprechen? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

51. Hatten Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung ausreichend Möglichkeiten dieses Gesprächs-Szenario zu trainieren? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

52. Hatten/Haben Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung gute klinische „Role Models“ (OberärztInnen, „Chefs“), die Ihnen vorgelebt haben, wie eine ÄrztIn gut über TZÄ/Lebensende/Sterben mit PatientInnen und deren Angehörigen/StellvertreterInnen spricht? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

53. Würden Sie sich im Rahmen des **Studiums** mehr Fortbildungen zum Thema ärztliche Gesprächsführung, sowohl Arzt-PatientInnen-, als auch ÄrztIn-ÄrztIn-Gespräche wünschen? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

54. Würden Sie sich im Rahmen der **postpromotionellen Ausbildung** mehr Fortbildungen zum Thema ärztliche Gesprächsführung, sowohl ÄrztIn-PatientInnen-, als auch ÄrztIn-ÄrztIn-Gespräche wünschen? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

9) Advance Care Planning (ACP) bzw. „Behandlung im Voraus planen“, „Vorsorgedialog“

55. Ist ACP ein Konzept, das in Ihrem KH Anwendung findet? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

56. Würden Sie es sinnvoll finden, dass im Rahmen der ärztlichen Aufklärung mit **allen PatientInnen** besprochen wird, welche Optionen im Falle von Komplikationen am besten dem Willen der PatientIn entsprechen und dass dies auch schriftlich dokumentiert werden muss? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

57. Würden Sie es sinnvoller finden, dass im Rahmen der ärztlichen

Aufklärung nur mit **Risiko-PatientInnen** besprochen wird, welche Optionen im Falle von Komplikationen am besten dem Willen der PatientIn entsprechen und dass dies auch schriftlich dokumentiert werden muss? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

58. Würden Sie sich wünschen, dass es auf den Aufklärungsbögen eine Dokumentationsmöglichkeit für die Fragen gibt, die im Rahmen ErwSchG/ACP zu dokumentieren sind (z.B. Vorsorgebevollmächtigte, VertreterIn, Limitationen)? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

59. Würden Sie es als notwendig erachten, dass Fragen im Zusammenhang mit ErwSchG/ACP im Rahmen einer Aufklärung auf einem **separaten Fragebogen** festgehalten würden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

60. Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn NachbehandlerInnen (z.B. IntensivmedizinerInnen; GeriaterInnen etc...) bei der Behandlung von **Risiko-PatientInnen** frühzeitig in die Entscheidungsfindung und die Erstellung eines Behandlungsplans mit eingebunden würden (z.B. OP, Radiatio, Chemotherapie, etc...)? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

61. Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn in Ihrem KH regelmäßig interdisziplinäre Besprechungen über REHA-Potential und Outcome bei RisikopatientInnen stattfinden würden („*Morbidity Board*“)? *

☐ Wenn ja, wie regelmäßig?

☐ nein

☐ weiß nicht

62. Würden Sie sich wünschen, dass in Ihrem Haus das interdisziplinäre Management (z.B. TZÄ) von **allen PatientInnen** verbessert wird? *

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

63. Würden Sie sich wünschen, dass in Ihrem Haus das interdisziplinäre Management (z.B. TZÄ) von **Risiko-PatientInnen** verbessert wird? *

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

64. Wenn 63) ja, welche Lösungsvorschläge haben Sie?

65. Würden Sie sich wünschen, dass es eine für alle (z.B. Hausarzt,

niedergelassene Ärzte, Pflegeheime, KHs) gut sichtbare Dokumentation des PatientInnen-Willens gibt (z.B. Register)? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

66. Würden Sie sich wünschen, dass es eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit auf regionaler Ebene (KH, HausärztInnen, niedergelassene ÄrztInnen, Beratungseinrichtungen) in Bezug auf die inhaltliche Vermittlung bestehender Wünsche Ihrer PatientInnen gibt? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

67. Würden Sie es als sinnvoll erachten, wenn bei der Behandlung von **Risiko-PatientInnen** die KH-externen Vor-, und NachbehandlerInnen (z.B. niedergelassener Arzt, Hausarzt, Pflegeheim) frühzeitig in die Entscheidungsfindung/Erstellung des Behandlungsplans mit eingebunden würden? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

10) Praktische Umsetzung von ErwSchG und ACP im klinischen Alltag

68. Die Umsetzung des neuen ErwSchG/ACP fordert, aber bietet auch die Möglichkeit zu einer verbesserten Kommunikation auf allen Ebenen (PatientInnen mit Angehörigen/StellvertreterInnen, PatientInnen/ Angehörige/StellvertreterInnen mit ÄrztInnen, ÄrztInnen mit ÄrztInnen, ÄrztInnen mit Pflege) im Sinne eines rechtzeitigen De-Eskalationsszenario (TZÄ). *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

69. Würden Sie die Umsetzung des neuen ErwSchG/ACP in Ihrem KH als sinnvoll erachten und wünschen? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

70. Würden Sie sich bei der Umsetzung des ErwSchG /ACP in Ihrem Haus aktiv einbringen wollen, wenn das Konzept von der Leitung Ihrer Abteilung / der Leitung des KH getragen und gefördert würde? *

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben bei der Umfrage mitzumachen!

Never enter passwords or other sensitive information on this form. [Report Abuse](#)

Submit

0%

[Survey Software](#) powered by SurveyGizmo

4. E-Mail Korrespondenz mit der Notariatskammer Österreich

I-Med Webmail_ AW_ AW_ Anfrage Statistik ÖZVV Ausdruck

13.07.20, 09:48

Notariatskammer Österreich <kammer@notar.or.at>

26.5.2020 13:46

AW: AW: Anfrage Statistik ÖZVV

An Vera Maria Wimmer <vera.wimmer@student.i-med.ac.at>

Sehr geehrte Frau Wimmer,

die Österreichische Notariatskammer nimmt Bezug auf Ihre Anfrage vom 8.5.2020 und teilt dazu mit wie folgt:

Der Vorab-Widerspruch betrifft die gesetzliche Erwachsenenvertretung und bedeutet den Ausschluss eines potentiellen gesetzlichen Erwachsenenvertreters. Die negative Erwachsenenvertreterverfügung betrifft hingegen die gerichtliche Erwachsenenvertretung und schließt eine Person von dieser aus.

Mit freundlichen Grüßen

GS HR Dr. Christian Sonnweber

Geschäftsführer

Österreichische Notariatskammer

Landesgerichtsstraße 20

1010 Wien

Telefon +43/1/402 45 09-0

Telefax +43/1/406 34 75

kammer@notar.or.at

www.notar.at

Diese Nachricht und allfällige angehängte Dokumente sind vertraulich und nur für den/die Adressaten bestimmt.

Sollten Sie nicht der/die beabsichtigte AdressatIn sein, bitten wir, den/die AbsenderIn zu verständigen und die Information zu vernichten.

Jede Offenlegung, Weiterleitung oder sonstige Verwendung dieser Information ist nicht gestattet.

Für Übermittlungsfehler oder sonstige Irrtümer bei Übermittlung besteht keine Haftung.

Der Informationspflicht gemäß Datenschutz-Grundverordnung wird mit folgender Datenschutzerklärung der Österreichischen Notariatskammer

(www.notar.at/oenk-dse), folgender Datenschutzerklärung der ÖGIZIN GmbH, der Dienstleistungsgesellschaft des österreichischen Notariats,

(www.notar.at/oegizin-dse), folgender Datenschutzerklärung der cyberDOC GmbH & Co KG (www.notar.at/cyberdoc-dse) und folgender

Datenschutzerklärung der Notariatskammer für Wien, Niederösterreich und Burgenland (www.notar.at/wnb-dse) entsprochen.

Von: [Vera Maria Wimmer](mailto:vera.wimmer@student.i-med.ac.at)

Gesendet: Freitag, 8. Mai 2020 11:58

An: Notariatskammer Österreich <kammer@notar.or.at>

Betreff: Re: AW: Anfrage Statistik ÖZVV

Sehr geehrter Herr Dr. Sonnweber,

vielen Dank für Ihre Rückmeldung und Zusendung des Statistikmaterials.

https://ox.i-med.ac.at/appsuite/v=7.10.3-13.20200701.140254/print.html?print_1594626442092

Seite 1 von 3

Was ist der Unterschied zwischen "negativen ErwV-Verfügungen" und "Vorab-Widerspruch"?

Mit freundlichen Grüßen
Vera-Maria Wimmer

Notariatskammer Österreich <kammer@notar.or.at> hat am 05.05.2020 15:56 geschrieben:

Sehr geehrte Frau Wimmer,

zu Ihrer Anfrage an die Österreichische Notariatskammer und die Notariatskammer für Tirol und Vorarlberg betreffend „Anfrage Statistik ÖZVV“ finden Sie in der Beilage Statistikmaterial per 31.3.2020 betreffend das Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) und das Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariats (PatVR).

Es handelt sich um österreichweite Gesamtzahlen.

Eine bundesländerweise Aufgliederung zum ÖZVV und zum PatVR besteht nicht.

Mit freundlichen Grüßen

GS HR Dr. Christian Sonnweber

Geschäftsführer

Österreichische Notariatskammer

Landesgerichtsstraße 20

1010 Wien

Telefon +43/1/402 45 09-0

Telefax +43/1/406 34 75

kammer@notar.or.at

www.notar.at

Diese Nachricht und allfällige angehängte Dokumente sind vertraulich und nur für den/die Adressaten bestimmt.

Sollten Sie nicht der/die beabsichtigte AdressatIn sein, bitten wir, den/die AbsenderIn zu verständigen und die Information zu vernichten.

Jede Offenlegung, Weiterleitung oder sonstige Verwendung dieser Information ist nicht gestattet.

Für Übermittlungsfehler oder sonstige Irrtümer bei Übermittlung besteht keine Haftung.

Der Informationspflicht gemäß Datenschutz-Grundverordnung wird mit folgender Datenschutzerklärung der Österreichischen Notariatskammer

(www.notar.at/oenk-dse), folgender Datenschutzerklärung der ÖGIZIN GmbH, der Dienstleistungsgesellschaft des österreichischen Notariats,

(www.notar.at/oegizin-dse), folgender Datenschutzerklärung der cyberDOC GmbH & Co KG (www.notar.at/cyberdoc-dse) und folgender

Datenschutzerklärung der Notariatskammer für Wien, Niederösterreich und Burgenland (www.notar.at/wnb-dse) entsprochen.

Von: Vera Maria Wimmer <vera.wimmer@student.i-med.ac.at>

Gesendet: Montag, 4. Mai 2020 15:11

An: Notariatskammer Österreich <kammer@notar.or.at>

Betreff: Anfrage Statistik ÖZVV

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zuge meiner Diplomarbeit an der Medizinischen Universität Innsbruck zum Thema: "Das neue Erwachsenenschutzgesetz und Advanced Care Planning in der praktischen, klinischen Anwendung – eine Umfrage unter den ÄrztInnen des Landeskrankenhauses Bregenz" habe ich eine Anfrage an Sie.

In Studienergebnissen des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin (IERM) der Universität Wien sind u.a. Zahlen zu den im ÖZVV offiziell eingetragenen Vorsorgevollmachten angeführt (Stichtag 31.03.2014).

Aus wissenschaftlichen Zwecken würden mich nun die aktuellen Registrierungszahlen für die gewählte/gesetzliche/gerichtliche Vertretung und Vorsorgevollmacht in Österreich und Vorarlberg interessieren. Gibt es zu diesen Vertretungsformen jüngere Statistiken, die Sie mir zusenden könnten?

Ich freue mich über Ihre Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen

Vera-Maria Wimmer

-
- smime.p7s (7 KB)

5. E-Mail Korrespondenz mit dem Institut für Sozialdienste Vorarlberg

I-Med Webmail_ Zahl registrierter ErwV Verfügungen Ausdruck

13.05.20, 11:56

Vera Maria Wimmer <vera.wimmer@student.i-med.ac.at>

24.4.2020 10:42

Zahl registrierter ErwV Verfügungen

An guenter.naegele@ifs.at <guenter.naegele@ifs.at>

Sehr geehrter Herr Nägele,

nach unserer vergangenen Korrespondenz bzgl. der Erwachsenenvertretung und des 2. ErwSchG habe ich nun eine weitere Frage.

Wissen Sie wie hoch die Zahl der bisher (seit der Gültigkeit des 2. ErwSchG) registrierten Erwachsenenvertreter (Erwachsenenvertreter-Verfügung) ist? Haben Sie da Zugriff auf die Zahlen für Österreich und/oder Vorarlberg bzw. wie viele Registrierungen sind bisher über das ifs eingetragen worden? Es wäre für mich interessant zumindest inoffizielle Zahlen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen
Vera-Maria Wimmer

Günter Nägele <guenter.naegele@ifs.at>

24.4.2020 19:06

ifs Erwachsenenvertretung; Statistik

An vera.wimmer@student.i-med.ac.at <vera.wimmer@student.i-med.ac.at>

Sehr geehrte Frau Wimmer,

es gibt nur eine Statistik des Justizministeriums für die gerichtlichen Erwachsenenvertretungen (siehe Beilage).

Wie viele Registrierungen von gewählten und gesetzlichen Erwachsenenvertretung in Vorarlberg erfolgen weiß ich nicht. Da müssten Sie die Bundes-Notariatskammer fragen, die führt technisch das „Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis“, in welches Erwachsenenvertretungen registriert werden können. Falls sie diese Statistik erhalten würden, würde ich mich auch sehr dafür interessieren.

Da Registrierungen auch von Notaren und Rechtsanwälten gemacht werden, sind die Registrierungen bei der ifs Erwachsenenvertretung (siehe Beilage) nur ein Teil der in Vorarlberg vorgenommenen Registrierungen.

Wir vermuten aber, dass wir den überwiegenden Teil der Registrierungen machen, da unsere Preise gesetzlich bestimmt deutlich unter den Rechtsanwälten/Notaren liegen und das Gericht uns alle neuen Verfahren für gerichtliche Erwachsenenvertretungen zum Clearing senden muss und wir dann gleich selbst eine Registrierung machen, falls dies möglich ist.

Mit freundlichen Grüßen



Günter Nägele
ifs Erwachsenenvertretung Leitung

Institut für Sozialdienste
Erwachsenenvertretung Feldkirch
Johannitergasse 6 | 6800 Feldkirch
Telefon +43 5 1755 4558
Fax +43 5 1755 9591
guenter.naegele@ifs.at
www.ifs.at

Diese Nachricht und allfällige angehängte Dokumente sind vertraulich und nur für den/die Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der beabsichtigte Adressat sein, ist jede Offenlegung, Weiterleitung oder sonstige Verwendung dieser Information nicht gestattet (§ 93 Abs 4 TKG). In diesem Fall bitten wir, den Absender zu verständigen und die Information zu vernichten. Für Übermittlungsfehler oder sonstige Irrtümer bei Übermittlung besteht keine Haftung.

Günter Nägele <guenter.naegele@ifs.at>

28.4.2020 10:35

ifs Erwachsenenvertretung; Statistik2

An vera.wimmer@student.i-med.ac.at <vera.wimmer@student.i-med.ac.at>

Sehr geehrte Frau Wimmer,

meine Antworten auf Ihre Fragen habe ich in Rot eingefügt:

Wäre es für Sie in Ordnung, wenn ich die Statistiken in meiner Diplomarbeit anführe (natürlich unter Verweis auf Sie bzw. das ifs als Quelle und Urheber)? **Ja, gerne; kein Problem**

positiven und negativen EV-Verfügungen? **Positive EV:** Die vorbeugende Registrierung im ÖZVV (Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis) wer im später allenfalls notwendigen Falle einer Erwachsenenvertretung meine ErwachsenenvertreterIn sein soll.

Negative EV: Wer keinesfalls später einmal mein/e EV werden soll, falls ich einmal einen brauchen würde; Dies ist insbesondere gegenüber Angehörigen wesentlich, diese könnten ansonsten bei späterer Handlungsunfähigkeit die EV übernehmen; findet somit bei Familienkonflikten Anwendung

Rechtsbeistandschaft im Verfahren **Vertretung ausschließlich beschränkt** auf das gerichtliche **Erwachsenenschutzprüfungsverfahren** zur Frage, braucht es eine gerichtliche EV oder nicht, für welchen Vertretungsbereich (zB. auch für medizinische Angelegenheiten) und wer soll gerichtliche/r EV werden. einstweilige EV"? **Einstweilige Vertretungsbefugnis** (zB. für Finanzen, Zustimmung zu Operationen, Abschluss von Rechtsgeschäften usw.) **während** des noch laufenden **Erwachsenenschutzprüfungsverfahrens**; nur zulässig wenn sonst durch das Abwarten des Ergebnisses Erwachsenenenschutzprüfungsverfahrens ein Schaden für die betroffene Person eintritt.

3) Was ist mit "endgültig" gemeint? **Nach Abschluss des Erwachsenenenschutzprüfungsverfahrens** bestimmt das Gericht mit Beschluss, wenn eine vorerst endgültige EV bestimmt wird. Nach spätestens drei Jahren muss die EV allerdings erneuert werden. Wenn die Voraussetzungen für eine EV vorher wegfallen, muss das Gericht die EV auch früher beenden.

Und wissen Sie, ob die Zahlen auch verstorbene Personen mit einschließen, oder werden diese zum Teil nachträglich wieder aus der Statistik gelöscht? Bei der Tabelle Registrierungen beim ifs, sind auch später verstorbene Personen dabei. Hier wird nur erfasst, wie viele Registrierungen die ifs EV in einem Jahr durchführt.

Die zweite Tabelle bezieht sich auf gerichtliche EV per 31.12. eines Jahres, das sind jeweils nur aufrechte Erwachsenenvertretungen von lebenden Betroffenen.

Mit freundlichen Grüßen



Günter Nägele
ifs Erwachsenenvertretung Leitung