

Advance Care Planning / Behandlung im Voraus planen - Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)

Hospiz- und Palliativ-Netz Werra-Meißner e.V., 29.03. 2017



Dipl. Berufspäd./Pflegewissenschaft
Henrikje Stanze
Klinik für Palliativmedizin
Georg-August-Universität Göttingen

**MILDRED SCHEEL
AKADEMIE**

Themenübersicht

1. Patientenverfügung – Möglichkeiten und bisherige Grenzen
2. Selbstbestimmungsrecht und Autonomie
3. Hospiz- und Palliativgesetzes § 132 g SGB V
4. BVP im Rahmen des Projekts „beizeiten begleiten®“
5. BVP und Hospiz- und Palliativversorgung
6. Voraussetzungen für eine/n BVP- Gesprächsbegleiter/in
7. Implementierung von BVP in Göttingen und Region
8. Diskussion



Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorge

- **Patientenverfügung**
(Verbindliche Willenserklärung)
- **Vorsorgevollmacht**
(Vertrauensperson als Stellvertreter)
- **Betreuungsverfügung**
(Bestellung eines Betreuers)
- **Gesundheitliche Vorausplanung**
(Behandlung im Voraus planen - BVP)



Grenzen von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht nach Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 06.07.2016?

BGH fordert Konkretisierung durch:

- Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen
- Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen

Bundesgerichtshof

Mitteilung der Pressestelle

Nr. 136/2016

Anforderungen an Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im Zusammenhang mit dem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen

Beschluss vom 6. Juli 2016 - XII ZB 61/16

Grenzen von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht nach Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 06.07.2016?

Folge für Erstellung der Patientenverfügung:

- Ankreuz-Patientenverfügung nicht immer wirksam
- Allgemeine Hinweise zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen genügen nicht
- Patientenverfügungen und Vollmachten müssen konkrete Maßnahmen exakt beschreiben
- Einzelne Entscheidungen und konkrete ärztliche Maßnahmen sollen für den Fall der Fälle genau beschrieben sein
- Veränderung des Gesundheitszustandes macht Abänderung, ggfs. Spezifizierung erforderlich

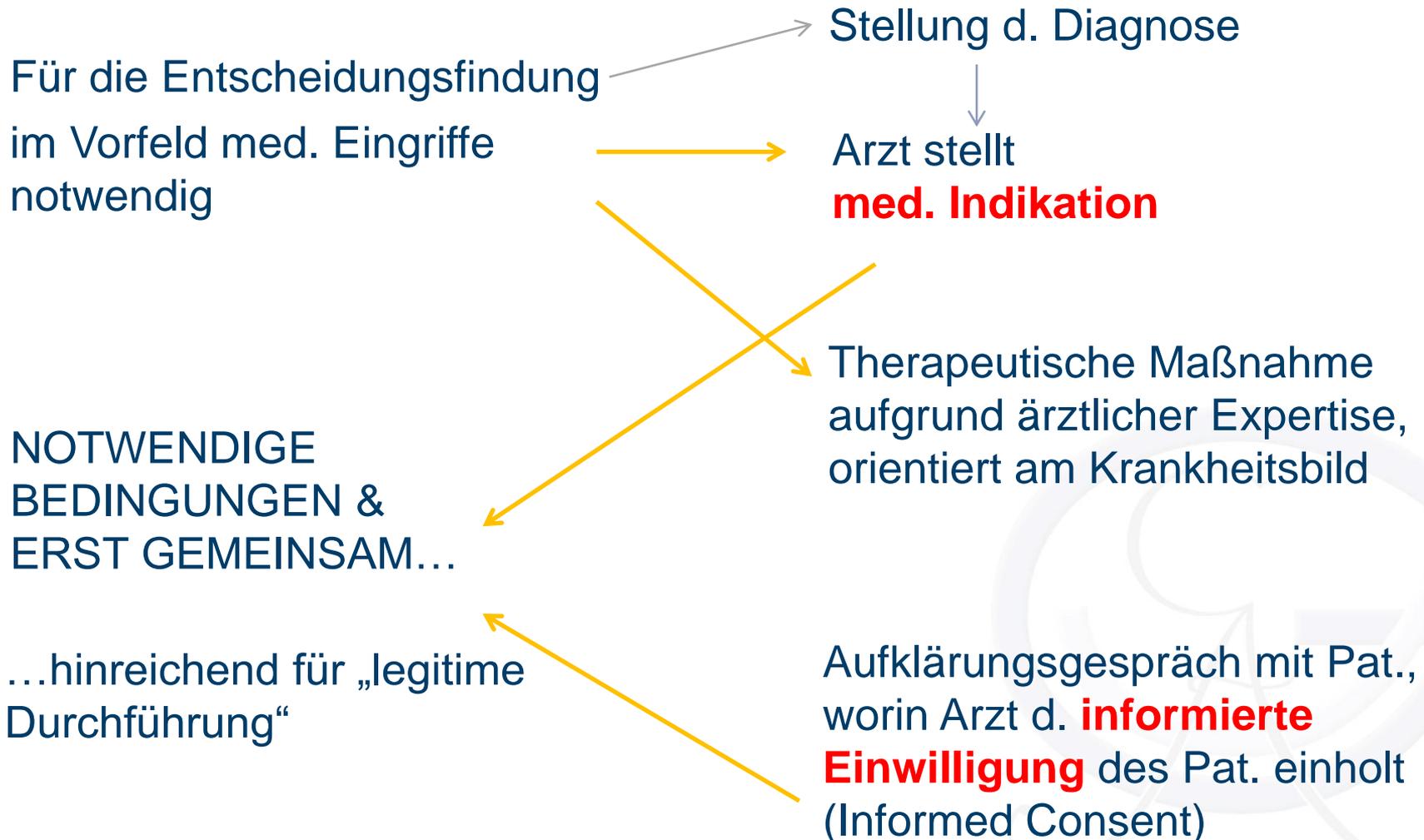
Zweck von Patientenverfügungen erfüllt, wenn:

- sie in ausreichender Zahl erstellt wurden (Prävalenz)
- aussagekräftig für relevante klinische Szenarien formuliert wurden (Aussagekraft)
- verlässlich den wohlinformierten Willen der Betroffenen wiedergeben (Validität)
- in der Entscheidungssituation tatsächlich vorliegen (Verfügbarkeit)
- im Anwendungsfall von Ärzten und Gesundheitspersonal beachtet werden (Beachtung)

Selbstbestimmungsrecht des Patienten



Selbstbestimmungsrecht des Patienten



Bei einsetzender Einwilligungsunfähigkeit

Orientierung
Vorausverfügung

Orientierung
mutmaßlich

Orientierung
objektiven Patientenwohl

möglichst orientiert an Willen
(z.B. durch Vertreter/Betreuer)



*‘in dubio pro vita’ –
Im Zweifel für das
Leben*

Voraussetzung der Einwilligung eines Pat. erlöscht nicht mit
Bewusstseinstrübung

Hospiz- und Palliativgesetz

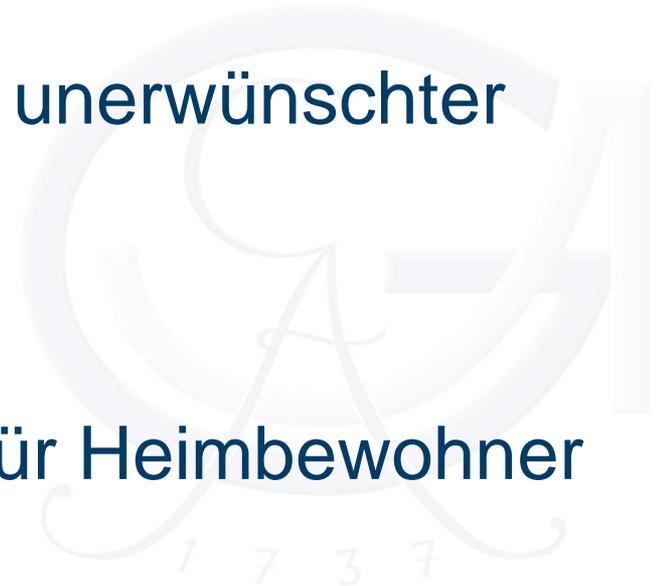
- § 132g (neu) Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende ...
Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 des Elften Buches können den Versicherten in den Einrichtungen eine **gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende** anbieten,
... deren *Kosten* durch die gesetzlichen Krankenkassen *erstattet* werden.

HPG / Änderungen im **SGB V**

§ 132g Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Mögliche Auswirkungen

- Patientenwille stärker berücksichtigt
- Weniger unnötige /ungewollte Notarzteinsätze
- Verminderung nichtindizierter / unerwünschter Therapien
- Ggf. Kosteneinsparung
- GKV finanziert: Keine Kosten für Heimbewohner

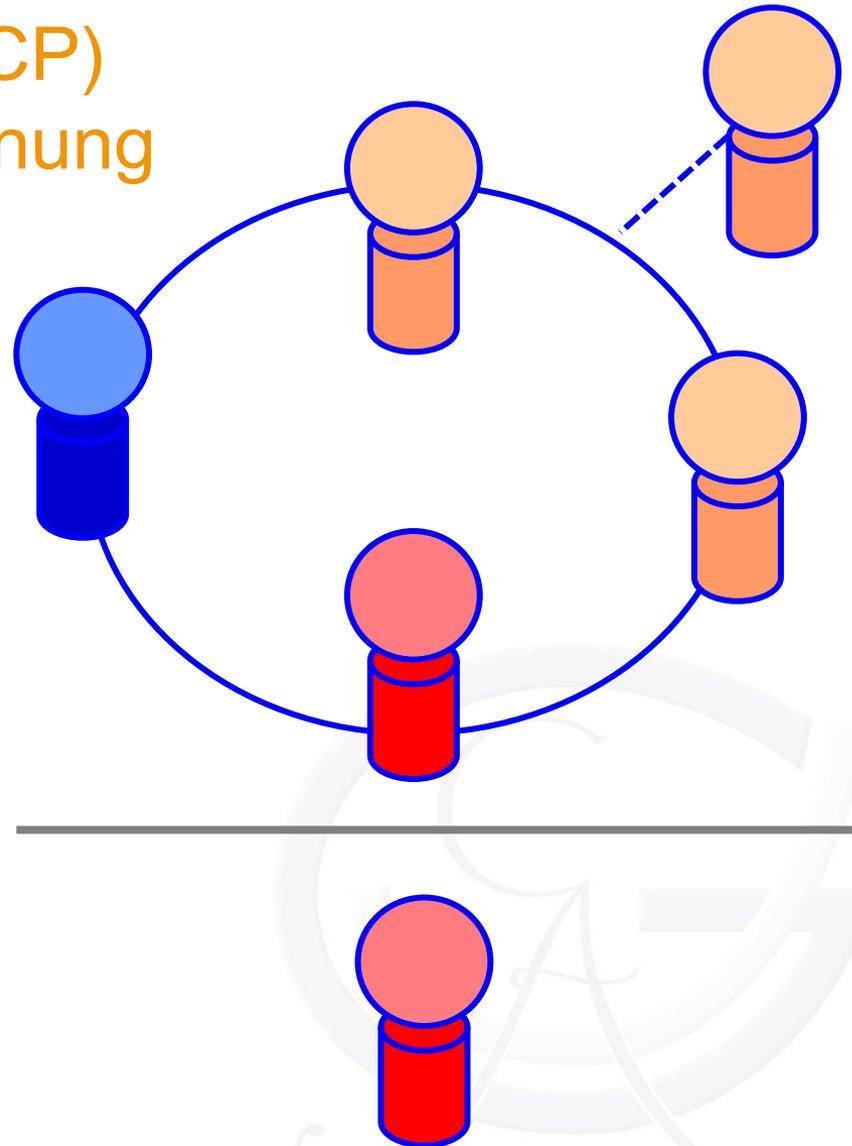


Advance Care Planning (ACP) Gesundheitliche Vorausplanung

professionell begleiteter

Gesprächsprozess

informed consent Standard



Advance Care Planning (ACP)

Gesundheitliche Vorausplanung in der Region

professionell begleiteter

Gesprächsprozess

informed consent Standard

regionale

Implementierung

Kultur der Vorausplanung



Behandlung im Voraus planen (BVP)

ZIEL: Patienten so zu behandeln, wie sie es wünschen, auch wenn sie sich *selbst nicht* äußern können

Erstellung



Patienten-
verfügung

Umsetzung



- verbreitet?
- aussagekräftig?
- verlässlich?
- aktuell?

- zur Hand?
- verstanden?
- beachtet?
- befolgt?

III Behandlung im Voraus planen (BVP)

ZIEL: Patienten so zu behandeln, wie *sie* es wünschen, auch wenn sie sich *selbst nicht* äußern können

Erstellung

Individuelle

Gesprächsbegleitung

**Patienten-
verfügung**

Umsetzung

Systemische

Implementierung

- **verbreitet!**
- **aussagekräftig!**
- **verlässlich!**
- **aktuell!**

- **zur Hand!**
- **verstanden!**
- **beachtet!**
- **befolgt!**

III § 132g SGB V (HPG)

Umsetzung §132g: *Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase* → **Behandlung im Voraus planen (BVP)**

Erstellung

Individuelle
Gesprächsbegleitung

**Patienten-
verfügung**

Umsetzung

Systemische
Implementierung



- Versicherte beraten
- insbesondere med. Abläufe in der letzten Lebensphase
- qualifizierte Mitarbeiter

§ 132g

- (Haus-) Arzt einbeziehen
- Übergabe an RD / Khs
- Regionale Vernetzung



→ **Einrichtungen der Seniorenpflege und der Behindertenhilfe**

Elemente von Advance Care Planning

- Aufsuchendes Gesprächsangebot
- Qualifizierte Unterstützung (Begleitung)
- Professionelle Dokumentation
→ PV, VV & Notfallbogen
- Archivierung, Zugriff und Transfer
- Aktualisierung & Konkretisierung im Verlauf
- Beachtung & Befolgung durch Dritte
- Kontinuierliche Qualitätssicherung





Verhalten im medizinischen Notfall



 Keine Wiederbelebung!	 Gesundheitliche Vorausplanung
---	--



Bedeutung der Etiketten am Ordnerrücken

<p style="text-align: center;">Keine Wiederbelebung ! Ausdrücklicher und dokumentierter Bewohnerwille hat für alle Gältigkeit</p>	 Keine Wiederbelebung!
<p style="text-align: center;">Hausärztliche Anordnung im Notfall dem Arzt vorlegen und mitgeben bei Krankenhauseinweisung</p>	 Gesundheitliche Vorausplanung

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Adresse oder ggf. Stempel der Einrichtung:

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, **sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:** *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar (A):

A  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel (B0 bis B3):

B0  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation

B3  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation,
keine Mitnahme ins Krankenhaus

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung:

C  Ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen

_____, den ____ . ____ . 20____
„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit
und Verständnis der Implikationen dieser
Entscheidung.“

Unterschrift und Stempel
des zertifizierten (Haus-) Arztes

_____, den ____ . ____ . 20____
„Diese HAnNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

Unterschrift der o.g. Person (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese HAnNo gibt den geäußerten / mutmaßlichen
Behandlungswillen der o.g. Person angemessen wieder.“

Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten / Betreuers

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und NAME des zertifizierten Gesprächsbegleiters



Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)



Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

Lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkungen (A):

- A**  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Lebensverlängernde Therapie, aber mit folgenden Einschränkungen (B0 bis B3):

- B0**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

- B1**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung

- B2**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine Behandlung auf Intensivstation

- B3**  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine Behandlung auf Intensivstation, keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)

Keine Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, auch nicht ambulant (C):

- C**  Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

GÖTTINGER PALLIATIVKRISENBOGEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Diagnose: _____

Aktuelle Probleme: _____

Besonderheiten (z.B. Allergien): _____

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?

Ja Nein

Krankenhauseinweisung gewünscht?

Ja Nein

Aufklärung Prognose/Diagnose?

Patient: Ja Nein

Angehörige: Ja Nein

Patientenverfügung: Ja Nein

Vorsorgevollmacht: Ja Nein

Hinterlegung der Dokumente: _____

Datum	Name	Unterschrift Patient/Betreuer

WICHTIGE KONTAKTPERSONEN:

Nächster Angehöriger: _____

Betreuer: Ja Nein

() Palliativteam: _____

() Hausarzt: _____

() Pflegedienst: _____

() Kassenärztl. Notdienst: _____

() Notarzt: 112

() Seelsorge: _____

() Ambulantes Hospiz: _____

Reihenfolge der Kontakte individuell eintragen

Ablehnung weiterer Maßnahmen:

Letzter Klinikaufenthalt: _____

Klinik/Einrichtung: _____

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum	Name des Arztes	Unterschrift

(mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung von Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert)



BVP und Hospiz- und Palliativversorgung

Vom individuellen Bedarf im Wesentlichen unabhängige Basisinformation über Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung ist Teil jeder BVP-Gesprächsbegleitung:



BVP und Hospiz-& Palliativversorgung

Vom individuellen Bedarf unabhängige Basisinformation über Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung ist Teil jeder BVP-Gesprächsbegleitung:

- Wer Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen erwägt, benötigt ggf. zuvor eine „Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Therapieverzichts“ (z.B. Kenntnis palliativer Alternativen in Krisenfällen / keine Sorge vor Symptomlast)
- Betroffenen und Vertrauenspersonen werden Möglichkeiten der konkreten Einrichtung transparent, wie diese palliative Versorgung sicherstellt. (z.B. wenn für Krisenfall der Einsatz palliativer statt lebensrettender Maßnahmen in Verfügung festgelegt wurde.)

Organisationsentwicklung

Hierzu gehört insbesondere, dass ...

- ... Einrichtungen Palliativweiterbildungen eigener Einrichtungsmitarbeiter/innen sowie interne Fortbildungen veranlassen,
- ... eine Weitergabe des Wissens der Palliativfachkräfte an alle Mitarbeiter/innen der Einrichtung ermöglicht wird,
- ... die Einrichtungen die Vernetzung mit regional gegebenen ambulanten und stationären Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung und Kapazitäten vor Ort pflegen.

(Z.B. mit stationären Hospizen, ambulanten Hospizdiensten, entsprechend qualifizierten einzelnen Ärztinnen, AAPV- oder SAPV-Teams)

Herausforderungen durch § 132g SGB V Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Probleme

- Kalkulation?
 - ... pro 100 Bewohnern wird ein zusätzlicher mittlerer Personalbedarf von ca. 1/4 Stelle benötigt (bei Erstgespräch größerer Bedarf, dann abnehmend)

1/8 Stelle = 5 Std./W. für 50 Bewohner!! = 6 min. pro Bewohner pro Woche!
Oder: alle 7 Monate 3 Std. pro Bewohner

- Fehlgebrauch der Personalstellen
- Versicherte der PKV nicht eingeschlossen
- Warum erst im Pflegeheim?



Auswahl der Mitarbeiter/innen für die Weiterbildung zum/r Gesprächsbegleiter/in

- In der Regel nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtungen
(z.B. Gesundheits- und Kranken-, sowie Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Psychologie, Sozialpädagogik / Soziale Arbeit, Heilerziehungspflege/-pädagogik),
- alternativ bei Trägern mit mehreren Einrichtungen in einer Region eine zentral angestellte BVP-Gesprächsbegleiterin, die in verschiedenen Einrichtungen tätig wird.

Voraussetzungen für Gesprächsbegleiter/innen

- Möglichst akademischer Abschluss (Universität oder Fachhochschule),

Oder

- mindestens eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie mindestens 3-jährige Berufserfahrung in einem Gesundheitsberuf.

Daneben

- nachweisliche kommunikative Kompetenz, sowohl durch persönliche Eignung und Haltung als auch durch entsprechende Vorqualifikationen (z.B. Ethische Fallbesprechung, ambulante Ethikberatung, Palliative Care u.a.).

Aufgaben Gesprächsbegleiter/innen

- Moderation des Gesprächsprozesses mit vorausplanenden Person und ggf. Vertrauenspersonen;
- Unterstützung bei der Entwicklung, Artikulation, Erörterung und schriftlichen Dokumentation des Patientenwillens;
- Vorbereitung der Vertreter/in auf die Aufgabe bzw. Unterstützung bei der Umsetzung der Vertretung;
- Ansprechpartnerin für die Mitarbeiter/innen und Leitung der Einrichtung;
- Kooperation mit den behandelnden (Haus-)Ärzt/innen.

Aufgaben der Gesprächsbegleiter/innen

- Die Qualifizierung zum/r BVP-Gesprächsbegleiter/in muss palliativmedizinisches Grundlagenwissen hinsichtlich der in BVP-Gesprächen häufig relevanten Fragen sowie Kenntnisse über die institutionell und regional gegebenen Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung umfassen



Qualifikationsaufwand

118 Unterrichtseinheiten (UE), davon

- 24 UE Präsenz-Workshop
- 78 UE Praxismodul / Übungsphase
- 16 UE Selbststudium
- mindestens 14 selbständig durchgeführte und dokumentierte Gesprächsbegleitungen
- Intensiv-Coaching von 24 UE
 - *(entweder 6 weitere Gesprächsbegleitungen mit Trainer-Hospitalation oder gleichwertiges SP-gestütztes BVP-Gesprächstraining (24 UE))*
- zentrale Zertifizierung mittels schauspielpatient-gestützter Prüfung in einem OSCE
(Objective structured clinical examination)

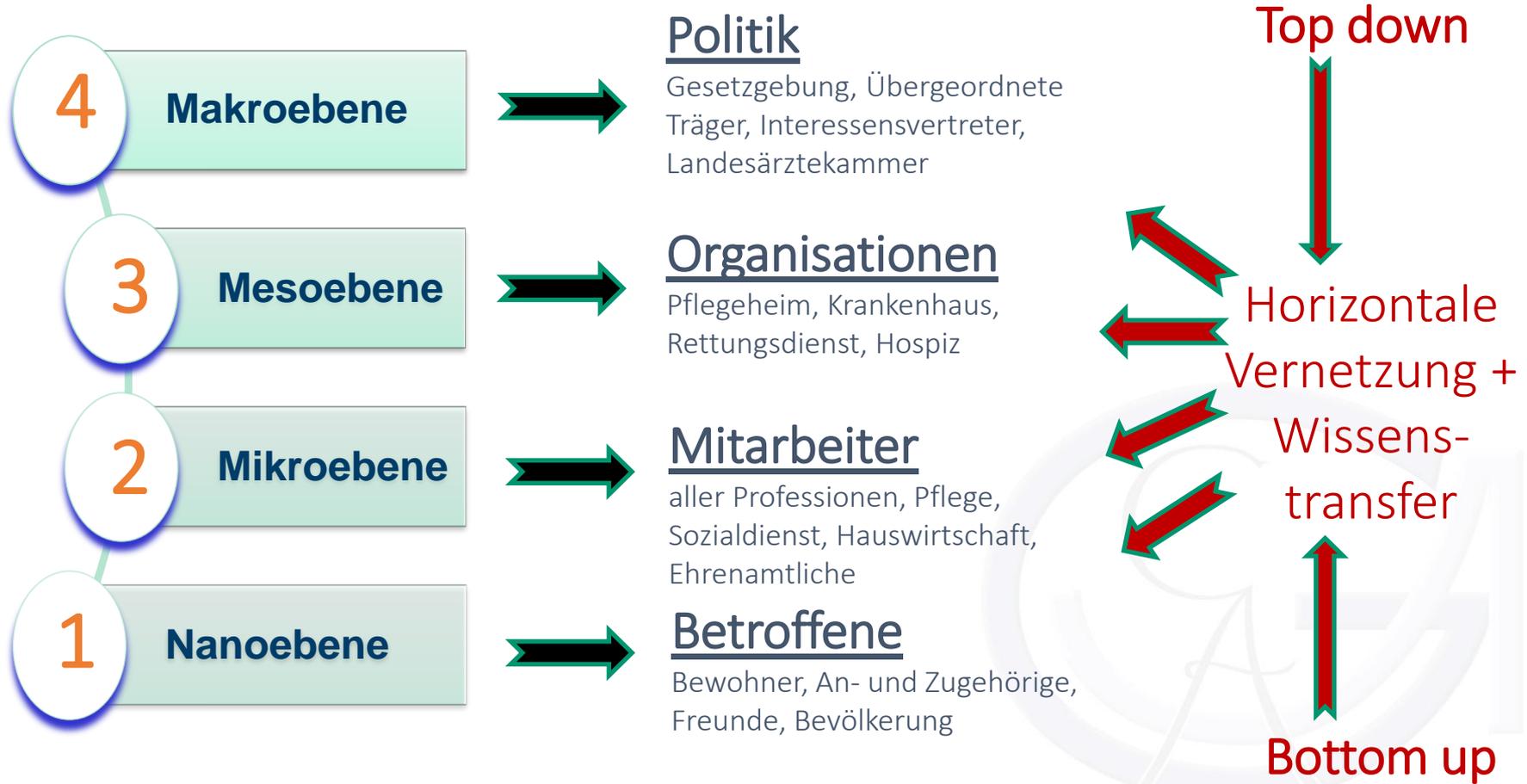
Implementierung von BVP in Göttingen und Region



Klinik für Palliativmedizin
Georg-August-Universität Göttingen



Interventionsebenen, Akteure, Nutzen



Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen

Bewohner(in)/
Patient(in)

vertrauens-
person

Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen

BVP-Trainer

Qualifizierter
(Haus)-Arzt

qualifizierter
Gesprächsbegleiter

Bewohner(in)/
Patient(in)

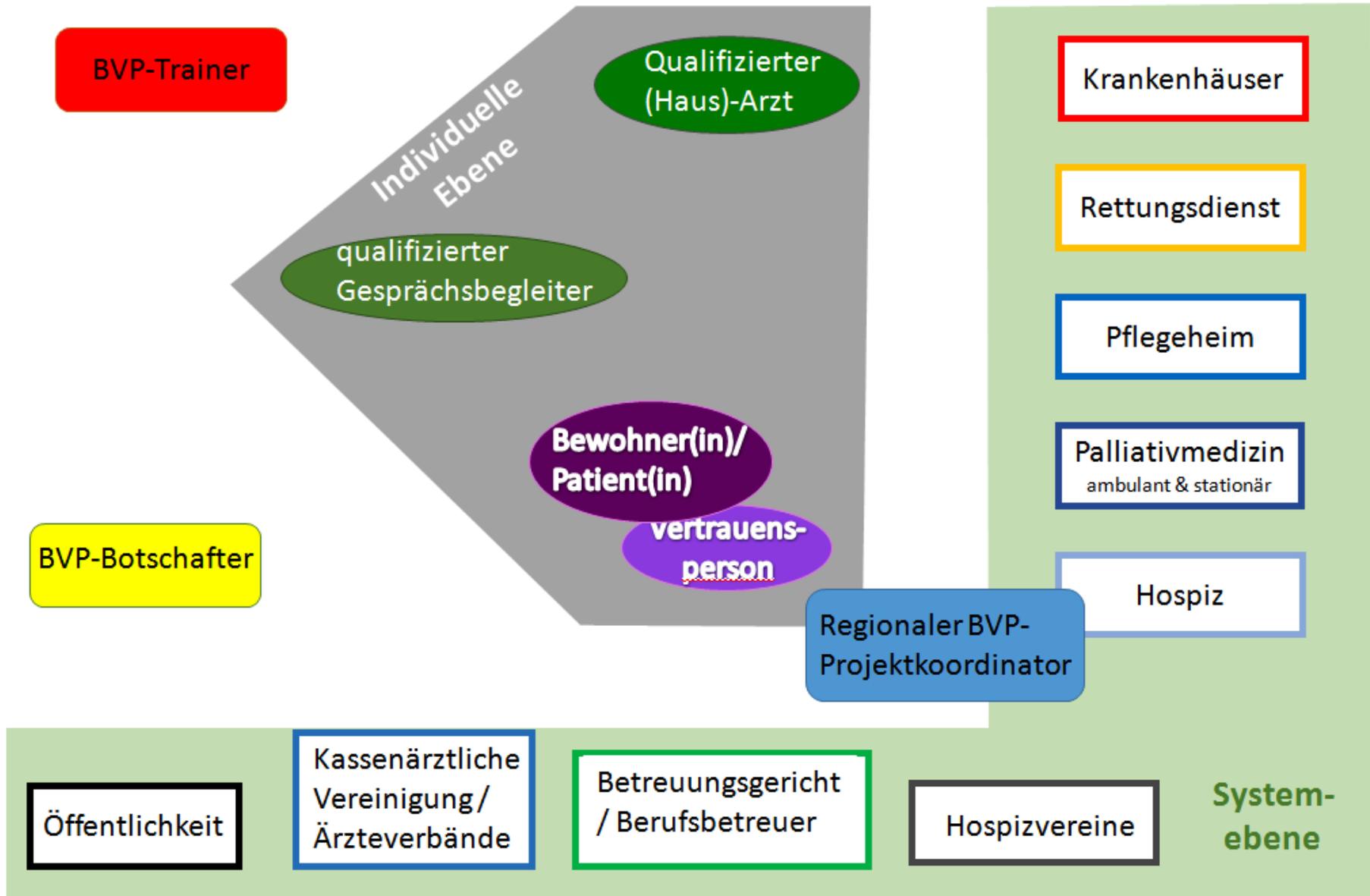
vertrauens-
person

BVP-Botschafter

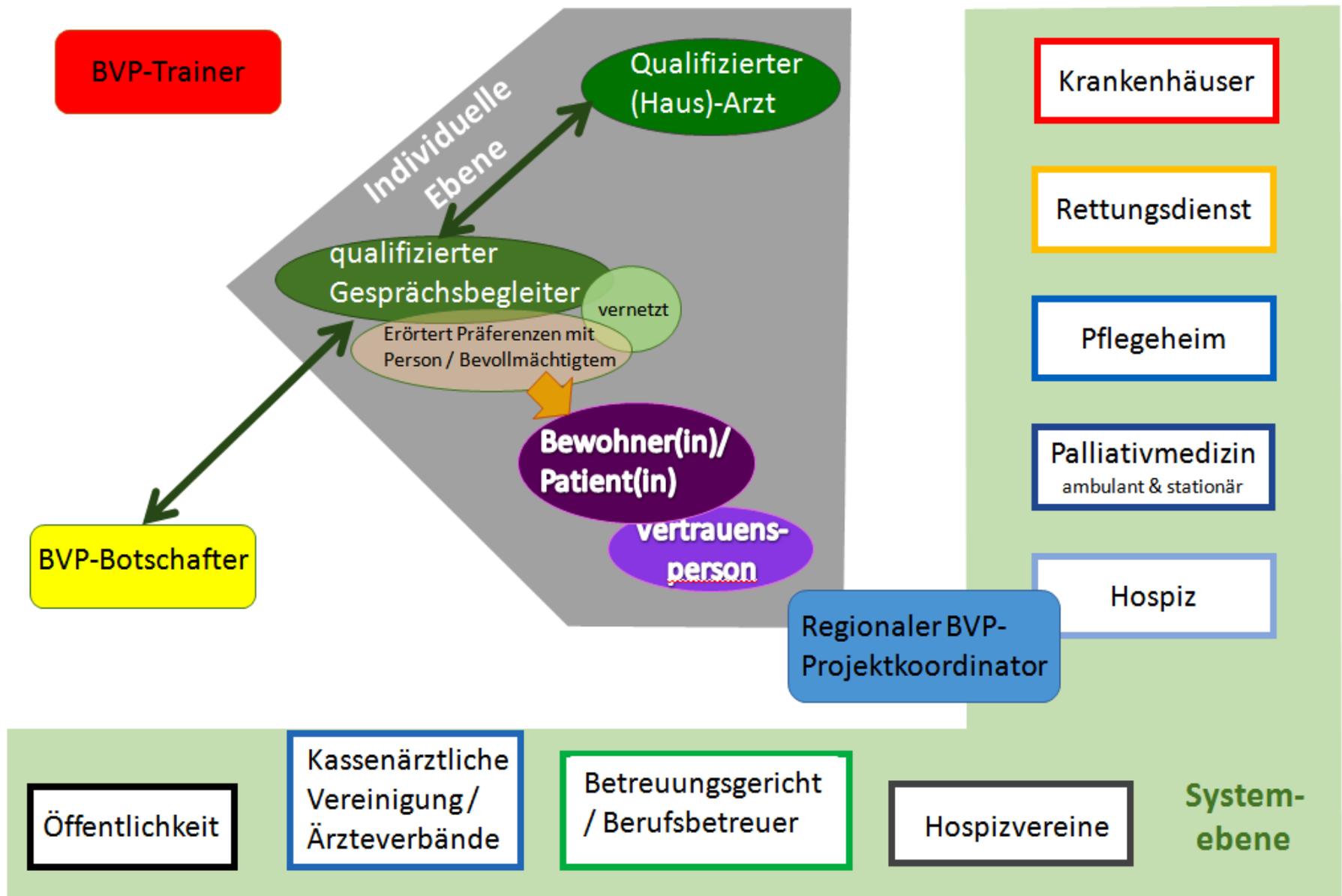
Regionaler BVP-
Projektkoordinator



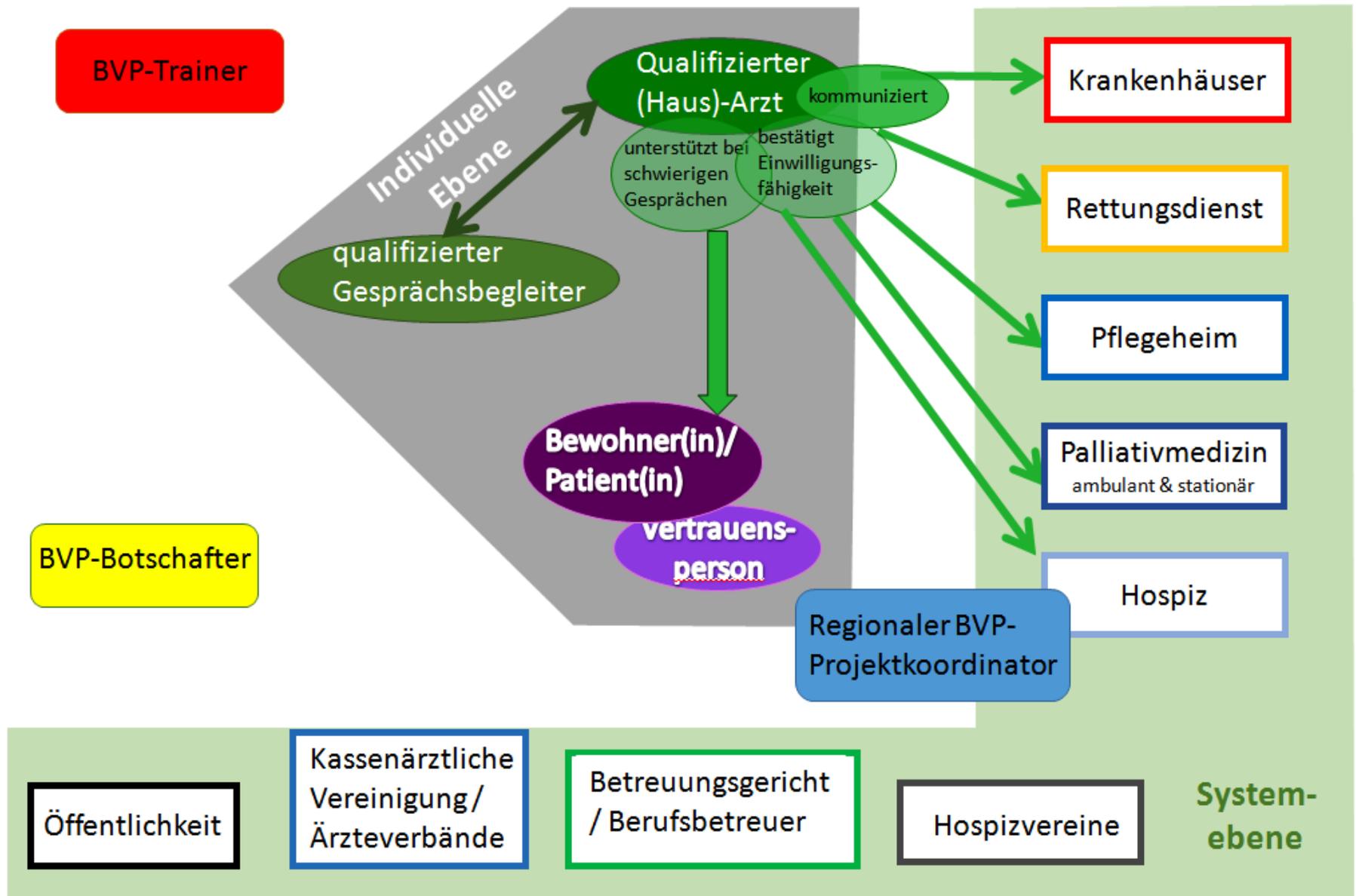
Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



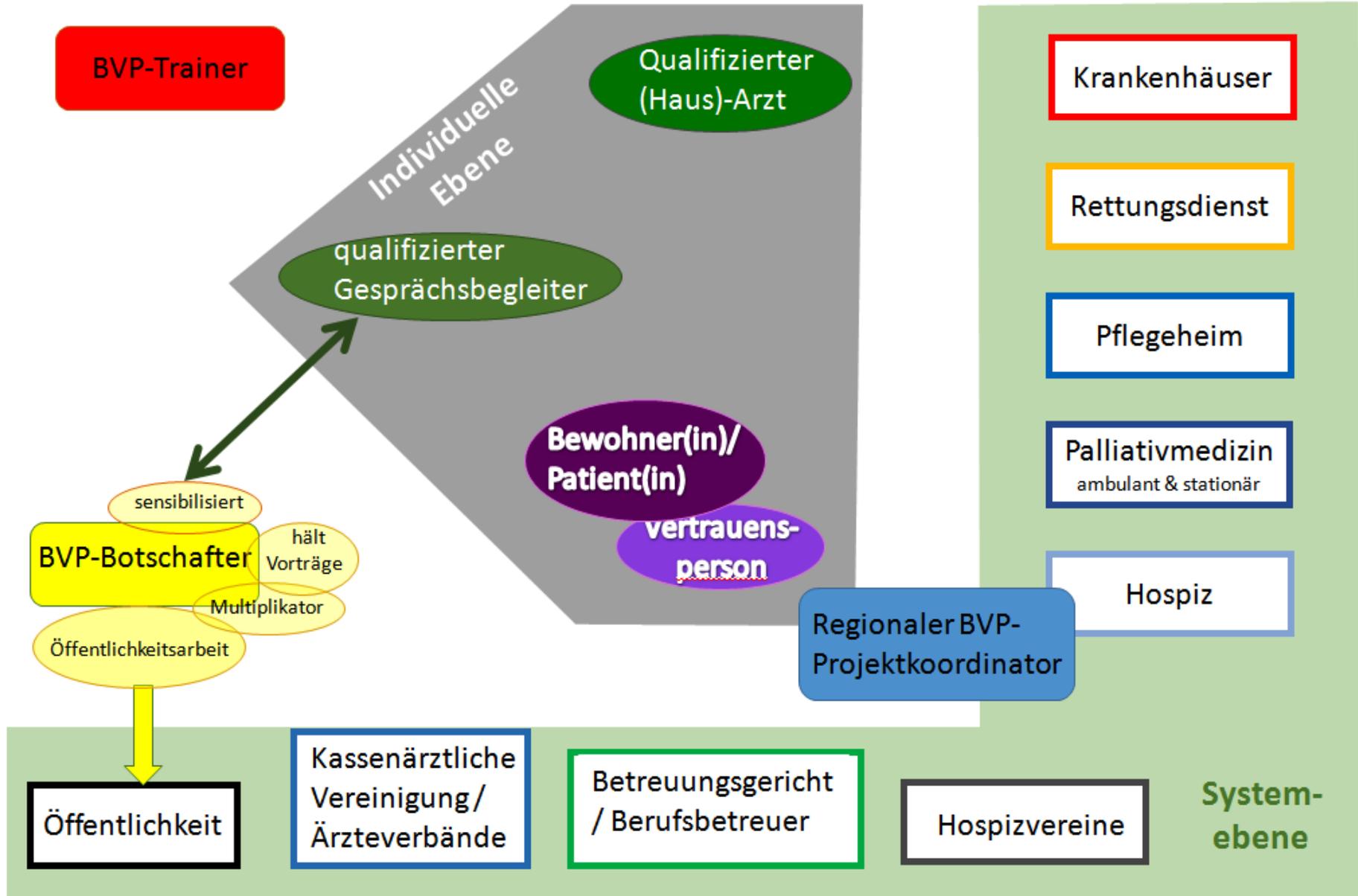
Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



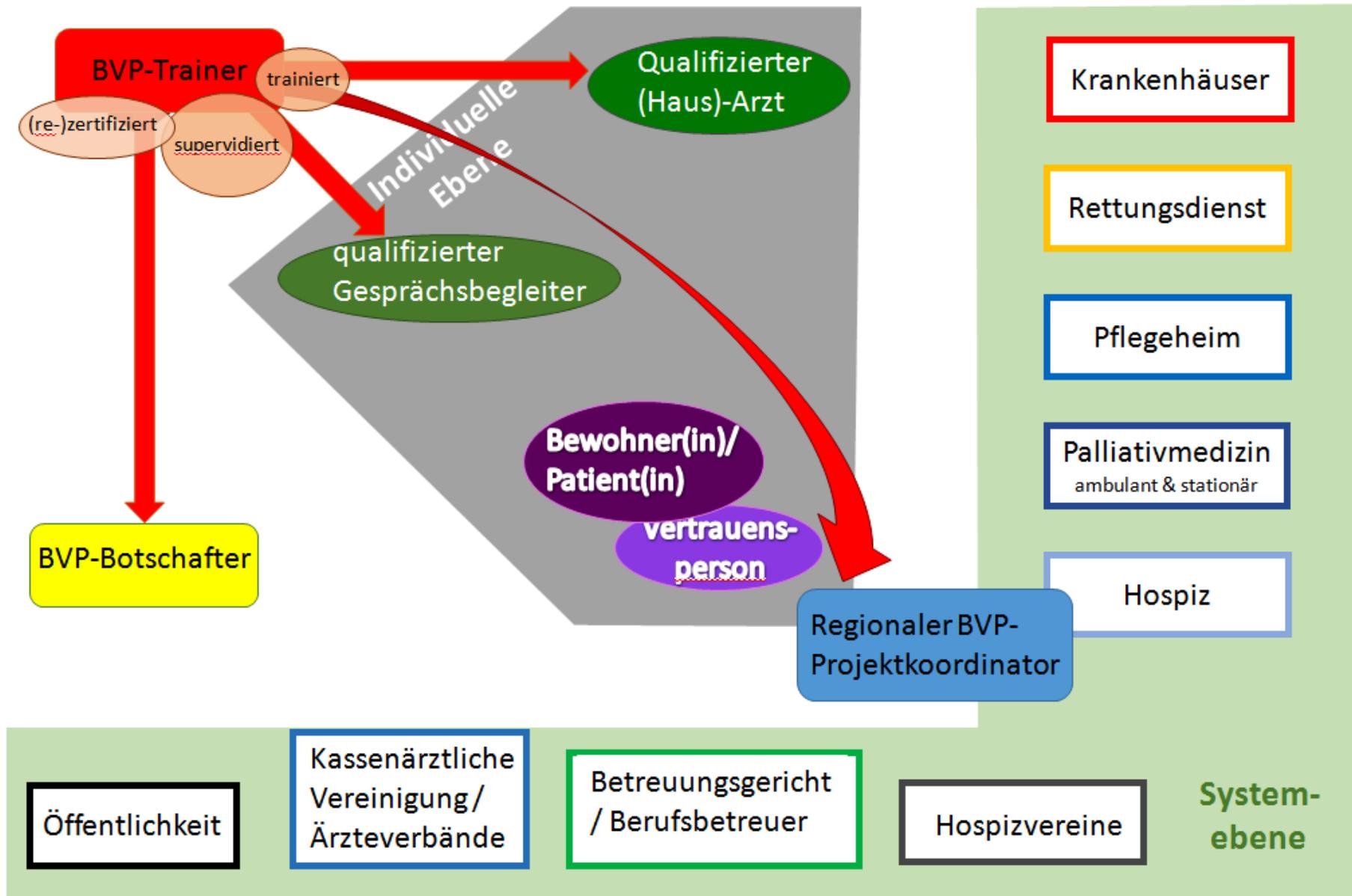
Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



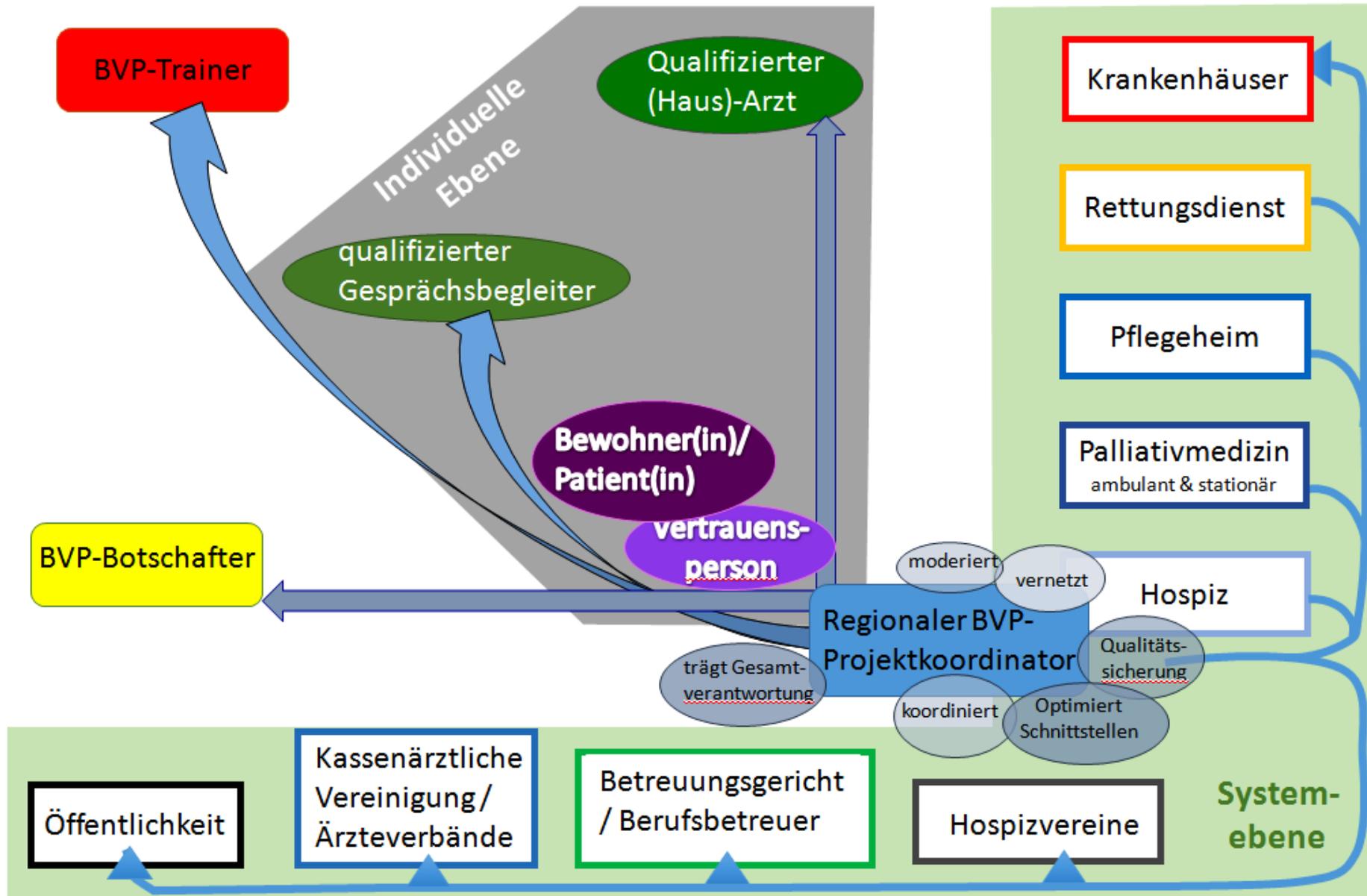
Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



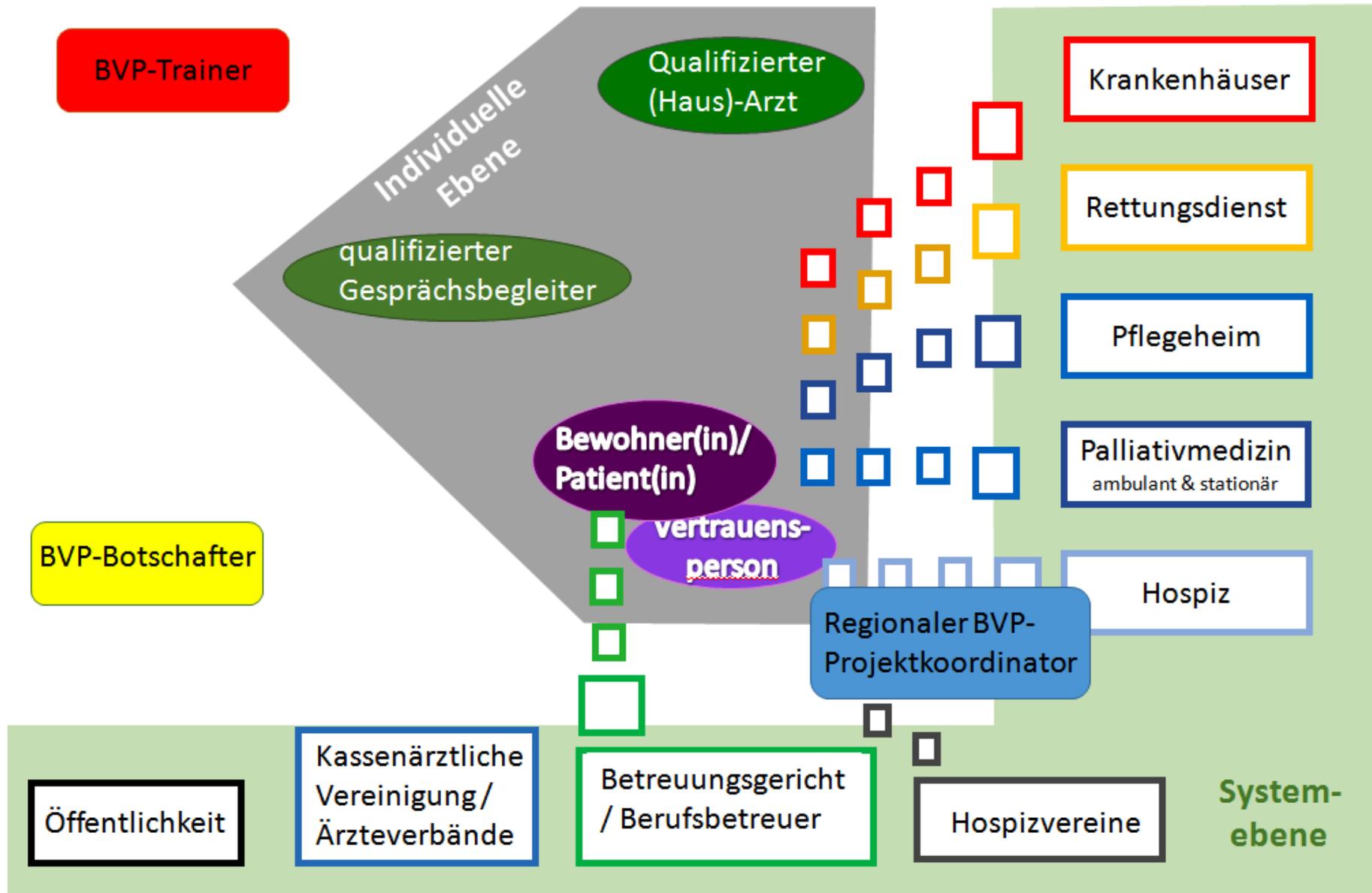
Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



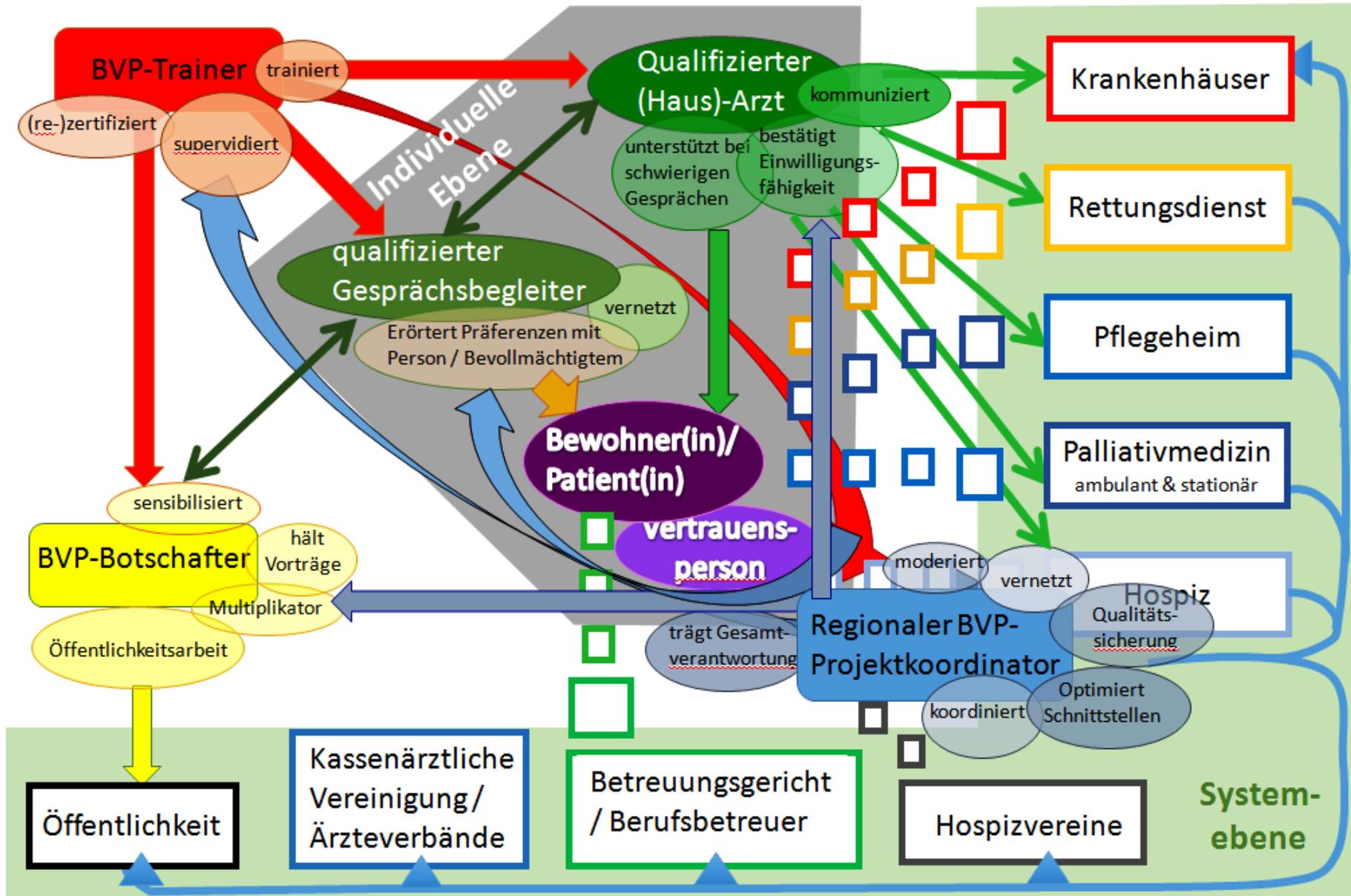
Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



Regionale Implementierung Behandlung im Voraus planen (BVP): Rollen, Akteure, Institutionen



Gute Kommunikation als Basis effektiver Betreuung



Fragen oder Anregungen?

Visitenkarte

Henrikje Stanze
Diplom Berufspädagogin / Pflegewissenschaft
Henrikje.Stanze@med.uni-goettingen.de

Universitätsmedizin Göttingen

Klinik für Palliativmedizin
www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de



Literatur- und Quellenverzeichnis

Beauchamp TL, Childress JF "Principles of Biomedical Ethics." 7th ed. New York: Oxford University Press, 2013.

Borasio GD, Niebeling W-B, Scriba PC (Hrsg.) "Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin: medizinische, psychosoziale und spirituelle Aspekte ; mit 23 Tabellen." [Gedenksymposium für Herrn Prof. Hoppe]. Report Versorgungsforschung 7. Köln: Dt. Ärzte-Verl, 2013.

Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J, W. Kohlhammer GmbH (Hrsg.) "Advance Care Planning: von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung." 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2015.

in der Schmitt J, Marchmann G „Theoretische Grundlagen von Advanced Care Planning.“ In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J, W. Kohlhammer GmbH (Hrsg.) "Advance Care Planning: von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung." 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2015.

in der Schmitt J, Nauck F, Marckmann G "Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen." Zeitschrift für Palliativmedizin 17, no. 4 (July 13, 2016): 177–95. doi:10.1055/s-0042-110711.

in der Schmitt J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G "Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial." Dtsch Arztebl Int 2014; 111(4): 50–7. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0050.

Jörmann N, Schöne-Seifert B "Patientenautonomie und Patientenverfügung in der Palliativmedizin", In: Pott G, Baumann-Köhler M, Schober A (Hrsg.) "Integrierte Palliativmedizin: Leidensminderung - Patientenverfügungen - Sterbebegleitung - intuitive Ethik." Stuttgart: Schattauer, 2013.

