

# Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) für die letzte Lebensphase

1. Was zeichnet die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes aus?
2. Inwiefern beschreibt die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V das Konzept Advance Care Planning (ACP)?
3. Was ist ACP konkret? Elemente, Methoden, Prozess und Rollen
4. Wie sind die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des § 132g SGB V gestaltet? Wer entwickelt diese? Wer trägt die Kosten? Wer überprüft die Umsetzung?
5. Inwiefern wird GVP bereits umgesetzt?

Was zeichnet die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes aus?

Zugelassene Pflegeeinrichtungen (nach § 43 SGB XI ) und Einrichtungen der Behindertenhilfe (nach § 75 SGB XII) **können** Patientinnen bzw. Patienten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten

- Gesetzlicher Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte (nicht privat!)
- Jede Einrichtung, die GVP vorhält, muss diese Leistung allen Bewohnerinnen und Bewohnern anbieten

Methoden: Beratung, Fallbesprechung, Netzwerkarbeit

Inhalte:

- Insbesondere medizinisch-pflegerische Versorgung / Betreuung in der letzten Lebensphase
- Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung
- Notfallsituationen
- Palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische und psychosoziale Maßnahmen

- **Vorgesehener Personalschlüssel 0,25 VZ auf 100 BW**  
(Quelle: Drucksache 18/5170 des deutschen Bundestages)
- **Lt. § 132g SGB V : Mix aus Personal und (Beratungs-) Fallschlüssel, aufwandsgerecht gesplittet**
  - > d.h. diese müssen auf die Gesprächsbegleitung bezogen klar definiert werden
- **Gibt es Anschubfinanzierung? Wer übernimmt die Schulungskosten? Wie wird der Vernetzungsaufwand vergütet? Wer darf ausbilden? Wie wird die Qualifikation nachgehalten? ...**

Aus dem Prozess heraus **können** neben der Dokumentation der GVP weitere Dokumente entstehen, dies ist jedoch **nicht zwingend**:

- *Vorsorgevollmacht* (Benennung einer Vertrauensperson als Stellvertreterin bzw. Stellvertreter)
- *Patientenverfügung* (verbindliche Willenserklärung)
- *Betreuungsverfügung* (Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers)

43% der Menschen haben eine Patientenverfügung (26% in 2012), 32% haben bereits ernsthaft darüber nachgedacht (Quelle: DHPV Bevölkerungsbefragung 2017)

-> Validität, Aussagekraft, Verfügbarkeit, Beachtung?

Inwiefern beschreibt die Gesundheitliche  
Versorgungsplanung nach § 132g SGB V das Konzept  
Advance Care Planning (ACP)?

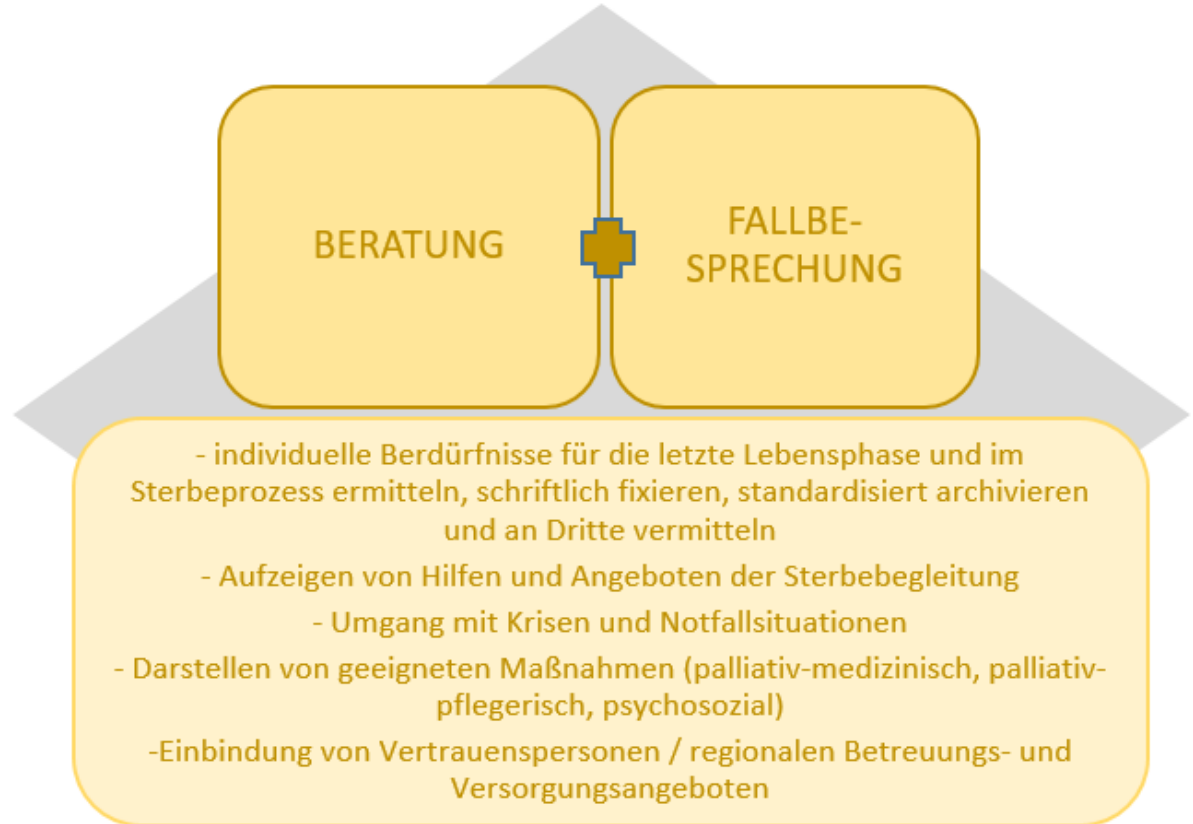


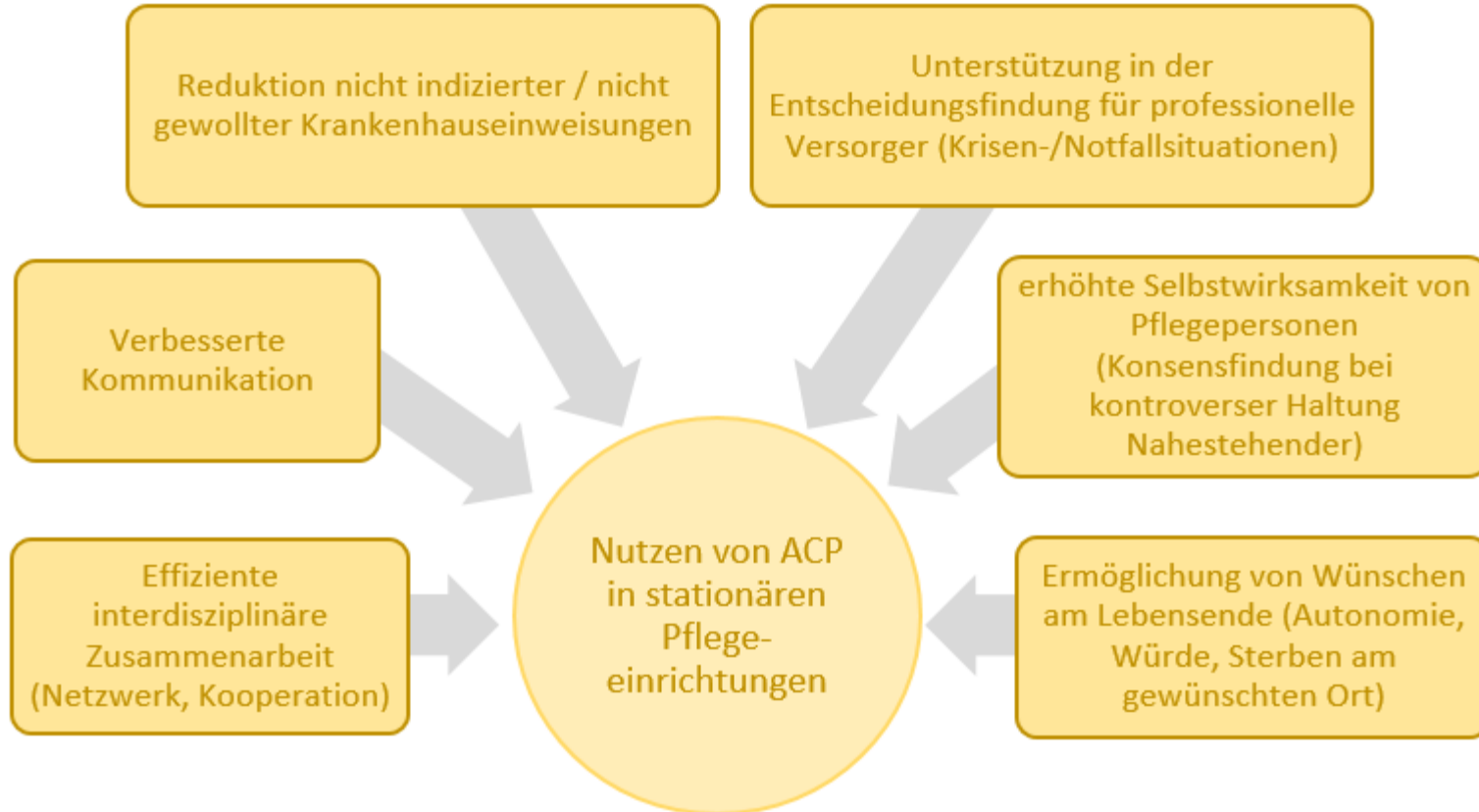
„...a process for discussion between an individual and their care providers irrespective of discipline.“

„Advance Care Planning (ACP) umfasst die laufende Kommunikation, die es den Einzelnen ermöglicht, ihre persönlichen Werthaltungen, Präferenzen, Wünsche und speziellen Behandlungsoptionen zu äußern. Diese können auch schriftlich festgehalten werden als Information zur Pflege und Behandlung in der Zukunft.“

(NHS (2008): Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff, S. 1, 4)

- andauernden Kommunikationsprozess zwischen allen Beteiligten etablieren und verbessern
- Wer redet mit wem worüber?
- Gesprächskultur





### individuell

- Allgemeine Wertevorstellungen zu Pflege und Behandlung werden ausgesprochen, gehört und ggf. schriftlich dokumentiert
- Abgestimmte Vorgehensweise im Notfall (Notfallplan)
- Bestimmung einer Person, die bei Nicht-Einwilligungsfähigkeit den Patientenwillen vertritt (gesetzliche Vertreter oder Betreuer)
- Ggf. Erstellung einer Patientenverfügung (für oder gegen lebensverlängernde Maßnahmen)

### gesellschaftlich

- Gesellschaftliche Gesprächskultur etablieren
- Regionale Vernetzung verstärken

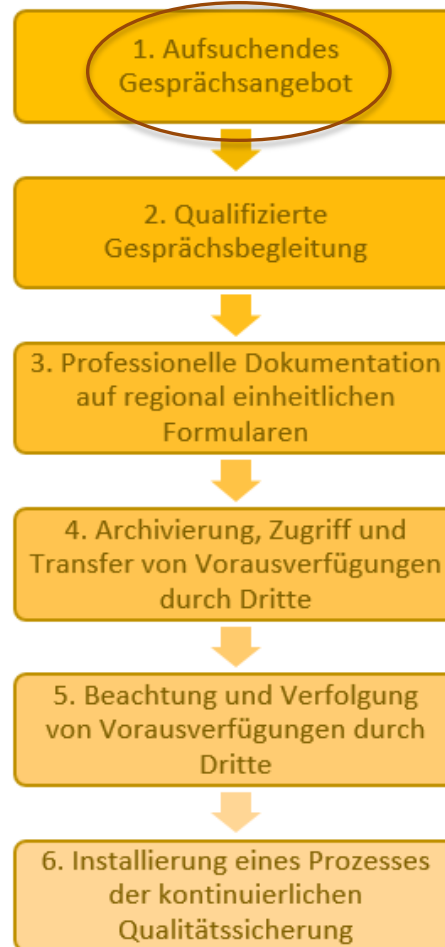
### organisatorisch

- Einbettung in die Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen
- Unterstützung zur Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für MmB

# Was ist ACP konkret?

Elemente, Methoden, Prozess und Rollen

## Elemente des ACP-Prozesses



### **Durchführung der Beratung:**

- a) Beraterin bzw. Berater aus der Einrichtung
- b) träger- bzw. einrichtungsübergreifend
- c) Kooperationen mit regionalen Anbietern

Aktives Zugehen auf Bewohnerinnen und Bewohner, Vorteile von GVP erläutern und Unterstützung für die Beratung anbieten

- situations- und bedarfsgerecht
- Gesprächsangebot definieren / Fallbesprechung notwendig?
- Umgang mit Nicht-Einwilligungsfähigkeit

## Elemente des ACP-Prozesses





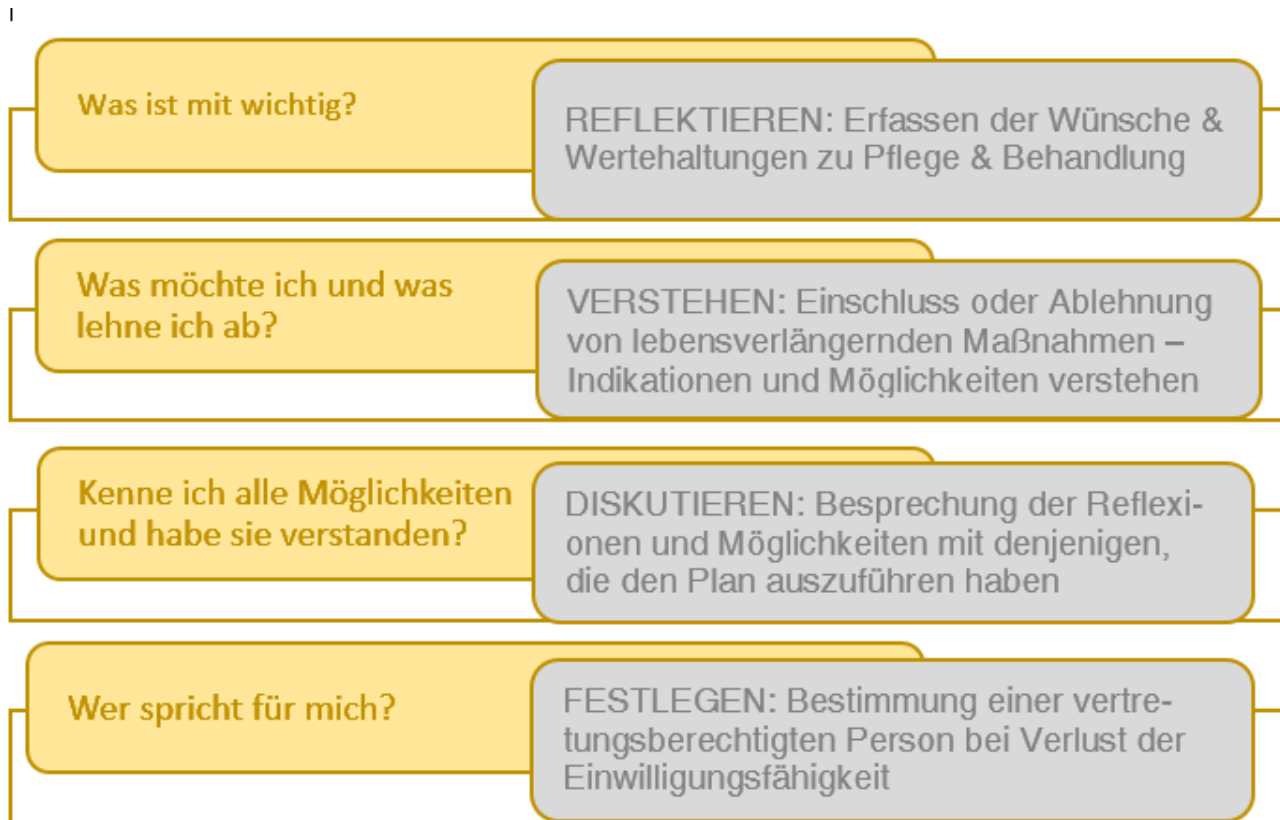
- Ausbildung in Gesundheitsberufen, wie Alten-, Kinder-, Gesundheits- und Krankenpflege, Heilerziehungspflege, Heilpädagogik, Erzieher etc.

ODER

- Studium mit einschlägigem Studienabschluss in Gesundheits- und Pflegewissenschaften, (Heil-)pädagogik, Soziale Arbeit, etc.

SOWIE

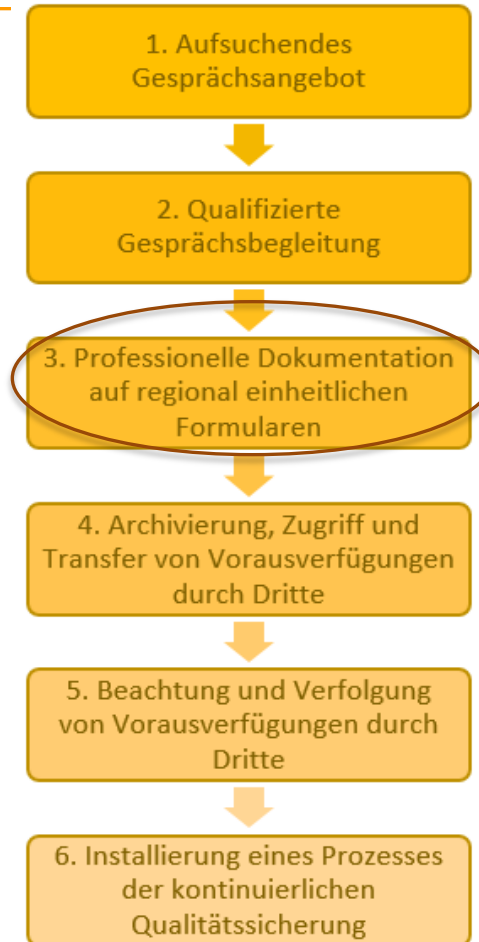
- palliativ-medizinisch/-pflegerische Berufserfahrung und Wissen (ggf. Curriculum Palliative Praxis 40h oder Palliative Care Weiterbildung 160h)?
- hohe Gesprächskompetenz, Organisationskompetenz und Teamwork, gute Kenntnisse bzgl. regionaler Angebote
- Fortbildung GVP gemäß § 132g SGB V (GVP, Medizin/Pflege, Ethik, Kommunikation, Dokumentation, Netzwerk, Beratungspraxis etc.)



DETAILS	FRAGEN
<b>LEBEN (-SWILLE)</b>	
Einstellung und Wille zum (Weiter-) Leben	Wie stehen Sie zum Leben und wie zum Sterben?
Bereitschaft, das Sterben zuzulassen oder ihm etwas entgegenzusetzen	Was bedeutet es für Sie, noch (lange) weiterzuleben? Wenn Sie jetzt erfahren würden, dass Sie heute Nacht im Schlaf versterben werden, welche Empfindungen würde das bei Ihnen auslösen?
Medizinische Hilfe zur Lebensverlängerung – Risiken - Belastungen	Was soll / darf Medizin / Pflege dazu beitragen, dass Sie weiterleben und auch gesundheitliche Krisen überleben? Gibt es Belastungen oder Risiken, angesichts derer Sie eine lebensverlängernde Maßnahme ablehnen würden? Warum wären das für Sie inakzeptable Belastungen / Risiken?
Pflegerische Unterstützung und eigenes Wohlergehen	Wie soll für Sie gesorgt werden? Wie sollen Menschen in Ihrer Umgebung mit Ihnen umgehen?

DETAILS	FRAGEN
Kommunikation	Was möchten Sie Ihren Angehörigen, Freunden und anderen wichtigen Menschen mitteilen? Welche Wünsche möchten Sie äußern?
Entscheidungen	Wer soll mit Ihnen oder für Sie Entscheidungen treffen, wenn Sie dazu nicht mehr uneingeschränkt in der Lage sind?
<b>THERAPIEZIEL</b>	
Behandlungswünsche für plötzliche gesundheitliche Krisen (Notfall) mit akuter Nicht-Einwilligungsfähigkeit z.B. Bewusstlosigkeit, Atemnot, Herzstillstand	
Behandlungswünsche bei akuter schwerer Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit z.B. schwere Pneumonie, intensiv-medizinische Behandlung, schwerer Schlaganfall	
Behandlungswünsche bei gesundheitlichen Komplikationen mit permanenter Nicht-Einwilligungsfähigkeit z.B. Demenz, schwere Hirnblutung	

## Elemente des ACP-Prozesses



Lebensverlängerung - Akutmedizin



Lebensverlängerung - nicht um jeden Preis



Palliation - Leidenslinderung



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 HANo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

Unterschrift der o.g. Person (bei Einwilligungsfähigkeit)

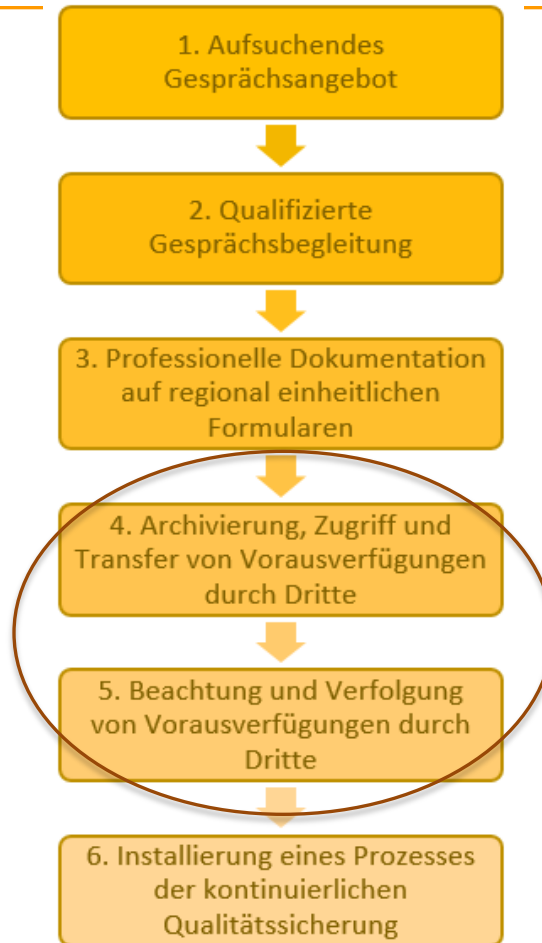
„Diese HANo gibt den geäußerten / mutmaßlichen Behandlungswillen der o.g. Person angemessen wieder.“

Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten / Betreuers

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und NAME des zertifizierten Gesprächsbegleiters

## Elemente des ACP-Prozesses



- Gestaltung eines **transparenten und strukturierten Informationsprozesses**, der die Archivierung, den Zugriff und den Transfer der standardisierten Dokumente über Schnittstellen hinweg regelt und ermöglicht
- **Alle** an der Behandlung und Begleitung einer Patientin bzw. eines Patienten beteiligten Personen aus dem Gesundheitsbereich **sollen jederzeit im Bedarfsfall** auf die Dokumente zugreifen und Entscheidungen zum Wohl der Patientin bzw. des Patienten treffen können
- **Entwicklung eines regionalen ACP-Prozesses**, indem Netzwerkpartner (Pflegedienste, Hospize und Hospizdienste, Krankenhäuser (Rettungsdienste), Pflegeheime und (Fach-)Ärzte etc. gemeinsam vertreten sind.





- Sicherstellung der Übermittlung der Dokumentation bei Betreuerwechsel / Einrichtungswechsel
- Kenntnis der vorhandenen Dokumentation aufgrund von:
  - Team- / Fallbesprechungen
  - Piktogrammen am Bett des Bewohners
  - Markierung in der EDV
- Festlegung von Überprüfungszeiträumen
  - Erstgespräch z.B. bis zu 6 Wochen nach Aufnahme
  - Überprüfung der Aktualität alle 6-12 Monate
  - Aktualisierungsangebot bei Wohnortwechsel, Krisen, Veränderung des Patientenwillens etc.

Wie sind die Rahmenbedingungen  
für die Umsetzung des § 132g SGB V  
gestaltet?

Wer entwickelt diese?

Wer trägt die Kosten?

Wer überprüft die Umsetzung?

- Feinprogrammierung des Gesetzes über eine Rahmenvereinbarung zu Leistung, Anspruchsberechtigten, Qualifikation, Anforderungen, Organisation, Dokumentation und Finanzierung
- GKV und Vereinigung der Träger verhandeln aktuell weiterhin...
  - > Der DHPV war zur Stellungnahme berechtigt (Juni 17)
  - > Aufgrund fehlender Rahmenvereinbarungen gibt es aktuell noch keine Umsetzungsmöglichkeit auf Landesebene

Unterschiedliche Vorstellungen zwischen GKV und LE-verbänden:

- Barrierefreie Ausgestaltung der GVP für die letzte Lebensphase – was bedeutet barrierefrei und nach welchen Maßstäben sollen Vorgaben erfolgen?
- Externe Vernetzung: Einführung einer regionalen Koordination? Refinanzierung? Runde Tische? Wo angesiedelt?
- Qualifikationen der Beraterin bzw. des Beraters:
  - Sollen Ärztinnen und Ärzte als Beratende fungieren dürfen? Mit welchen Voraussetzungen?
  - Beratende mit Hochschulabschluss – welche Fachrichtung, auf welchem Niveau und mit welcher Berufserfahrung?

- Qualifizierung zur Beraterin bzw. zum Berater: Anzahl Unterrichtseinheiten in Theorie und Praxis, Angebot der Weiterbildung, Rückkopplung an Anbieter, Zertifikat
- Vertragliche Grundsätze: Anzahl Anspruchnehmerinnen und –nehmer, Nachweise (Qualifikation, Konzept etc.), Vergütung und Berechnung (Personal- und Sachkosten), Datentransfer und –erhebung, Abrechnungsmodalitäten

- Verankerung der GVP in Organisations- und Bildungsentwicklung
- Verpflichtende Implementierung GVP in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung / Einrichtung der Eingliederungshilfe
- Verlässlichkeit und Selbstbestimmung der Bewohnerin bzw. des Bewohners muss gewährleistet sein
- In Fallbesprechungen sollen Ärztinnen und Ärzte einbezogen werden
- Multiprofessioneller Beratungsprozess, auch Bevollmächtigte sind einzubeziehen
- Qualifikation: Palliative Care 160h, Palliative Praxis 40h, Ärztinnen und Ärzte als Beratende mit 40h Basiskurs Palliativmedizin

- Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (53 Pflegeheime mit 4400 Bewohnerinnen und Bewohnern sowie 2900 Mitarbeitenden unterschiedlicher Träger)

gVP-Berater: **16h-Schulung**

- BVP / Beizeiten begleiten:

BVP-Gesprächsbegleiter: **118h Ausbildung** (24h Präsenzworkshop, 16h Selbststudium, 78h Übungsphasen)

- GKV/LE Entwurf Rahmenvereinbarung:

Beraterin bzw. Berater der gesundheitlichen Versorgungsplanung **54-72h Weiterbildung**





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!