



Patientenverfügung? Warum Advance Care Planning besser ist

Die meisten Patientenverfügungen fußen auf Standardformularen. Das Advance Care Planning (ACP) hingegen setzt auf eine individuelle Betrachtung. Das erfordert eine qualifizierte Gesprächsbegleitung. Professor Jürgen in der Schmitt, 1. Vorsitzender von Advance Care Planning Deutschland e.V., erläutert, wie ACP funktioniert.

Das Interview führte Taina Ebert-Rall

Herr Professor in der Schmitt, was genau ist Advance Care Planning (ACP)?

Professor Dr. Jürgen in der Schmitt: Advance Care Planning (ACP) oder Behandlung im Voraus planen, kurz BVP, ist ein systemisch angelegtes Konzept für die Ermittlung, Dokumentation und Umsetzung des Behandlungswillens eines Patienten für den Fall, dass er selbst nicht oder nicht mehr über seine Behandlung entscheiden kann. Die ACP Deutschland e.V. hat unter Bezugnahme auf die internationale Literatur hierzu Standards entwickelt. Im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes wurde das Konzept in Form des Paragraphen 132g im fünften Sozialgesetzbuch zu einer Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings ist diese Kassenleistung vorerst auf Menschen beschränkt, die in Einrichtungen der stationären Seniorenpflege oder der Eingliederungshilfe leben.

Advance Care Planning kann und sollte natürlich dessen ungeachtet auch anderen, insbesondere ähnlich vulnerablen Patientengruppen angeboten werden, etwa ambulant betreuten pflegebedürftigen Menschen.

Wie unterscheidet sich ACP von herkömmlichen Patientenverfügungen?

Viele Patienten wissen von sich aus nicht, für welche Situationen eine Vorausplanung relevant sein könnte und welche Optionen ihnen dann jeweils zur Verfügung stehen. Zudem geben die Patientenverfügungs-Standardformulare oft nicht das verlässlich wieder, was die betreffende Person tatsächlich zu dem Thema denkt und wünscht. Da es beim bisherigen Zustandekommen von Patientenverfügungen nicht regelhaft eine vorausgegangene qualifizierte Gesprächsbegleitung gibt, bleiben Patientenverfügungen meist hinter den sonst in der Medizin weithin akzeptierten Qualitätskriterien einer wohlinformierten Zustimmung oder Ablehnung zurück. Auch werden häufig keine Vertreter benannt oder in den Vorausplanungsprozess einbezogen. Mit ACP steht dagegen ein Konzept zur Verfügung, das eine wirksame Vorausplanung und damit eine bessere Umsetzung des Patientenwillens erlaubt.

Und wie kann eine wirksame Vorausplanung umgesetzt werden?

Das ACP-Konzept beruht auf zwei Säulen. Damit Menschen aussagekräftige Behandlungsentscheidungen im Voraus verlässlich treffen können, erhalten sie erstens das Angebot einer ausführlichen Gesprächsbegleitung,



Prof. Jürgen in der Schmitt vom Institut für Allgemeinmedizin der Uniklinik Essen ist 1. Vorsitzender von Advance Care Planning Deutschland e.V. © UDE/FRANK PREUB

Zweitens muss es künftig eine regionale ACP-Implementierung geben, damit die im Gespräch zustande gekommenen Vorausplanungen im regionalen Gesundheitssystem wirksam werden.

Worauf basieren die beiden Säulen?

Säule eins ist das Angebot einer ausführlichen Gesprächsbegleitung. Dafür gibt es – und das ist eine neue Rolle im Gesundheitssystem – spezifisch qualifizierte ACP-Gesprächsbegleiter, die in enger Abstimmung und Kooperation mit dem Hausarzt tätig werden. Auch Bevollmächtigte und Angehörige werden in der Regel, wenn die betroffene Person zustimmt, in diesen Gesprächsprozess einbezogen. Auf dieser Grundlage können individuelle Vorstellungen zum Therapieziel sowie konkrete Behandlungspräferenzen für verschiedene gesundheitliche Krisenszenarien ermittelt werden.

Anders als bei herkömmlichen Patientenverfügungen differenziert das ACP-Modell neben einem einleitenden Gesprächsabschnitt zur Ermittlung des Therapieziels drei verschiedene klinische Szenarien: die Einwilligungsunfähigkeit bei akutem Notfall, etwa bei akuter Bewusstseinsstörung, die Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer, zum Beispiel bei einem stationären Aufenthalt aufgrund eines Schlaganfalls oder einer Sepsis, und die dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit wie bei einer fortgeschrittenen Demenz.

Die ACP-Gesprächsbegleiter führen durch das Gespräch, ermutigen zur Konfrontation auch schwieriger oder angstbesetzter Themen, unterstützen gegebenenfalls bei der emotionalen Bewältigung, erklären medizinische Sachverhalte, informieren über Optionen sowie Chancen und Risiken, achten auf eine kritische Reflexion und sorgfältige Prüfung der möglicherweise weitreichenden Folgen solcher Entscheidungen, moderieren den Austausch mit teilnehmenden Angehörigen und helfen bei der fachgerechten Dokumentation dieser Be-

handlungspräferenzen im Rahmen einer Patientenverfügung.

Die zweite Säule ist eine regionale ACP-Implementierung. Sie wird vom spezifisch qualifizierten regionalen ACP-Koordinator vorangetrieben, und zwar zum einen durch ein Informations- und Edukationsprogramm für alle beteiligten Dienste, Institutionen und Akteure und zum anderen durch eine regionale Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten.

Reicht es, solch einen ACP-Gesprächsprozess einmal zu durchlaufen?

Behandlungswünsche können sich ändern. Deshalb ist es unabdingbar, das Gespräch – insbesondere aus gegebenem Anlass – immer wieder aufzunehmen und die Dokumente fortlaufend dem aktuellen Willen des Vorausplanenden anzupassen. Feste Zeiträume, z.B. alle zwei Jahre, stellen eine gute Auffangstruktur dar.

Woher wissen beispielsweise Notärzte, dass ein Patient Vorsorge getroffen hat?

Wichtig ist, dass alle Beteiligten wie Rettungsdienste, Notärzte, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhäuser und weitere Akteure über eine regionale Implementierung von ACP informiert und diesbezüglich fortgebildet worden sind. Dann sind ihnen nicht nur die entsprechenden Dokumente, die regional einheitlich sein sollten, sondern auch die Qualitätsmerkmale des zugrunde liegenden Erstellungsprozesses bekannt. Denn der Notarzt muss im Zweifel darauf bauen können, dass sich der betroffene Patient über seine unter Umständen folgenreiche Entscheidung im Klaren war. Auch müssen ärztliche und nicht-ärztliche Akteure mit der Interpretation der für sie relevanten Dokumente wie Patientenverfügung und insbesondere mit dem Notfallbogen sicher vertraut sein.

Welche Rolle spielt der Hausarzt bei der Vorausplanung?

Zwischen Patienten und ihren Hausärzten besteht in der Regel ein langjähriges Vertrauensverhältnis. Insofern spielt der Hausarzt eine ausgesprochen wichtige Rolle bei der Vorausplanung. Wo nach dem Gespräch mit dem nicht-ärztlichen ACP-Gesprächsbegleiter Fragen offen bleiben, führt er ein ergänzendes Gespräch. Durch seine Beteiligung an dem Prozess wird zudem ein Vier-Augen-Prinzip etabliert, das hilft, die Qualität und Sicherheit dieses Prozesses zu erhöhen. Die Unterschrift des Hausarztes unter den Dokumenten macht die Beratung durch ihn sichtbar und trägt zur Verbindlichkeit der Festlegungen bei.

Hausärzte, die mit ACP-Gesprächsbegleitern kooperieren wollen, sollten zumindest die internetbasierte Basis-Fortbildung der ACP Deutschland absolviert haben. Eine Zertifizierung gibt es nach acht Unterrichtseinheiten. Wer sich stärker engagieren und auch selbst qualifizierte ACP-Gesprächsbegleitungen durchführen will, profitiert erfahrungsgemäß von der Teilnahme des gesamten Basis-Fortbildungsmoduls mit 32 Unterrichtseinheiten oder am ACP-Gesprächsbegleiter-Kurs.



Die ACP-Gesprächsbegleiter führen durch das Gespräch, ermutigen zur Konfrontation auch schwieriger oder angstbesetzter Themen.

Professor Jürgen in der Schmitt
Institut für Allgemeinmedizin
Uniklinikum Essen

Weitere Infos unter:
<https://advancecareplanning.de/>

PFLEGE-REPORT 2022

Hospizdienste besser einbinden

Mehr Lebensqualität und weniger unnötige Klinikaufenthalte am Lebensende? Damit das gelingt, müssten Hospizdienste fester Teil der Langzeitpflege werden, so die AOK.

Berlin. Um Pflegebedürftige in der letzten Lebensphase gut begleiten zu können, sollten Hospizdienste stärker in Einrichtungen der Langzeitpflege eingebunden werden. Das schließt der AOK-Bundesverband aus dem jetzt veröffentlichten Pflege-Report 2022 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Demnach verbrachte rund jeder dritte innerhalb eines Jahres verstorbene AOK-Versicherte in einem Pflegeheim, mehr als die Hälfte davon wurde in den letzten zwölf Wochen vor dem Tod mindestens einmal in ein Krankenhaus verlegt.

Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, sieht in der stärkeren Integration der Hospizdienste in den Langzeitpflegeeinrichtungen die Chance, dass Menschen in den Pflegeheimen und ihre Angehörigen in der letzten Phase gut begleitet werden können. Dazu gehörten auch die Verbesserung der sektorübergreifenden Prozesse und die Stärkung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit, erklärte sie bei der Vorstellung des Reports.

„Viele pflegebedürftige Menschen könnten bis zum Versterben also auch im Pflegeheim bleiben, sofern hier eine engere Zusammenarbeit aller Beteiligten, in erster Linie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung mit den Hausärzten, Krankenhäusern und Rettungsdiensten gelingt. Die unterschiedlichen Akteure, also Ärztinnen, Pflegerinnen, Therapeutinnen, Sterbegleiterinnen, Hauptamtliche wie Ehrenamtliche sowie Angehörige und Zugehörige oder Betreuende, müssen eng kooperieren, um bestmöglich im Sinne der Betroffenen agieren zu können“, so Reimann. Der Anspruch eines „würdevollen Sterbens“ im Heim dürfe nicht an mangelnder Zusammenarbeit zwischen den Professionen und fehlenden Ressourcen scheitern. (eb)

Weitere Infos unter:
<https://www.wido.de/>
https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2022/index_25707.html

Die Praxis-Serie

Lesen Sie am 22. Juli: Seit mittlerweile 20 Jahren gehören Disease-Management-Programme (DMP) zum Versorgungsangebot vieler Praxen. Der „Quickcheck DMP“ erläutert die wichtigsten Regelungen rund um Einschreibung der Patientinnen und Patienten, das richtige Vorgehen bei einem Arztwechsel sowie die Versandwege zur Übermittlung der Dokumentationen.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.