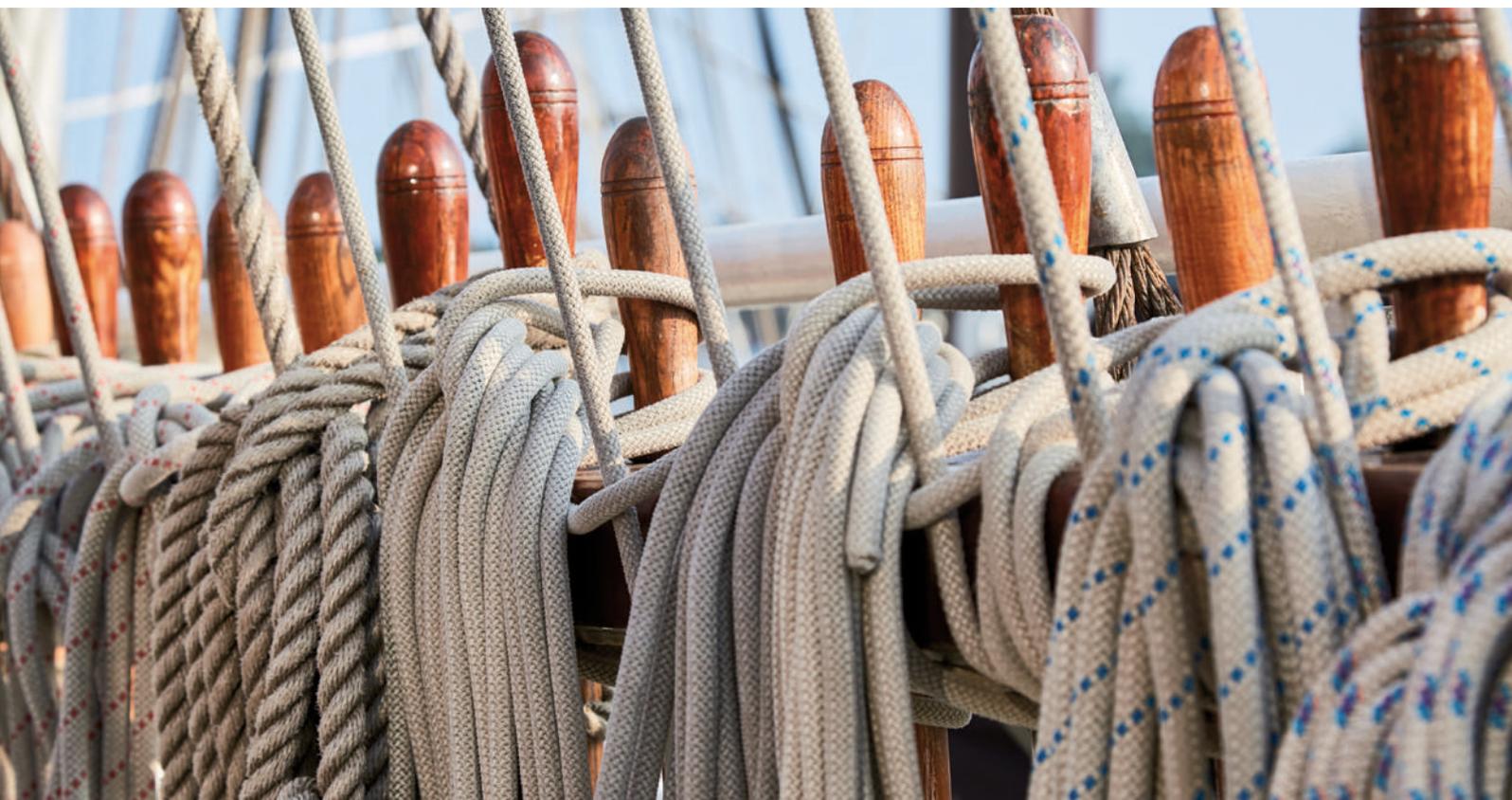


Gesundheitliche Versorgungsplanung geht uns alle an!



Projektbericht

„Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132 g SGB V im regionalen Netzwerk“

Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung



Gefördert vom
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung	4		
Vorbemerkungen zum Aufbau des Berichts	4		
Kapitel 1 – Vorgeschichte und Kontext	5		
Ausgangssituation in Nordrhein-Westfalen	7		
Gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase	8		
Gesundheitliche Versorgungsplanung und Advance Care Planning	9		
Regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V – Ein Projekt für Nordrhein-Westfalen	10		
Kapitel 2 – Die Regionen	14		
Region Bonn und Rhein-Sieg-Kreis	14		
Region Eifel	17		
Kreis Borken	19		
Stadt Bielefeld	20		
Kapitel 3 – Regionale Zusammenarbeit und Wissenstransfer	22		
Netzwerkentwicklung und -pflege	22		
Austausch im Netzwerk: Runde Tische und themenbezogene Arbeitsgruppen	24		
Zielgruppen aktivieren	25		
Kommunen als Netzwerkpartner	28		
Organisation und Koordination	29		
Vorhandene Ressourcen nutzen	31		
Öffentlichkeitsarbeit	32		
Evaluation der Netzwerkarbeit	32		
Kapitel 4 – Überregionaler Austausch und Wissenstransfer	34		
Überregionale Werkstattgespräche	34		
Kapitel 5 – Sektorenübergreifende Prozesse – Von Schnittstellen zu Nahtstellen	40		
Identifikation von Schnittstellen bei der Umsetzung von Wünschen und Willen am Lebensende	40		
Entwicklung einer regionalen Notfalldokumentation als sektorenübergreifender Prozess	42		
		Kapitel 6 – Institutionelle Implementierung & Organisationsentwicklung	46
		Kapitel 7 – Gesellschaftliche Implementierung: Wissen um Vorsorgemöglichkeiten stärken	50
		Kapitel 8 - GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe	52
		In den Regionen gemeinsam am Runden Tisch	53
		Eine Vision für die Umsetzung von GVP gem.§ 132g SGB V in der Eingliederungshilfe in NRW	55
		Kapitel 9 – Der Weg zur Umsetzung: Regionale Vernetzung und GVP nach § 132g SGB V	57
		Ermittlung regionaler Strukturen und Bedarfe	57
		Initiierung eines regionalen GVP-Netzwerkes	62
		Entwicklungs- und Konsentierungsprozesse – Beispiel: Notfalldokumentation	63
		Kontinuierliche und wiederkehrende Aufgaben im GVP-Netzwerk	65
		Kapitel 10 – Zusammenfassung, Fazit & Ausblick	68
		Regionale Implementierung von GVP nach § 132g SGB V: Potenzial und Herausforderung	68
		Schlüssel zum Erfolg	70
		Schwerpunkthemen der Zukunft	71
		Von Erfahrung profitieren	72
		Anhang	73
		Verwendete Abkürzungen	73
		Projektpartnerinnen und Projektpartner	73
		Material	75
		Literatur- und Quellenverzeichnis	90
		Bildnachweis	90
		Index	91
		Impressum	95

Kurzzusammenfassung

Im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V werden Wünsche und Bedürfnisse von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen hinsichtlich künftiger medizinischer und pflegerischer Behandlungen am Lebensende dokumentiert – vor dem Hintergrund der persönlichen gesundheitlichen Situation und den je eigenen Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben. Die spätere Umsetzung der Wünsche und Bedürfnisse kann nicht allein von den Mitarbeitenden stationärer Einrichtungen gewährleistet werden, sondern erfordert ein gemeinsames Handeln aller an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Professionen und Bereiche.

Im Rahmen des hier dokumentierten Projektes konnte gezeigt werden, wie die Initiierung und Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in einem regionalen Netzwerk gelingen kann und welche Schritte, Entwicklungen und Abläufe dazu nötig oder hilfreich sind. Dies war möglich, weil im Projektverlauf vier Regionen in NRW begleitet und darin unterstützt wurden, notwendige Umsetzungsschritte zur regionalen Implementierung von GVP nach § 132g SGB V zu identifizieren und Qualitätskriterien in regionalen Netzwerken beschreiben zu können.

In allen Projektregionen zeigte sich, dass die Schaffung gemeinsam erarbeiteter und verbindlicher Notfalldokumente ein wesentliches Element für eine gelingende Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist. Als herausfordernd stellte sich dar, alle an der Versorgung beteiligten Dienste, Institutionen und Einzelpersonen, aber auch die Kommunen in einen nachhaltig wirksamen Gestaltungsprozess einzubinden. Dies erforderte nicht zuletzt auch personelle und finanzielle Ressourcen.

Vorbemerkungen zum Aufbau des Berichts

Im ersten Kapitel des Berichts werden die Vorgeschichte und der Kontext des Projektes dargelegt. Hier erfolgt auch eine kurze Darstellung von Intention und Inhalt der Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V. Im Anschluss werden die am Projekt beteiligten Regionen vorgestellt (Kapitel. 2). In den Kapiteln 3 bis 8 folgt die Darstellung des Projektverlaufs und der Zwischenergebnisse, geordnet nach unterschiedlichen Themenbereichen. In den Kapiteln 9 und 10 werden die aus dem Projekt abgeleiteten Stolpersteine und Empfehlungen für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk dargestellt.

An unterschiedlichen Stellen des Berichts werden den Ausführungen Thesen zu bestimmten Themenbereichen vorangestellt. Diese haben sich aus der vor Projektbeginn veranstalteten landesweiten Expertenrunde ergeben, sind Ergebnisse der Literaturrecherche oder haben sich im Verlauf der Arbeit in den Projektregionen ergeben. Wichtige Informationen und Erkenntnisse für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V werden in Infoboxen zusammengefasst.

Kapitel 1

Vorgeschichte und Kontext

Bereits in den 1990er Jahren wurde in den USA das Konzept Advance Care Planning (ACP) entwickelt, motiviert durch den Wunsch, ggf. unnötige Krankenhauseinweisungen zu verhindern und in gesundheitlichen Krisensituationen oder am Lebensende Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu kennen und möglichst weitgehend umsetzen zu können. Im angelsächsischen Raum haben sich Begriff und Konzept im Gesundheitswesen seit Längerem etabliert.

Außerhalb von Deutschland werden die Modelle zur Versorgungsplanung in unterschiedlichen Settings angewendet. Dies ergab eine im Rahmen des Projektes durchgeführte, breit angelegte Literaturrecherche¹. Grundlage einer Umsetzung von Advance Care Planning ist in den meisten Fällen das US-amerikanische Modell respecting choices[®]. Es ist nicht auf das Lebensende beschränkt oder an einen bestimmten Wohnort, etwa eine stationäre Pflegeeinrichtung, gebunden, sondern grundsätzlich für jeden erwachsenen Menschen anwendbar. Respecting choices[®] konzipiert einen stufenweisen und über einen längeren Zeitraum angelegten Beratungsprozess in Bezug zur jeweils aktuellen Gesundheits- und Lebenssituation. Die internationalen Studien legen den Schluss nahe, dass die untersuchten Konzepte zu Advance Care Planning den Aspekt der regionalen Vernetzung weitgehend ausklammern und sich vorrangig bzw. ausschließlich auf die Umsetzung innerhalb von Institutionen fokussieren.

In der jüngeren Zeit wurde das Thema der gesundheitlichen Versorgungsplanung auch in Deutschland immer bedeutender und in konkrete Modelle zur Umsetzung überführt. Hier sind beispielsweise das Konzept „beizeiten begleiten“² zu nennen mit der Gründung einer eigenen interprofessionellen Vereinigung².

Im Zuge des sogenannten Hospiz- und Palliativgesetzes (2015) wurde mit dem Paragraphen 132g SGB V die Grundlage für ein bundesweit anwendbares Beratungsangebot geschaffen. Zu dessen Umsetzung haben 2017 die Vertragspartner im Gesundheitswesen (Leistungserbringer und Kostenträger) die Vereinbarung zur „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ geschlossen³.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung ist ein wiederholtes und prozesshaftes Gesprächsangebot, um persönliche Behandlungs- und Begleitungswünsche zu ermitteln, zu respektieren, regelmäßig zu überprüfen und gemeinsam mit allen Beteiligten durchzusetzen⁴. Bislang ist gilt dieses für die gesetzlich Krankenversicherten kostenlose Angebot nur für Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen der Alten- wie der Eingliederungshilfe.

Was bedeutet Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V?

Die gesundheitliche Versorgungsplanung umfasst einerseits verschiedene Dokumente. Dazu gehören die Beschreibung der persönlichen Einstellungen und Werte, eine Notfall- und Krisenplanung sowie eine Patientenverfügung. All das dient dem Ziel, Vorstellungen, Werte und Behandlungswünsche herauszufinden und niederzuschreiben. Andererseits bedeutet gesundheitliche Versorgungsplanung auch, dass alle Personen und Dienste, die an der Behandlung und Begleitung beteiligt sind, ein verlässliches Netzwerk bilden und Hand in Hand zusammenarbeiten. So kann sichergestellt werden, dass im Ernstfall alle Beteiligten die Dokumente kennen, diese schnell auffindbar sind, wenn sie benötigt werden und von allen Beteiligten beachtet werden. Die vorausschauenden Überlegungen zum Lebensende, zur Vorsorge, zu möglichen Krankheitsverläufen oder möglichen Notfallsituationen fördern, die Selbstbestimmung zu bewahren und die Lebensqualität zu verbessern⁵.

¹ Siehe Anhang, Seite 75.

² <https://acp-d.org>, ehemals DiV-BVP

³ Vereinbarung nach 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017

⁴ von Schmude, A., Was Sie bestimmen, zählt! Vorsorge treffen für die letzte Lebensphase, hrsg.v. ALPHA NRW, 2021, S. 5.

⁵ von Schmude, A., Was Sie bestimmen, zählt! Vorsorge treffen für die letzte Lebensphase, hrsg.v. ALPHA NRW, 2021, S. 10



Vorsorgeinstrumente im Überblick

Vorsorge für das Lebensende oder Krisensituationen zu treffen, umfasst mehr als gesundheitliche Aspekte.

Werte und Einstellungen

Die Formulierung der eigenen persönlichen Einstellungen und Werte ist ein wichtiger Teil der gesundheitlichen Versorgungsplanung. Einstellungen, Werte und Lebenserfahrungen prägen wichtige Entscheidungsfindungen und bilden im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung eine Grundlage, um Entscheidungen besser nachvollziehen und verstehen zu können.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung beschreibt den inhaltlichen Teil der Behandlungs- und Begleitungswünsche. In ihr kann jeder Mensch festlegen, in welchen konkreten Situationen welche Behandlung und Begleitung ganz konkret durchgeführt oder unterlassen werden soll. Die Patientenverfügung ist ein wichtiger Teil der gesundheitlichen Versorgungsplanung.

Vorsorgevollmacht

In einer Vorsorgevollmacht benennt die vorausplanende Person eine Vertrauensperson als bevollmächtigte Person, die in ihrem Namen Behandlungs- und Begleitungswünsche vertritt. Mit der Vorsorgevollmacht gibt die vorausplanende Person einer Vertrauensperson den Auftrag, sie in verschiedenen Angelegenheiten zu vertreten, unter anderem in Fragen der Gesundheitsvorsorge und der Pflege, Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Untersuchungen, medizinischen Behandlungen oder Eingriffen oder die Aufnahme in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann jede Person selbst dem Betreuungsgericht eine Vertrauensperson vorschlagen, die dann als gesetzliche Betreuungsperson gerichtlich eingesetzt wird, um Behandlungs- und Begleitungswünsche umzusetzen, für den Fall, dass diejenige Person selbst nicht (mehr) in der Lage ist, ihre Vorstellungen zum Ausdruck zu bringen.

Notfall- und Krisenplanung

Die Notfallplanung beschreibt Behandlungswünsche für lebensbedrohliche Situationen, in denen eine Person nicht entscheidungsfähig ist (vgl. Notfallplanung in Kapitel 5, Seite 44). Die oben genannte Patientenverfügung gibt keine Antwort für die Behandlungsfrage in einem akuten lebensbedrohlichen Notfall, wie zum Beispiel bei einem Unfall oder einem plötzlichen Herzstillstand. Deshalb greift die Patientenverfügung in diesem Fall nicht.

Die Krisenplanung gibt konkrete Empfehlungen zum Beispiel zur medikamentösen Behandlung bei Beschwerden am Lebensende. Um missverständliche Entscheidungen, die in ihrer Folge weitreichend sein können, zu vermeiden, sollte der Notfall- und Krisenplan ausschließlich mit einem speziell ausgebildeten Gesprächsbegleitenden und/oder dem Hausarzt bzw. der Hausärztin ausgefüllt und besprochen werden.

Vertreterdokumentation

Mit einer Vertreterdokumentation kann der mutmaßliche Wille einer Person ermittelt und niedergeschrieben werden, die aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung oder Behinderung nicht (mehr) selber ihre Vorstellungen und Behandlungswünsche entwickeln und dokumentieren kann. Der mutmaßliche Wille beruht dann auf konkreten Quellenangaben, die eine Basis sein können, um die bestmögliche Entscheidung im Sinne der betreuten Person zu begründen.

(Quelle: von Schmude, 2021, S. 18, 24, 26, 43-46.)

Ausgangssituation in Nordrhein-Westfalen

In NRW haben sich nebeneinander unterschiedliche Umsetzungswege für GVP nach § 132g SGB V entwickelt, die derzeit in der Anwendung sind. Als Best-Practice-Beispiele seien hier beispielhaft genannt:

- **Rhein-Kreis Neuss**
ACP im Rhein-Kreis-Neuss
Hauptmerkmal: träger- und einrichtungübergreifender Gesprächsbegleiterinnen- bzw. -begleiter-Pool
- **Malteser Deutschland GmbH**
Schulung und Implementierung von GVP nach § 132g SGB V auf Trägerebene
- **Städteregion Aachen**
Schulung und Implementierung von GVP nach § 132g SGB V mit systemischem Ansatz
- **St. Augustinus-Gruppe Neuss**
Schulung und Implementierung auf Trägerebene mit Fokus auf der Eingliederungshilfe

Im Januar 2019 hat ALPHA NRW eine Expertenrunde einberufen, um den Stand der Umsetzung von GVP nach § 132 g SGB V in Nordrhein-Westfalen zu eruieren und einen ersten landesweiten Austausch zum Thema zwischen allen relevanten Akteurinnen und Akteuren zu ermöglichen. Unter den rund 20 Teilnehmenden waren Expertinnen und Experten, die konkret mit der praktischen Umsetzung des neuen Instruments befasst sind, wie auch Vertreterinnen und Vertreter von Trägerverbänden, Aufsichtsbehörden sowie aus der Wissenschaft. Als ein Ergebnis der Veranstaltung wurden Aussagen zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132 g SGB V mit folgendem Inhalt gemeinschaftlich formuliert⁶:

- GVP nach § 132g SGB V kann sinnvoll nur im Kontext eines einrichtungsumfassenden Konzepts von Hospizkultur und Palliativversorgung implementiert werden, deshalb sollte GVP Bestandteil zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung innerhalb stationärer Einrichtungen sein.
- Unterschiedliche Umsetzungspraktiken sollten nebeneinander bestehen können, mit individuellen Lösungen sowohl auf der Ebene der Bewohnerinnen und Bewohner als auch auf der Ebene der Einrichtungen.
- Ein Austausch über die gelebte Praxis der Umsetzung sollte angeregt bzw. ermöglicht und organisiert werden.
- Das Instrument GVP nach § 132g SGB V kann Palliative-Care-Kompetenz in der Einrichtung nicht ersetzen.
- Die Besonderheiten der Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen berücksichtigt werden.
- Um die geforderte externe Vernetzung zu befördern, sollten ggf. Kommunen eine koordinierende oder initiiierende Rolle übernehmen.
- Es sollten Anreize zur Umsetzung für die Einrichtungen und Träger geschaffen werden.
- Handlungsleitende Umsetzungskonzepte sollten entwickelt werden und für die Einrichtungen zugänglich sein.
- Die Umsetzung bedarf auch der finanziellen Unterstützung.
- Um einen übergeordneten Austausch zu GVP nach § 132g SGB V zu gewährleisten, sollte ein Gremium etabliert oder genutzt werden, wie bspw. die AG Hospiz im MAGS NRW unter Einbeziehung der Alten- und der Eingliederungshilfe, der Kommunen und Rettungsdienste.

⁶ Im Folgenden zitiert aus dem internen Protokoll der Expertenrunde.

Aus der Expertenrunde heraus konnte die Einsicht gewonnen werden, dass weniger die Beförderung eines bestimmten Schulungs- und Umsetzungskonzeptes für Nordrhein-Westfalen als sinnvoll erachtet wird, als vielmehr eine Unterstützung und Vernetzung der unterschiedlichen Initiativen und Angebote im Land. Dies wurde auch von ALPHA NRW als Leitgedanke mitgenommen in die Begleitungs- und Beratungstätigkeit bei bereits begonnenen Implementierungsprozessen.

Ebenso zeigte sich, dass die in der vertraglichen Vereinbarung zu GVP nach § 132g SGB V geforderten Vernetzungsanforderungen bislang nicht oder nur sehr eingeschränkt umgesetzt wurden. Hieraus entwickelte sich die Idee, seitens des Landes im Rahmen eines Projektes durch die ALPHA-Stellen den Prozess der regionalen Vernetzung im Kontext von GVP nach § 132 g SGB V modellhaft anzuregen und zu begleiten. Erkenntnisse aus einem solchen Projekt sollten es ermöglichen, unterstützende Handlungsempfehlungen zu formulieren, die auf weitere Regionen angewendet werden können. Diese Überlegungen führten zur Konzeption des hier im Ergebnis vorliegenden Projektes.

Gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

Selbstbestimmung ist ein hohes Gut unserer Gesellschaft. Um sicherzustellen, dass der eigene Wille auch in Situationen gewahrt wird, in denen Betroffene nicht mehr selbst entscheiden oder einwilligen können, dokumentieren heute immer mehr Menschen frühzeitig ihre Voraussetzungen über zukünftige medizinische und pflegerische Behandlungen, etwa in Form einer Patientenverfügung. Die Anzahl der Menschen, die eine Patientenverfügung erstellt haben, ist in den vergangenen zehn Jahren erheblich angestiegen. Eine beachtliche Aufmerksamkeit für die dokumentierte Vorausverfügung löste nicht zuletzt das Dritte Gesetz zur Änderung im Betreuungsrecht, umgangssprachlich Patientenverfügungsgesetz, im Jahr 2009 aus⁷. Inzwischen haben 43 Prozent der Deutschen eine Patientenverfügung erstellt, 2012 lag diese Anzahl erst bei 26 Prozent⁸. Dies bedeutet aber auch, dass immer noch von über 50 Prozent der deutschen Bevölkerung keine schriftlichen Willensbekundungen für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit vorliegen. Doch eine aussagekräftige Dokumentation der vorausverfügten Entscheidungen ist eine wichtige Säule zur Wahrung der Patientenautonomie in der letzten Lebensphase und die konkrete Umsetzung dieser Entscheidungen liegt im Fall einer Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen in den Händen der an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Personen bzw. des oder der Vorsorgebevollmächtigten.

Das Leistungsangebot von GVP nach § 132g SGB V richtet sich an Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, die durch besonders ausgebildete Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter zur medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, sowie Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt bekommen. An der Umsetzung der gesundheitlichen Versorgung sind nicht nur die Mitarbeitenden der stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen beteiligt, sondern es werden auch andere Akteurinnen und Akteure einbezogen, wie zum Beispiel behandelnde Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Mitarbeitende aus der sozialen Arbeit, der Hospiz- und Palliativversorgung und der Seelsorge. Darüber hinaus soll in möglichen Notfallsituationen die erforderliche Übergabe der betroffenen Person an Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden⁹.

Für die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist die Umsetzung dieser Leistung nicht verpflichtend. Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die GVP nach § 132g SGB V anbieten wollen, müssen sich konzeptionell neu aufstellen. Dazu gehören neben der Qualifikation der Gesprächsbegleitenden auch die Bereitstellung weiterer Ressourcen innerhalb und außerhalb der Einrichtung. Ohne eine externe Vernetzung und verbindliche Vereinbarungen für eine gemeinsame sektorenüber-

greifende Versorgung und das gegenseitige Vertrauen der Vernetzungspartnerinnen und -partner laufen die in der GVP nach § 132g SGB V geäußerten Wünsche für die letzte Lebensphase der Betroffenen häufig ins Leere. In der Rahmenvereinbarung¹⁰ über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wird auf die Notwendigkeit einer Vernetzung, insbesondere auch mit hospizlich-palliativen Leistungsanbietenden hingewiesen (§ 11 der Rahmenvereinbarung), da GVP nach § 132g SGB V in Deutschland eng mit einer Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeeinrichtungen verwoben ist.



GVP nach § 132g SGB V

- GVP nach § 132g SGB V wurde 2015 mit dem Hospiz- und Palliativgesetz als mögliches durch die Krankenkassen finanziertes Angebot etabliert.
- GVP nach § 132g SGB V ist gesetzlich bisher auf Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe beschränkt.
- Ziel ist es, das Selbstbestimmungsrecht von Bewohnerinnen und Bewohnern zu stärken, zu fördern und in Krisensituationen zu berücksichtigen, auch dann, wenn sie selbst nicht mehr entscheiden können.
- Um den Willen der Bewohnerinnen und Bewohner zu ermitteln, können Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe Beratungsgespräche anbieten.
- Für die qualifizierten Beratungsgespräche werden speziell geschulte Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter eingesetzt (Durchführung durch qualifiziertes Personal in der eigenen Einrichtung, Durchführung durch qualifiziertes Personal des Einrichtungsträgers oder Durchführung mit externen regionalen Anbietern).
- Um GVP nach § 132g SGB V umzusetzen, ist die Beteiligung einrichtungsinterner und externer Akteurinnen und Akteure erforderlich.
- Elemente eines Umsetzungsprogramms sind¹¹:
 - Aufsuchendes Gesprächsangebot
 - Qualifizierter Gesprächsprozess
 - Professionelle Dokumentation
 - Archivierung / Zugriff / Transfer der Dokumente
 - Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf
 - Beachtung und Befolgung durch Dritte
 - Kontinuierliche Qualitätssicherung

Gesundheitliche Versorgungsplanung und Advance Care Planning

Das Konzept der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) nach § 132g SGB V geht über die traditionelle Patientenverfügung hinaus und strebt eine gemeinsame Entscheidungsfindung zukünftiger Behandlungen für den Fall einer Einwilligungsunfähigkeit an, d.h. falls die betreffende Person nicht mehr in der Lage ist, eine Entscheidung zu bilden oder zu äußern. GVP nach § 132g SGB V geht auf das Konzept Advance Care Planning (ACP) zurück, welches im englischsprachigen Raum seit den 1990er Jahren bekannt ist. Dabei ist ACP nicht als ein definiertes Handlungskonzept zu verstehen, sondern stellt einen Rahmen her, um über wesentliche Fragen am Lebensende in einer strukturierten Art und Weise nachzudenken und diese Gedanken zu dokumentieren. Im Zentrum des ACP steht ein qualifizierter Gesprächsprozess zwischen der betroffenen Person und dem Gesprächsbegleiter, bzw. der Gesprächsbegleiterin, worin der- oder diejenige Gelegenheit erhält, ihre Lebenswerte, Grundhaltungen und Ziele zu reflektieren und im Hinblick auf

⁷ § 1901 BGB

⁸ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/81737/Zahl-der-Patientenverfuegungen-gestiegen>

⁹ https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_132g.html

¹⁰ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitsliche_versorgungsplanung.jsp

¹¹ Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin DOI 10.1055/s-0042-118690

zukünftige Gesundheitssituationen seine bzw. ihre Behandlungsentscheidungen zu überlegen und zu dokumentieren¹². Zu den Gesprächen sollten behandelnde Haus- und Fachärzte und -ärztinnen sowie die bevollmächtigte Vertrauensperson des bzw. der Betroffenen miteinbezogen werden. Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin kann bspw. mit der Erklärung des erwartbaren Krankheitsverlaufs eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin und der Aufklärung über die daraus absehbaren zukünftigen medizinischen Behandlungen unterstützen, damit die verfügende Person ihre Behandlungsentscheidungen wohlüberlegt treffen kann. Die Anwesenheit einer Vertrauensperson kann es der betroffenen Person möglicherweise erleichtern über ihre Einstellungen zum Leben, schwerer Krankheit und Sterben zu sprechen und Entscheidungen zu treffen bzgl. relevanter Situationen, die am Lebensende eintreten können. Ist diese Vertrauensperson auch gleichzeitig die bevollmächtigte Person, erleichtert dieser die Teilnahme am Gespräch, die von der vorausverfügenden Person getroffenen Entscheidungen nachzuvollziehen und im Falle einer zukünftigen Einwilligungsunfähigkeit den Behandlungswillen der verfügenden Person durchzusetzen. In dem Gespräch werden auch Notfallszenarien thematisiert und die Möglichkeiten der palliativen Versorgung und der Sterbebegleitung aufgezeigt. Die Steuerung dieser Gesprächsprozesse übernehmen die Gesprächsbegleitenden.

Auch in Deutschland werden ACP-Konzepte in verschiedenen Settings umgesetzt. Durch den gesetzlichen Rahmen (Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V) liegt der bisherige Schwerpunkt des Einsatzes in stationären Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe. Dabei findet die Implementierung bisher stärker auf institutionellen Ebenen und weniger in regionalen Verbänden statt. Als messbares Primärziel wird häufig die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen genannt. Zur Anwendung kommen bisher verschiedene Dokumentationssysteme, in denen die vorausverfügenden Wünsche und Willen der Vorausplanenden festgehalten werden, die nicht einheitlich verwendet werden und auch nicht öffentlich zugänglich sind. Auch die aktuellen Ausbildungskonzepte und Kommunikationstrainings (Stand Oktober 2022) bereiten die Beratungspersonen unterschiedlich auf ihre Aufgabe vor.

GVP nach § 132g SGB V orientiert sich an den Grundsätzen der medizinischen Prinzipienethik: am Respekt vor der Autonomie, am Wohltun und am Nicht-Schaden¹³, nach dem jeder Mensch in die Lage einer freien Entscheidung versetzt wird, sich behandeln oder nicht behandeln zu lassen. Durch diese Grundsätze ist auch die bevollmächtigte Vertrauensperson geschützt, wenn sie den Willen der betreffenden Person in der letzten Lebensphase durchsetzt und dabei berücksichtigt, dass eine medizinische Behandlung oder der Verzicht darauf den Lebenswerten der vertretenen Person nicht schadet¹⁴.

Regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V – Ein Projekt für Nordrhein-Westfalen

Zur Unterstützung der unterschiedlichen Umsetzungsbemühungen von der Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V initiierte ALPHA NRW das hier dokumentierte Projekt mit dem Ziel, die Vernetzung der handelnden Akteurinnen und Akteure zu fördern und sektorenübergreifende Abstimmungsprozesse anzustoßen, damit Verfahren und Abläufe in den Regionen entstehen können. Weil unterschiedliche Ausbildungskonzepte der teilnehmenden Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter und fehlende einheitliche Vorgaben zur Umsetzung auf der Handlungsebene bisher dazu führten, dass Elemente von GVP nach § 132g SGB V (wie z.B. Notfalldokumente) von unterschiedlichen Anbietern in einer Region isoliert entwickelt und eingesetzt wurden, sollen die gemeinsamen regionalen Möglichkeiten eine Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in den verschiedenen Projektregionen in Gang bringen und etablieren. Die aus der exemplarischen Begleitung der Projektregionen gewonnenen Erkenntnisse sollten auf ihre Übertragbarkeit hin geprüft und als Handlungsempfehlungen anderen Regionen im Land den Einstieg in eine regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V erleichtern.

¹² Coors, M.; Jox, R.; in der Schmitten, J. (2015): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung. Kohlhammer.

¹³ Marckmann, G. (2013): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? Online: <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/prinzipienethik-2013.pdf>

¹⁴ Coors, M.; Jox, R.; in der Schmitten, J. (2015): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung. Kohlhammer.



Eckdaten des Projektes

- Projektzeitraum: Juli 2019 - Juli 2021
- Projektförderung: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW
- Projektträger: Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA NRW)
- Projektkoordination: ALPHA Rheinland (Bonn)
- vier Projektregionen: Stadt Bonn & Rhein-Sieg-Kreis, Eifel, Kreis Borken, Stadt Bielefeld

Das Projekt: Der organisatorische Aufbau

Im Rahmen des Projektes wurden vier Regionen in NRW ausgewählt und modellhaft unterstützt, um die notwendigen Umsetzungsschritte zur regionalen Implementierung GVP nach § 132g SGB V zu identifizieren und Qualitätskriterien in regionalen Netzwerken beschreiben zu können. Das Projekt wurde gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, von ALPHA NRW getragen und durch eine zentrale Projektleiterin gesteuert.

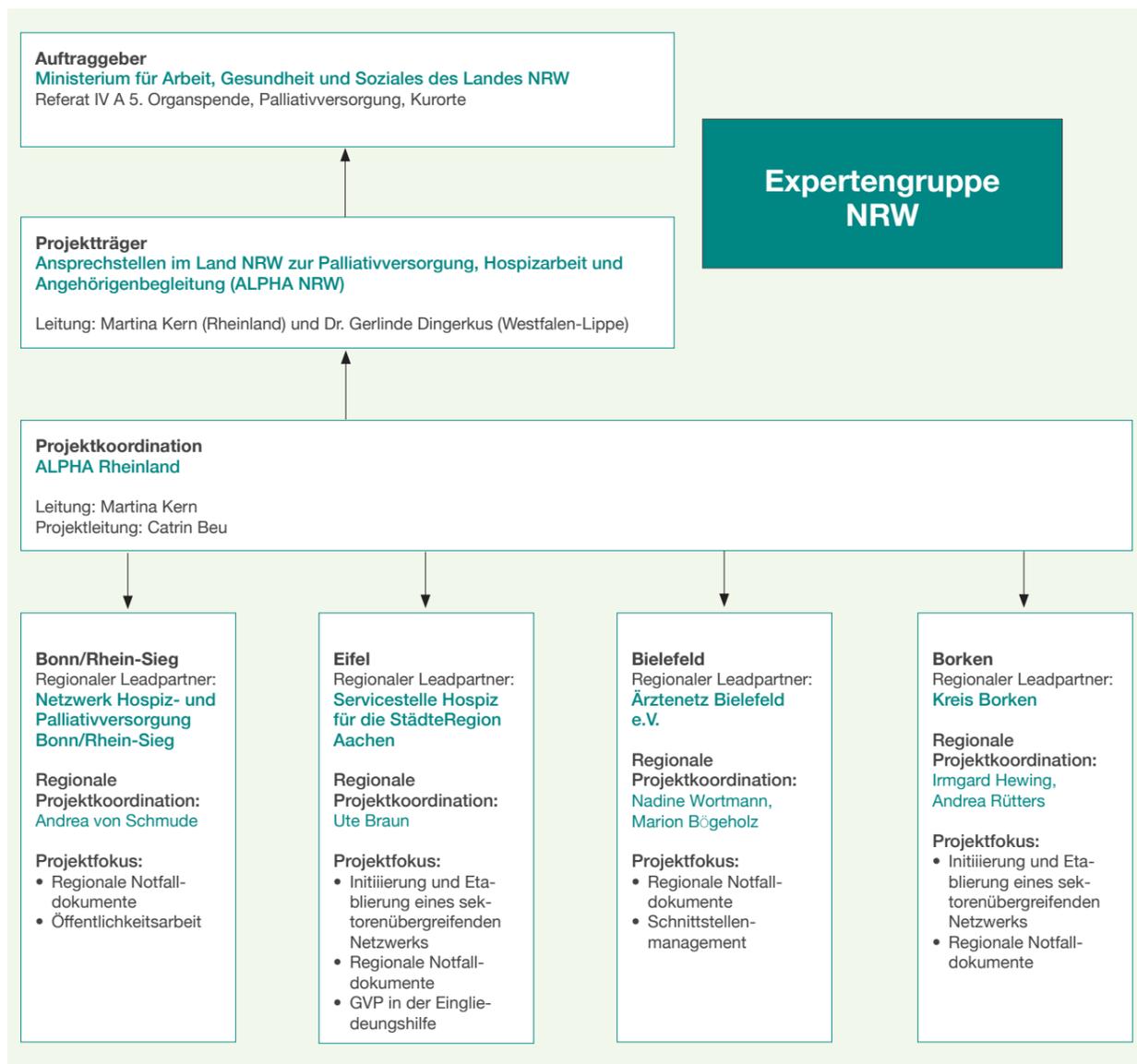
In jeder Region wurde ein eigenes Projektteam mit einer Projektkoordinatorin gegründet. Den jeweiligen regionalen Projektteams oblag in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der regionalen Runden Tische, die Identifizierung der jeweiligen regionalen Bedarfe und die Priorisierung der Umsetzungsschritte und Qualitätskriterien. Die Projektleitung, bei der die Informationen aller vier Regionen zusammenliefen, konnte hier beratend und begleitend unterstützen.

Von Beginn an stieß das Projekt sowohl bei den regionalen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens als auch auf kommunaler Ebene auf großes Interesse, so dass die Kommunen das Projekt ideell unterstützten (siehe Kapitel 3: Kommunen als Netzwerkpartner).



Auswahl der Projektregionen

Bei der Auswahl der Projektregionen war die Unterschiedlichkeit der Ausgangslagen ausschlaggebend. Auswahlkriterien waren bspw. städtische und ländliche Strukturen, unterschiedliche Umsetzungsgrade von GVP nach § 132g SGB V in den stationären Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe, verschieden stark ausgeprägte Netzwerkstrukturen im Bereich der Gesundheitsversorgung und nicht zuletzt das Interesse der regionalen Akteurinnen und Akteure, an einem solchen Projekt mitzuwirken.



Organigramm der Projektbeteiligten und regionalen Themenschwerpunkte

Im Vorfeld der Auswahl der Projektregionen und zu Beginn der Projektarbeit in den Regionen war zunächst eine Analyse der jeweiligen Ausgangssituation anhand nachfolgender Fragen erstellt worden:

- Welche Akteurinnen und Akteure sind in der gesundheitlichen Versorgung aktiv?
- Gibt es bereits Netzwerke rund um die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Patientinnen und Patienten?
- Welche Hospiz- und Palliativstrukturen sind in der Region vorhanden?
- Wie viele Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe gibt es, in denen GVP nach § 132g SGB V bereits angeboten wird?
- Wie viele ausgebildete Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter für GVP nach § 132g SGB V gibt es bereits?
- An welche Adressatenkreise richten sich die vorhandenen Angebote?

Nach der Gründung der vier Projektteams, wurde die oben beschriebene Analyse intensiviert und konkrete Kontakte hergestellt, wenn nicht wie im Fall von vorhandener Netzwerke bereits geschehen.

Der Projektauftritt in den vier Projektregionen

Auf die Beantwortung dieser Basisfragen folgte jeweils eine eigene regionale Auftaktveranstaltung, zu der alle relevanten Akteurinnen und Akteure eingeladen wurden. Dazu zählten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte aus stationären Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe sowie ambulante Dienste, Vertreterinnen und Vertreter aus Krankenhaus und Hausärzteschaft sowie dem Rettungsdienst, Gesprächsbegleitende für GVP nach § 132g SGB V, Mitarbeitende der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste sowie kommunale Vertreterinnen und Vertreter.

Neben der Information über die Relevanz von GVP nach § 132g SGB V für die gesundheitliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern wurden mittels Themencafés zu verschiedenen Leitthemen erste Stimmungsbilder zu den Bedarfen in der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für das Lebensende ermittelt. Zudem wurde in den Auftaktveranstaltungen für die aktive Mitarbeit an den Runden Tischen, in deren Rahmen nach der Auftaktveranstaltung weitergearbeitet werden sollte, geworben.



Leitfragen zur Ermittlung der regionalen Bedarfe

Gemeinsam am Runden Tisch

Von Januar 2020 bis Ende März 2021 fanden in den vier Regionen jeweils drei bis vier Runde Tische statt, in denen die obengenannten Leitthemen und die in den Auftaktveranstaltungen ermittelten Bedarfe vertieft wurden. Diese von den regionalen Projektkoordinatorinnen und der überregionalen Projektleitung moderierten Arbeitsgruppen bildeten sich aus Akteurinnen und Akteuren der zum Teil bereits bestehenden regionalen Netzwerke rund um die Hospiz- und Palliativversorgung sowie den Teilnehmenden der Auftaktveranstaltung. Gemeinsam wurde an Strukturen, Dokumenten, Leitlinien und Lösungsansätzen gearbeitet. Die Umsetzung der in den Runden Tischen erarbeiteten Lösungsansätze wurde im Laufe der Projektzeit angestoßen. Die Mitglieder der jeweiligen Runden Tische beschlossen im Konsens welchen Implementierungsschritten sie die größte Dringlichkeit in ihrer Region beimaßen und deren Umsetzung sie Vorrang gaben.

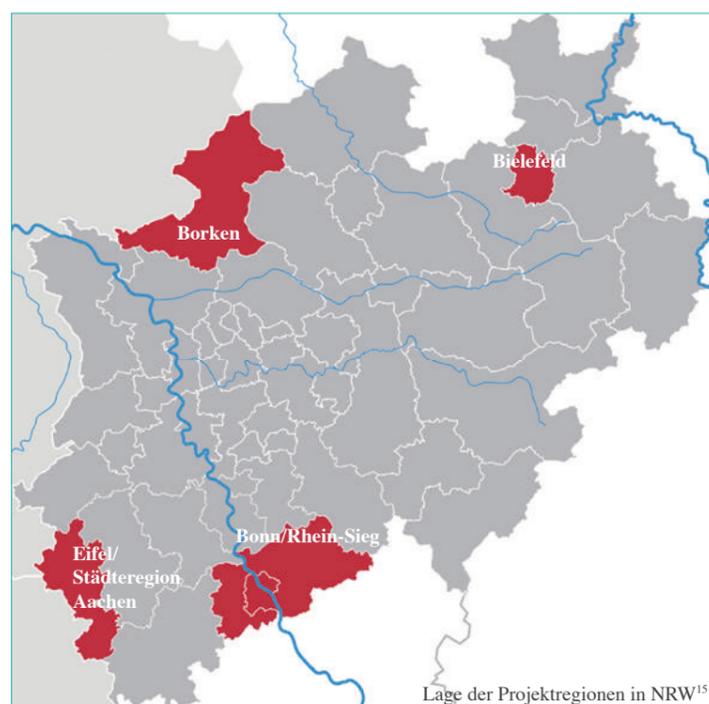
Trotz der regional unterschiedlichen Gegebenheiten kristallisierten sich durch den stetigen Austausch zwischen den regionalen Teams mit der überregionalen Projektleitung sowie einer gemeinsam unternommenen SWOT-Analyse im Verlaufe des Projektes übergreifend gültige Faktoren heraus, die zu einem guten Gelingen von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk wesentlich beitragen.



Kapitel 2 Die Regionen

These: Die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V hängt stark von den regionalen Strukturen ab, wie bspw. dem Grad der Etablierung von Hospiz- und Palliativkultur sowohl in den stationären Einrichtungen als auch in der gesamten Region, von bereits gewachsenen sektorenübergreifenden Kooperationen und Prozessen, wie bspw. Netzwerke der hospizlichen- und palliativen Versorgung, aber auch von Faktoren wie Flächengröße und Bevölkerungsdichte einer Region (vgl. Kapitel 1: Auswahl der Regionen).

Im Fokus des Projektes stand die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in vier Projektregionen. Den Herausforderungen stellten sich die Region Bonn/Rhein-Sieg, die Eifel, die Stadt Bielefeld und der Kreis Borken. Dabei legte jede Projektregion ihre eigenen Schwerpunktthemen und Projektziele gemeinsam mit dem jeweiligen regionalen Projektteam und der überregionalen Projektleitung fest.



Lage der Projektregionen in NRW¹⁵



Lage der Region Bonn/Rhein-Sieg in NRW¹⁶

Region Bonn und Rhein-Sieg-Kreis

Die kreisfreie Bundesstadt Bonn und der Rhein-Sieg-Kreis liegen im Südwesten Nordrhein-Westfalens. Die Region umfasst urbane und verdichtete Zentren mit der kreisfreien Stadt Bonn und den kreisangehörigen Städten und Gemeinden des Rhein-Sieg-Kreises sowie eine Vielzahl von Mittelzentren bis hin zum Teil dünn besiedelte, ländliche Gegenden.

Mit rund 330.000 Einwohnerinnen und Einwohnern gehört die Stadt Bonn zu den 20 größten Städten Deutschlands und zu den zehn größten Städten NRWs. Der Rhein-Sieg-Kreis umfasst 19 kreisangehörige Städte und Gemeinden, in welchen rund 600.000 Menschen leben.

Die Stadt Bonn liegt am Rhein und ist mit einer mehr als 2000-jährigen Geschichte eine der ältesten Städte Deutschlands. Von 1949 bis 1990 war Bonn Bundeshauptstadt und bis 1999 Regierungssitz der Bundesrepublik Deutschland. Seit dem Bonn/Berlin-Gesetz haben sechs Bundesministerien und zahlreiche Bundesbehörden ihren Sitz in Bonn. Darüber hinaus ist Bonn Zweitsitz der Bundesregierung, Sitz der UN und zahlreicher Nichtregierungsorganisationen. Die Stadt Bonn wird fast vollständig von den Städten und Gemeinden des Rhein-Sieg-Kreises umschlossen. Im Süden grenzen Bonn und Rhein-Sieg-Kreis an das Bundesland Rheinland-Pfalz, im Norden grenzt der Rhein-Sieg-Kreis an die Stadt Köln und den Rhein-Erft-Kreis, im Osten an den Oberbergischen Kreis und den Rheinisch-Bergischen Kreis und im Westen an den Kreis Euskirchen.

Die Region bietet einen breiten Branchenmix mit Unternehmen, die auch von überregionaler Bedeutung sind. Darüber hinaus liegen die Schwerpunkte in den Unternehmensbereichen Medien, Kommunikation und Nachhaltigkeit. Die Kernstadt Bonn sowie die kreisangehörigen Städte sind Standorte für Hochschulen, Wissenschaft, Forschung, Lehre und Kunst, die ländlichen Räume sind geprägt durch Landwirtschaft in Obst-, Gemüse- und Gartenbau.

Gemeinsam bilden die Bundesstadt Bonn und der Rhein-Sieg-Kreis eine der beiden Projektregionen aus dem Rheinland. Stadt und Kreis sind komplett eigenständig, pflegen allerdings seit vielen Jahren eine enge Zusammenarbeit in vielen öffentlichen Bereichen, wie bspw. in der Verkehrsplanung, der Flächenentwicklung, im Umweltschutz und in Bildung und Fachkräfteentwicklung¹⁷. Auch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung erfolgt in vielen Bereichen grenzübergreifend und in der Hospiz- und Palliativversorgung gehen die Stadt Bonn und der Rhein-Sieg-Kreis seit langem einen gemeinsamen Weg, etwa in dem Zusammenschluss des Netzwerks Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg. Daher lag die Entscheidung nahe, auch für die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V eine gemeinsame Projektregion zu bilden.



Gesundheitliche Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase in Bonn/Rhein-Sieg

In Bonn und im Rhein-Sieg-Kreis gibt es rund 150 stationäre Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe. Siebzehn ambulante Hospizdienste, drei stationäre Hospize und vier Palliativstationen versorgen und begleiten schwer kranke und sterbende Menschen^{18,19}. Immer mehr Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe machen sich auf den Weg, um ihre Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende auch hospizlich-palliativ versorgen zu können. Um diese Entwicklung zu unterstützen, werden seit den 1990er Jahren in Bonn Kurse zur Hospiz- und Palliativversorgung für verschiedenen Zielgruppen angeboten. Seit 2018 werden an der Bonner Akademie für Palliativmedizin auch Kurse zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V angeboten.

Bei Projektbeginn existierten in der Region verschiedene Herangehensweisen zur Implementierung von GVP-Konzepten, die jedoch überwiegend auf institutioneller und weniger auf regionaler Ebene stattfanden. Einige der stationären Einrichtungen hatten bereits speziell geschulte GVP-Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter ausbilden lassen oder eingestellt, um mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern deren Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase zu ermitteln und zu dokumentieren. Doch GVP nach § 132g SGB V wurde noch längst nicht in allen stationären Einrichtungen in Bonn/Rhein-Sieg angeboten und viele Akteurinnen und Akteure innerhalb und außerhalb der Einrichtungen kannten das Beratungsangebot bislang nicht.

¹⁷ <https://www.bonn.de/themen-entdecken/wirtschaft-wissenschaft/regionale-zusammenarbeit.php>

¹⁸ <https://hospizforum-bonn-rheinsieg.de>

¹⁹ In der Adresssuche von ALPHA NRW kann unter <https://alpha-nrw.de/adressen> nach Adressen der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz NRW gesucht werden.

^{15, 16} Bildnachweis: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:North_rhine_w_BN.svg (bearbeitet)

Die Relevanz einer regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V verdeutlicht die häufig geäußerte Fragestellung, wie in möglichen Krisensituationen gehandelt werden kann. Im Austausch mit Pflegefachkräften, Notfallmedizinerinnen und -medizinern sowie dem Rettungspersonal wurde deutlich, dass in den stationären Einrichtungen in Krisensituationen oft Handlungs- und Rechtssicherheit fehlt. Ein wichtiges Ziel sollte daher die Erstellung eines regional einsetzbaren Notfalldokuments sein. Außerdem bestand der Wunsch, das Beratungs- und Vernetzungsangebot verstärkt in der Öffentlichkeit als auch bei den betroffenen Berufsgruppen bekanntzumachen.

Leadpartner des Projektes in der Region war aufgrund seiner bereits etablierten Vernetzungsstrukturen und seiner Kompetenz das Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg. Ideelle Projektpartner waren die Bundesstadt Bonn und der Rhein-Sieg-Kreis.



Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg

- 2016 gegründet, bildet es einen Zusammenschluss der regionalen Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens.
- Es bündelt die regionalen Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung und fördert die Zusammenarbeit der Beteiligten.
- Ziel ist es, schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen den Zugang zu den Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung in der Region Bonn/Rhein-Sieg zu erschließen, auszubauen und dabei vorhandene Ressourcen und Kompetenzen zu nutzen.
- Fort- und Weiterbildungsangebote innerhalb des Netzwerkes sollen die Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern.
- Teil des Netzwerkes ist das seit 2011 stiftungsgeförderte Hospiztelefon Bonn als eine unparteiliche Beratungs- und Vermittlungsstelle für Bürgerinnen und Bürger zur Information über den Hospiz- und Palliativbereich und seit 2019 das Ambulante Ethik Komitee, das bei strittigen Fragen zur Umsetzung des Patientenwillens angefragt werden kann.

Region Eifel

Die Region Eifel besteht aus den Gemeinden Simmerath, Monschau und Roetgen. Mit ihren rund 37.000 Einwohnerinnen und Einwohnern gehört sie zur Städteregion Aachen und liegt im Südwesten NRWs, am Dreiländereck mit den Niederlanden und Belgien.

Die Städteregion Aachen ist ein innovativer Verband aus den Städten Aachen, Alsdorf, Baesweiler, Eschweiler, Herzogenrath, Monschau, Stolberg und Würselen sowie den Gemeinden Simmerath und Roetgen. Seit 2009 bündelt die Städteregion Aachen (früher: Kreis Aachen) viele Leistungen rund um die Themen Lernen, Leben, Soziales und Freizeit mit dem Ziel, die Lebensqualität ihrer Einwohnerinnen und Einwohner stetig zu verbessern.



Regionale Schwerpunkte in der Wirtschaftsstruktur der Städteregion Aachen sind ein starkes verarbeitendes Gewerbe und die untrennbar damit verbundenen Wissenschaftseinrichtungen. Durch die beiden Aachener Hochschulen ergibt sich eine besonders dichte und technologieorientierte Unternehmensstruktur. Eine ausgedehnte Struktur an Kooperationsnetzwerken macht die Städteregion Aachen zu einer Technologielandschaft, die eine gezielte Bearbeitung von Fragestellungen sowohl seitens der Forschung als auch seitens der Industrie in einem kooperativ-interdisziplinären Forschungsumfeld ermöglicht.

Die Region Eifel ist von sehr ländlichen Strukturen geprägt. Der Tourismus, die Gastronomie und der Einzelhandel sind die wichtigsten Wirtschaftszweige. Monschau hat mit seinen etwas mehr als 12.000 Einwohnerinnen und Einwohnern seit dem Mittelalter Stadtrechte und ist von jeher aufgrund seiner Atmosphäre touristisch geprägt. Simmerath (15.172 Einwohnende), die größte Kommune, und Roetgen (8.443 Einwohnende) haben ebenfalls eine je eigene Verwaltung und ein Bürgermeisteramt vor Ort. Aktive Pfarrgemeinden, Schulen, Schwimmhallen und gute Einkaufsmöglichkeiten prägen alle drei Kommunen, die nach wie vor beständig wachsen.

Gesundheitliche Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase in der Eifel

In den sechs Einrichtungen der Altenhilfe und den zwei Einrichtungen der Eingliederungshilfe können insgesamt bis zu 433 Bewohnerinnen und Bewohner stationär versorgt werden. Darüber hinaus hält die Region auch Angebote des Betreuten Wohnens, der Tagespflege, ambulanter Pflege- sowie Palliativpflegedienste und ambulanter Hospizdienste vor. In Simmerath gibt es ein Krankenhaus und eine Alltagspsychiatrische Tagesklinik. Das Krankenhaus, das neben intensivmedizinischen Leistungen und einem Kreißsaal auch Palliativbetten vorhält, sollte aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen werden, wird aber von der Bevölkerung wie von der Politik einheitlich gewollt und unterstützt.

Trotz einer guten Netzwerkanbindung an die Städteregion Aachen sind die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung in der Eifel, aufgrund der ländlichen Strukturen zum Teil auf andere Versorgungswege und -abläufe angewiesen und mit anderen Herausforderungen konfrontiert. Diesen besonderen Strukturen sollte im Rahmen des Projektes Rechnung getragen werden.

Zu Projektbeginn stand die Implementierung von GVP nach § 132g SGB V sowohl institutionell sowie regional noch recht am Anfang. Eine auffallende Besonderheit war, dass die beiden Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor Ort bereits früher als die Altenhilfe mit dem Einsatz von GVP nach § 132g SGB V begonnen und bereits zwei GVP-Gesprächsbegleiterinnen ausgebildet hatten, während GVP nach § 132g SGB V in den Einrichtungen der Altenhilfe zu Projektbeginn noch nicht angeboten wurde²¹.



Zum Teil fanden die Runden Tische in der Region Bonn/Rhein-Sieg pandemiebedingt als Videokonferenz statt.

²⁰ Bildnachweis: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:North_rhine_w_BN.svg (bearbeitet)

²¹ Aufgrund des fortgeschrittenen Alters der Bewohnerinnen und Bewohner und der zum Teil bereits vorhandenen Palliativversorgung in den Einrichtungen, ist es allgemein häufiger die Altenhilfe, die sich zuerst mit der Umsetzung von GVP beschäftigt.



Obwohl viele Akteurinnen und Akteure in der Region an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und der Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Einrichtungen beteiligt waren, hatte hier bislang kaum eine Vernetzung der Beteiligten stattgefunden. Um GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk umzusetzen, lag somit ein intensiver Fokus auf der Vernetzung dieser Beteiligten. Dabei sollte ein Schwerpunkt darin liegen, die lokalen Hausärztinnen und Hausärzte für dieses neu entstehende Netzwerk und die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V zu gewinnen.

Durch den Austausch konnten während des Projektzeitraums deutliche Entwicklungsschritte erfolgen und erste regionale Umsetzungsstrukturen geschaffen werden.

Leadpartner des Projektes in der Region war aufgrund ihrer bereits etablierten Vernetzungsstrukturen und ihrer Kompetenz im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung die Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen. Ideelle Projektpartner waren die Stadt Monschau und die Gemeinden Simmerath und Roetgen.



Netzwerke zur Gesundheitlichen Versorgung

- Mit dem Palliativen Netzwerk für die StädteRegion Aachen e.V. und der Servicestelle Hospiz blickt die Städteregion Aachen auf eine lange Geschichte einer guten Vernetzung zwischen Regelversorgung und spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung zurück.
- Die Servicestelle Hospiz wird größtenteils aufgrund von freiwilligen Zuschüssen der Kommune finanziert.
- Aufgabe dieser Stelle ist seit 2001 u.a. der Ausbau der regionalen Vernetzung der palliativen Akteurinnen und Akteure mit der Regelversorgung.
- Weitere Aufgaben der Servicestelle liegen in der Weiterentwicklung eines städte-regionsübergreifenden Netzwerkes, der Fort- und Weiterbildung für professionelle und ehrenamtliche Fachkräfte, der Organisation der Aachener Hospizgespräche, der Beratung und Betreuung des Hospiztelefons sowie der Öffentlichkeitsarbeit für das Netzwerk.
- Seit 2009 bietet das Palliative Netzwerk für die StädteRegion Aachen in Kooperation mit dem Caritasverband des Bistums Aachen e.V. regional und überregional Implementierungsprojekte zum Thema Palliative Care und Hospizarbeit für Einrichtungen der vollstationären Alten- und Eingliederungshilfe an. Seit 2018 bietet die Servicestelle Hospiz eigene Kurse zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende nach § 132g SGB V nach dem eigens entwickelten Konzept „GVP mit Aachener System“ an²².



Städte und Gemeinden der Städteregion Aachen²³



Bild: AdobeStock by ghazii

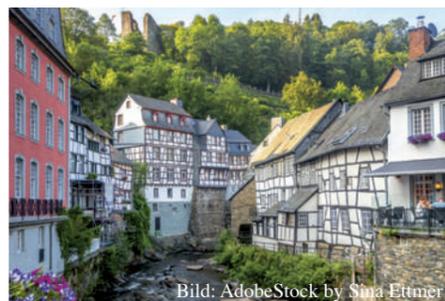


Bild: AdobeStock by Sina Ettiener

²² <https://www.servicestellehospizarbeit.de/palliatives-netzwerk-e-v/>, <https://www.bildungswerkaachen.de/index.php/bildung/kursliste/4/39/417>

²³ Bildnachweis: [https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_AC_\(2009\).svg](https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_AC_(2009).svg)

Kreis Borken

Der Kreis Borken liegt im Regierungsbezirk Münster und hat auf einer Länge von 108 Kilometern eine gemeinsame Grenze mit den Niederlanden. In den zehn Städten und sieben Gemeinden im Kreis leben rund 370.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Großen Einfluss auf die Industrialisierung der Region hatte die Textilindustrie mit großen Spinnereien, Webereien und Nähereien. Heute prägen kleine, mittelständische Unternehmen und Handwerksbetriebe die Wirtschaft im ländlichen Westmünsterland. Auch die zahlreichen landwirtschaftlichen Betriebe und der Tourismus stützen die Wirtschaftskraft des Kreises.



Lage des Kreises Borken in NRW²⁴

Gesundheitliche Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase

Im Kreis Borken leben über 14.000 pflegebedürftige Menschen, davon ca. 3.100 in über 46 vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe zur Dauerpflege. In den über 60 vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben über 1.140 Menschen.

Im Jahr 2020 hatten etwa 50 Prozent der Einrichtungen der Altenhilfe mit der Implementierung von GVP nach § 132g SGB V begonnen, wobei der Umsetzungsprozess in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich weit fortgeschritten war und sich vor allem Häuser größerer Träger auf den Weg gemacht hatten. In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe hatten zu dem Zeitpunkt etwa 25 Prozent mit der Umsetzung begonnen. Auch hier waren die Implementierungsprozesse unterschiedlich weit fortgeschritten.

Der Kreis Borken ist eine großflächige Region, was die vernetzte Gesundheitsversorgung vor größere Herausforderungen stellt. Auf einer Fläche von rund 1.421 Quadratkilometern leben in den 17 Städten und Gemeinden 262 Einwohner je Quadratkilometer (vgl. Stadt Bielefeld: Fläche: 258,82 Quadratkilometer, Bevölkerungsdichte 1.289 Einwohner je Quadratkilometer). Auch in den ländlichsten Teilen der Region muss die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung durch den Kreis Borken als Träger des Rettungsdienstes sichergestellt werden. Dazu besteht ein Netz von elf Rettungswachen, die für die Durchführung von rettungsdienstlichen Notfalleinsätzen und Krankentransporten zuständig sind.

Damit in akuten Notsituationen die Wünsche der betroffenen Person gewahrt werden können, war das primäre Projektziel die Erarbeitung eines regional einsetzbaren Notfalldokuments. Hierzu fand sich ein Arbeitskreis aus Vertreterinnen und Vertretern des Rettungsdienstes, Ärzteschaft und Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe, des Kreises Borken sowie GVP-Gesprächsbegleiterinnen zusammen.

Netzwerke zur Gesundheitlichen Versorgung im Kreis Borken

Im Kreis Borken sind viele verschiedene Akteurinnen und Akteure in der gesundheitlichen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen aktiv. Ein sektorenübergreifendes Netzwerk gab es zum Zeitpunkt des Projektbeginns bisher allerdings nicht. Damit GVP nach § 132g SGB V zukünftig flächendeckend einheitlich verstanden und verbreitet werden kann, sollte im Rahmen des Projektes die sektorenübergreifende Vernetzung der Beteiligten in den Fokus gerückt werden und ein über die Projektdauer hinweg bestehendes und kreisweites GVP-Netzwerk etabliert werden. Während große Verbände wie bspw. Caritas Ahaus-Vreden, Caritas Borken, die St. Antonius GmbH oder das Westmünsterland-Klinikum bereits über trägerinterne Netzwerkstrukturen verfügten, gab es zu Projektbeginn des Weiteren bereichsinterne Netzwerke



Städte und Gemeinden im Kreis Borken²⁵

²⁴ Bildnachweis: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:North_rhine_w_BOR.svg (bearbeitet)

²⁵ Bildnachweis: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_BOR.svg

zu Hospizarbeit und Palliativversorgung wie bspw.:

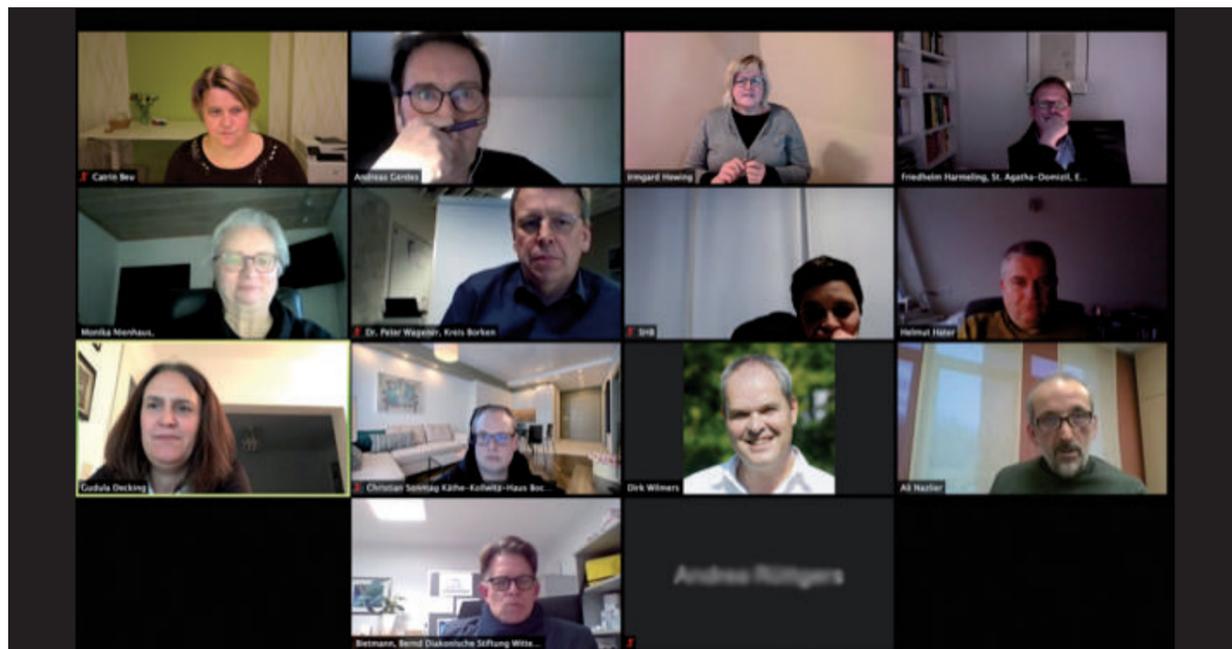
- das Hospiznetzwerk Borken als informeller Zusammenschluss der ambulanten Hospizdienste und des stationären Hospiz Stadtlohn
- regionale Treffen von Akteurinnen und Akteuren zu den Themen Palliativversorgung
- die Palliativen Konsiliardienste (PKD): Süd / Nord / Bocholt (aber kein gemeinsames Netzwerk)



Bild: AdobeStock by AnnaReiner

Ein sektorenübergreifendes Netzwerk zur Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe wurde im Jahr 2018 durch ALPHA Westfalen-Lippe initiiert. In diesen Netzwerktreffen sind Einrichtungsleitungen der Altenhilfe, Hospizdienste, PKD Nord/Süd und die Heimaufsicht des Kreis Borken vertreten. Diese Netzwerkstruktur sollte im Rahmen des Projekts ausgebaut werden.

Leadpartner des Projektes war der Kreis Borken, der personell aktiv an den Runden Tischen teilnahm und auch Zentrum des sich zum Projektende gebildeten Arbeitskreis „GVP im Kreis Borken“ ist.



Digitaler Runder Tisch im Kreis Borken



Stadt Bielefeld

Die Stadt Bielefeld liegt im Nordosten NRW im Regierungsbezirk Detmold. Mit 334.000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist sie die größte Stadt in der Region Ostwestfalen-Lippe und die achtgrößte Stadt im Bundesland. Sie ist sowohl die östlichste als auch die nördlichste kreisfreie Stadt in Nordrhein-Westfalen.

Wirtschaftlich war Bielefeld lange das Zentrum der Leinenindustrie. Heute liegt der regionale Schwerpunkt der Wirtschaftsstruktur auf der Nahrungsmittelindustrie, auf Handels- und Dienstleistungsunternehmen, der Druck- und Bekleidungsindustrie und dem Maschinenbau.

²⁶ Bildnachweis: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:North_rhine_w_BI.svg (bearbeitet)

Gesundheitliche Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase in Bielefeld

In der Stadt Bielefeld leben über 14.000 pflegebedürftige Menschen. Davon leben über 2.800 Personen in 33 stationären Einrichtungen zur Dauerpflege und über 1.830 Menschen in 68 vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Überregional bekannt sind die Von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel und das Evangelische Johanneswerk.

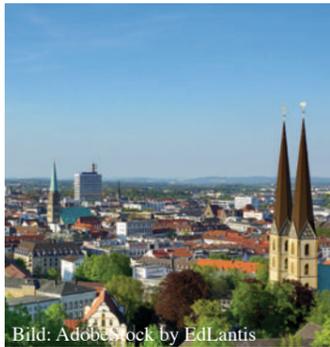


Bild: AdobeStock by EdLantis

In Bielefeld gibt es zurzeit vier Palliativpflegedienste, ca. 160 Hausärztinnen und Hausärzte und elf Palliativmedizinerinnen und -mediziner im Palliativnetz und ca. 100 ambulante Pflegedienste.

Bei Projektbeginn boten ca. 15 Einrichtungen der Altenhilfe bereits GVP-Beratungen nach § 132g SGB V an. Einige Einrichtungen der Eingliederungshilfe hatten ebenfalls bereits eigene GVP-Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter ausgebildet bzw. eingestellt.

Seit einigen Jahren gibt es in der Stadt Bielefeld das Bestreben nach einer möglichst einheitlichen Dokumentation für Pflege- und Krisensituationen. So sind bereits ein regionaler Überleitungsbogen für die Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sowie eine Notfallmappe²⁷ für palliative Patientinnen und Patienten in der Region Bielefeld etabliert. Primäres Projektziel war deshalb die Erstellung eines regional einheitlichen Dokuments für den Notfall sowie ein dazugehöriger Notfallpass.

Eine regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V bringt Auswirkungen auf Handlungsabläufe sowohl in den einzelnen stationären Einrichtungen als auch für das Handeln der Beteiligten mit sich. Damit sektorenübergreifende Prozesse etabliert werden können, braucht es eine hohe Aufmerksamkeit für die Schnittstellen zwischen den einzelnen Bereichen. Im Rahmen des Projektes galt es diese Schnittstellen zu identifizieren und zu beschreiben.

Regionale Netzwerkstrukturen und regionale Akteure Bielefeld

In Bielefeld gibt es seit Jahren gut funktionierende Netzwerke innerhalb der verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung und Pflege. Dazu zählen bspw. das Ärztenetz Bielefeld e.V., die Bielefelder Hospizinitiative und der Arbeitskreis der Altenhilfeeinrichtungen (ABAB).

Ein sektorenübergreifendes Netzwerk ist das Palliativnetz Bielefeld e.V., das sich zum Ziel gesetzt hat, schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Zugehörigen Hilfestellung und Unterstützung bei der ambulanten Versorgung zu geben. Dabei kümmert sich das Palliativnetz um die Zusammenführung aller selbstständig agierenden Akteurinnen und Akteure, die sich mit der Versorgung sterbender Menschen beschäftigen, so dass die betroffene Person passgenaue Hilfen erhält, die reibungslos ineinandergreifen.

Sektorenübergreifende Prozessabläufe werden außerdem gut sichtbar in der Zusammenarbeit zwischen dem Palliativnetz Bielefeld e.V. und dem Ärztenetz Bielefeld e.V. in der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern und der ambulant geriatrisch versorgten Patientinnen und Patienten. Die Vernetzung und der Austausch von Informationen für die optimale weitere Versorgung finden zum Teil IT-gestützt statt. Dazu gehört eine enge Zusammenarbeit mit Pflegediensten, Palliativpflegediensten, Hausärztinnen und Hausärzten, Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen, Angehörigen und allen an der Pflege beteiligten Akteurinnen und Akteuren.

Leadpartner des Projektes in der Region war das Ärztenetz Bielefeld e.V.. Ideelle Projektpartnerin war die Stadt Bielefeld.

²⁷ Die Patientenmappe des Palliativnetzes enthält wichtige Kontaktdaten zu Ärzten und Pflegediensten sowie die Möglichkeit eigene Dokumente wie Vorausverfügungen, Krisenpläne etc., abzuheften.



Ärztetz Bielefeld e.V.

- Ein Zusammenschluss von Bielefelder Haus- und Fachärztinnen und -ärzten
- Gegründet 2015 durch die ‚Initiative Bielefelder Hausärzte‘ und dem ‚Palliativnetz Bielefeld e.V.‘ zur Etablierung themenbezogener Selektivverträge.
- Das Ärztenetz betreut mit 50 Hausärztinnen und -ärzten zurzeit ca. 1.200 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in 36 Pflegeeinrichtungen.
- Das ambulant Geriatrie Modul des Ärztenetzes betreute zum Zeitpunkt des Projektes 95 eingeschriebene Patientinnen und Patienten.
- Das „Ärztetz Bielefeld e.V.“ ist zertifiziert nach § 87b SGB V und damit als besonders förderungswürdiges Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) anerkannt.



An der Auftaktveranstaltung des Projektes nahmen in Bielefeld über 70 Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung teil.

/ nicht formalisiert) näher ausgeführt wird. Bei Projektstart war die Vernetzung rund um die gesundheitliche Versorgung am Lebensende von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Einrichtungen in den Projektregionen unterschiedlich stark ausgeprägt. In einigen Regionen hatten sich bereits zuvor sektorenübergreifende Netzwerke gebildet, wie zum Beispiel das Netzwerk zur Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg, welches die regionalen Angebote zur Versorgung am Lebensende bündelt oder das Ärztenetz Bielefeld e.V., welches Rahmenbedingungen für neue Versorgungslösungen initiiert.

In den beiden anderen Regionen gab es zwar viele engagierte Akteurinnen und Akteure, jedoch noch keine koordinierte Vernetzung untereinander. Mancherorts existierten regelmäßige Arbeitstreffen von Einrichtungsleitungen, die in die Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung jedoch nur teilweise eingebunden waren. Andernorts gab es bereits erste Vernetzungsbestrebungen, die über die Pflegeeinrichtungen hinausgingen, etwa ein ambulantes Beratungsangebot für Patientinnen und Patienten in einer hausärztlichen Praxis zur umfassenden Vorsorgeplanung nach BVP (Behandlung im Voraus planen), ein Konzept zur Umsetzung wirksamer Patientenverfügungen, welches die Erhebung, Dokumentation und Realisierung von Behandlungswünschen beinhaltet, wenn die betreffende Person sich selbst dazu nicht mehr äußern kann²⁸.

Unabhängig davon, wie ausgeprägt die Netzwerkstrukturen in den einzelnen Regionen bereits waren, wurde die zentrale Rolle der aktiven Vernetzung schnell sichtbar. Einander zu kennen, im regelmäßigen Austausch zu sein und gemeinsam Strukturen und Prozesse zu etablieren, sind wesentliche Voraussetzungen für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, die im Notfall verlässlich wirksam werden kann. Mehr über die Initiierung eines regionalen GVP-Netzwerkes: siehe Kapitel 9 - Der Weg zur Umsetzung: Regionale Vernetzung und GVP nach § 132g SGB V.

Aktive Vernetzung und Kommunikation

Eine offene Kommunikation und ein regelmäßiger Austausch innerhalb und außerhalb der stationären Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe sind für eine erfolgreiche Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk maßgeblich, um gemeinsame Prozesse zu initiieren und zu etablieren und den Informationsfluss zwischen den Beteiligten zu garantieren. Dies beinhaltet die Bereitschaft aller beteiligten Akteurinnen und Akteure, also auch der Kommunen, sich auf einen gemeinsamen Entwicklungsprozess einzulassen, in einen Austausch auf Augenhöhe zu gehen und sich in Netzwerken zusammenzuschließen. Dabei ist es wichtig, das übergeordnete Ziel stets im Blick zu behalten: die Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende zu verbessern und noch stärker als bisher an ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen auszurichten.



Kapitel 3

Regionale Zusammenarbeit und Wissenstransfer

Netzwerkentwicklung und -pflege

These: Eine Grundbedingung gelingender Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist ein geregelter und regelhafter Austausch zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren.

Um die Menschen, die an der Gesundheitsversorgung von Personen, die in stationären Wohneinrichtungen für Senioren und der Behindertenhilfe leben, zusammenzubringen, konnten die Projektbeteiligten auf bereits bestehende Netzwerkstrukturen, schwerpunktmäßig aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, aufsetzen. Bestehende Kooperationen und Prozesse wurden in den Projektprozess integriert und die Schaffung von Parallelstrukturen vermieden. In allen Projektregionen haben sich relevante Akteurinnen und Akteure aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung miteinander vernetzt. Diese Vernetzung wird im Folgenden als „Netzwerk“ bezeichnet, ohne dass die Struktur des Netzwerks (formalisiert

Dieses Kapitel befasst sich vornehmlich mit regionalen GVP-Netzwerken, wobei viele Faktoren auch für den Aufbau eines organisationsbezogenen Netzwerkes auf Einrichtungsebene gelten. In Kapitel 6 (Institutionelle Implementierung & Organisationsentwicklung) sind weitere Informationen zum organisationsgebundenen GVP-Netzwerk aufbereitet.

²⁸ <https://acp-d.org>



Regionale GVP-Netzwerke und organisationsbezogene GVP-Netzwerke

Im Projekt wurde zwischen regionalen GVP-Netzwerken und organisationsbezogenen GVP-Netzwerken unterschieden, um den Unterschied zwischen der externen Vernetzung einer einzelnen Einrichtung mit ihren direkten Leistungserbringern von einem regionalen Netzwerk, worin sich Akteurinnen und Akteure verschiedener Professionen aus einer Region zusammenschließen, um an einer gemeinsamen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V zu arbeiten, deutlich zu machen. Die beiden Netzwerktypen unterscheiden sich wie folgt:

- Bei einem **regionalen GVP-Netzwerk** handelt es sich um einen Zusammenschluss aller Personen und Personengruppen, **die in einer Region an der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V involviert sind**. Dazu gehören bspw.:
 - Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Professionen, wie bspw. Hausärztinnen und Hausärzte, medizinisches Personal aus dem Rettungswesen, medizinisches und pflegerisches Personal der spezialisierten ambulanten Palliativdienste (SAPV), Einrichtungsleitungen, Pflegefachkräfte und GVP-Gesprächsbegleitende
 - Vertreterinnen und Vertreter aus Kreis und Kommune, wie etwa Mitarbeitende aus der Heimaufsicht und dem Gesundheitsamt
 - Akteurinnen und Akteure von privaten und/oder gemeinnützigen Vereinen und Institutionen, wie bspw. haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende der ambulanten Hospizdienste
- Bei einem **organisationsbezogenen GVP-Netzwerk** handelt es sich um alle Akteurinnen und Akteure **innerhalb einer Einrichtung und ihre direkten externen Leistungserbringenden** in Bezug auf die Umsetzung der individuellen vorausverfügbaren Willen der Bewohnerinnen und Bewohner. Dazu gehören bspw.:
 - innerhalb einer spezifischen Einrichtung oder den Einrichtungen eines regionalen Trägerverbands: die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung, die Wohnbereichsleitungen, die Pflegefachkräfte, die GVP-Gesprächsbegleitenden, der soziale Dienst
 - außerhalb einer spezifischen Einrichtung: die konkreten Hausärztinnen und Hausärzte, deren Patientinnen und Patienten in dieser Einrichtung leben und die sie dort auch besuchen, der für diese Einrichtung zuständige SAPV, der spezifische ambulante Hospizdienst, mit dem diese Einrichtung einen Kooperationsvertrag hält, Therapeutinnen und Therapeuten, die in dieser Einrichtung Patientinnen und Patienten versorgen

Austausch im Netzwerk: Runde Tische und themenbezogene Arbeitsgruppen

Um einen geregelten Austausch zwischen den Netzwerkpartnern zu gestalten und um gemeinsam an den regional individuell ermittelten Bedarfen und gemeinsamen Strukturen und Prozessen rund um GVP nach § 132g SGB V zu arbeiten, trafen sich die verschiedenen Akteurinnen und Akteure zu sogenannten Runden Tischen, die von den regionalen Projektteams arrangiert wurden. Diese dauerten etwa zwei Stunden. Moderiert wurden die Runden Tische durch die regionalen Projektteams und die überregionale Projektleitung.

Jedes Arbeitstreffen hatte einen speziellen thematischen Aufhänger, wie bspw. Notfalldokumentation, Schnittstellenmanagement, Öffentlichkeitsarbeit oder Netzwerkentwicklung. Auf Grund der Corona-Pandemie fanden die Runden Tische teilweise per Videokonferenz statt. Durch separate „Technik-Checks“ konnte die anfängliche Scheu einiger Teilnehmenden vor diesem Medium abgebaut werden und die virtuellen Treffen wurden wie die Präsenztreffen gut angenommen.

Zum Teil gingen aus diesen Runden Tischen themenbezogene kleinere Arbeitsgruppen hervor, die sich mit einem bestimmten Aspekt von GVP nach § 132g SGB V intensiver auseinandersetzen wollten. So bildeten sich in allen Regionen Arbeitsgruppen zur Erarbeitung und Evaluierung von Notfalldokumenten. Diese Arbeitsgruppen bestanden aus etwa sechs bis acht Teilnehmenden. Vertreten waren in diesen Arbeitsgruppen

Vertreterinnen und Vertreter des regionalen Rettungsdienstes, der Ärzteschaft, Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, der Kommunen sowie GVP-Gesprächsbegleitende. Die thematischen Arbeitsgruppen trafen sich zwischen den Runden Tischen. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden dann in den Runden Tischen vorgestellt, Feedback eingeholt und diskutiert. Zum Teil wurden die Ergebnisse zusätzlich von Expertinnen und Experten evaluiert. Da nicht alle Akteurinnen und Akteure einer Profession aus den Regionen an den Runden Tischen teilnahmen, war eine Rückkopplung über die erarbeiteten Ergebnisse an diese Personen wichtig. Dies geschah in Form von Protokollen, regelmäßigen Rundmails oder gesonderten Netzwerkveranstaltungen.

In der Region Eifel fand sich eine Gruppe der Einrichtungsleitungen zusammen, die spezifisch an den Bedarfen der Einrichtungen für die institutionelle Umsetzung für GVP nach § 132g SGB V, wie bspw. eine mögliche gemeinsame Ausbildung und Anstellung von GVP-Gesprächsbegleitenden, arbeiten wollte. Da die Auswirkungen der Corona-Pandemie für die Pflegeeinrichtungen auf vielen Ebenen vorrangige Priorität hatten, nutzten die Teilnehmenden dieser Arbeitsgruppe die Videokonferenzen auch als Möglichkeit, sich zu der aktuellen Situation und den damit verbundenen Herausforderungen in ihren Einrichtungen auszutauschen. Daraus entstanden spontane Unterstützungsangebote.

Der Austausch im Rahmen der Runden Tische und in den kleineren AGs führte dazu, dass sich die Teilnehmenden besser kennenlernten, neues Wissen erlangten und Vertrauen zueinander aufbauten. So freute in der Region Eifel sich ein Teilnehmer bereits nach dem ersten Runden Tisch: „*So viel wie heute haben wir noch nie miteinander gesprochen,*“ und eine weitere Teilnehmerin ergänzte: „*Ich wusste gar nicht, dass unser Krankenhaus über Palliativbetten verfügt.*“ Befragt zu ihrem persönlichen Nutzen aus der Netzwerkarbeit, sagte eine Einrichtungsleitung aus der Eifel am Ende des Projektes: „*Jetzt weiß ich, wen ich hier in der Umgebung anrufen würde, wenn ich mal in einer Situation nicht weiterweiß. Das ist sehr beruhigend.*“

Relevante Zielgruppen

Zu den für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V relevanten Zielgruppen zählen u.a.:

- Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen der stationären Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe
- Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen
- Notärztinnen und Notärzte sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter
- Ärztliche und pflegerische Mitarbeitende der regionalen Krankenhäuser
- Mitarbeitende von Hospiz- und Palliativdiensten
- Mitarbeitende von Städten und Kommunen im Bereich Gesundheit und Pflege

Zielgruppen aktivieren

These: Für das Gelingen einer regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist es wichtig, dass in den regionalen Netzwerken und an den Runden Tischen Akteurinnen und Akteure aus allen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Bereichen vertreten sind.

Fehlen wichtige Beteiligte bei der Prozessentwicklung, besteht das Risiko, dass erarbeitete Ergebnisse von diesen Personen am Ende nicht mitgetragen werden. Dies könnte zum Scheitern eines sektorenübergreifenden Prozesses, wie bspw. einer gemeinsamen Notfalldokumentation, führen. Deshalb achteten die regionalen Projektteams von Projektbeginn an darauf, dass alle Zielgruppen zu den Auftaktveranstaltungen und den ersten Runden Tischen eingeladen waren. Wenn eine Personengruppe nicht vertreten war, wurden Kontakte recherchiert und gezielt angesprochen, um diese zur Teilnahme zu motivieren.



Schwer erreichbare Zielgruppen

- Folgende Personengruppen können im Rahmen von GVP nach § 132g SGB V schwer erreichbar sein:
- behandelnde Haus- und Fachärztinnen und -ärzte (zeitlich sehr eingebunden, wenig Ressourcen)
 - Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen (sehen zum Teil (für sich) keinen Nutzen oder sehen sich selbst nicht als Zielgruppe)
 - Einrichtungen der Eingliederungshilfe (sind aufgrund der spezifischen Zielgruppe und Organisationsform oft nicht in die regionalen Netzwerke, die sich mit GVP nach § 132g SGB V oder Hospiz- und Palliativversorgung befassen, eingebunden und benötigen dann eine gezielte Ansprache)
 - Gesetzlich Betreuende (sehen zum Teil (für sich) keinen Nutzen oder sehen sich selbst nicht als Zielgruppe)

Vorhandene Rahmenbedingungen erschweren verschiedenen Gruppen den Zugang zur aktiven Mitarbeit an den Runden Tischen und dem Netzwerk. Dazu gehören bspw. feste Praxisöffnungszeiten oder Schichtdienste, die keine Abkömmlichkeit für weitere Aktivitäten wie etwa Netzwerktreffen oder Runde Tische zulassen. Um diese Personengruppen dennoch erreichen zu können wurden Zeiten und Wochentage für die Runde Tische und Arbeitsgruppen entsprechend angepasst. So fanden die Runde Tische bspw. primär mittwochnachmittags statt, damit es Hausärztinnen und Hausärzten überhaupt möglich war, an den Runde Tischen und Arbeitsgruppen teilzunehmen, da zu dieser Zeit die meisten Hausarztpraxen geschlossen sind.

Bedeutung hausärztlicher Mitwirkung im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung

These: Eine elementare Zielgruppe für die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V sind die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, die die Menschen in stationären Einrichtungen betreuen.

Die hausärztliche Expertise und Haltung spielen sowohl in der Festlegung als auch in der konkreten Umsetzung der vorausverfügbten Wünsche und des Willens der einzelnen Personen oft eine zentrale Rolle. Dem entgegen stehen enge zeitliche Ressourcen, eine hohe Arbeitsbelastung sowie die Annahme, dass wenig Kenntnisse vorhanden sind, was GVP nach § 132g SGB V konkret bedeutet.

Dies zeigte sich auch in der Eifel Region, deren Erfahrungen hier exemplarisch beschrieben werden. Es war initial schwierig, Hausärztinnen und Hausärzte für das Projekt und die aktive Mitarbeit im regionalen GVP-Netzwerk zu motivieren. Um die Annahme zu verifizieren, führte das Projektteam eine telefonische und zum Teil persönliche Befragung der in der Region niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte durch. Diese Befragung bestätigte, dass vielen das Beratungsangebot GVP nach § 132g SGB V noch unbekannt war, sie das Thema nicht in ihrem Arbeitsbereich sahen oder auch eine Mehrbelastung bei geringem oder gar keinem finanziellen Ausgleich fürchteten. Zudem war ihnen der Mehrwert für ihre eigene Arbeit und die Bedeutung der hausärztlichen Mitarbeit

Gesundheitliche Versorgungsplanung geht uns alle an!

Bedeutung hausärztlicher Mitwirkung im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung in der Region Eifel

Wann: Mittwoch, 14. April 2021, 15.00 Uhr – 18.00 Uhr, Einlass ab 14:30 Uhr
 Wo: Tenne Eicherscheid, Bachstr. 13a, 52152 Simmerath
 Veranstalter: Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA NRW)
 In Kooperation mit: Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.

Programm

15:00 – 15:10
 Begrüßung und Grußwort Bernd Goffart, Bürgermeister der Gemeinde Simmerath

15:10 – 15:30
 Vorstellung des Landesprojekts zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk und die regionale Entwicklung in der Modellregion Monschau, Roetgen und Simmerath
 Catrin Beu, Projektleiterin bei ALPHA Rheinland & Ute Braun, regionale Projektkoordinatorin

15:30 – 15:45
 Was ist GVP? Was beinhaltet die Ausbildung zum Berater für die Gesundheitliche Versorgungsplanung? Univ.-Prof. Dr. Roman Rolke, Direktor der Klinik für Palliativmedizin

15:45 – 16:00
 Was bedeutet GVP für Hausärztinnen und -ärzte und wie sind sie in den Beratungsprozess eingebunden? Bietet GVP Vorteile für die hausärztliche Versorgung?
 Andreas Scheid, Facharzt für Allgemeinmedizin Aachen PAUSE 16:00-16:20

16:20 – 16:35
 Notfallplanung als ein Element von GVP, Vorstellung des Notfallplans in einfacher Sprache aus der Region Aachen
 Dr. med. Christian Blau, Chefarzt Innere Medizin Eifelklinik St. Brigida Simmerath

16:15-16:35
 Diskussion und Austausch

16:35-16:50
 Bedeutung der Hausärzte für die stationären Einrichtungen,
 Andrea Hein, Caritaslebenswelten

16:50-17:00 Überleitung -> Diskussion
 Die Rolle der Hausärzte im regionalen Netzwerk - Das Zusammenspiel
 Catrin Beu, Projektleiterin bei ALPHA Rheinland & GVP-Gesprächsbegleiterin

17:20-18:00
 Diskussion und Austausch, Resümee und Ausblick

Altenheimen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.

in der regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V nicht klar. So entstand frühzeitig die Idee, eine eigene Fortbildungsveranstaltung für die Hausärztinnen und Hausärzte in der Region anzubieten, die die Wichtigkeit ihrer Beteiligung an GVP nach § 132g SGB V unterstreicht.

Das dreistündige Programm enthielt Impulsvorträge zur Bedeutung der hausärztlichen Mitwirkung im Rahmen von GVP nach § 132g SGB V in der Region Eifel aus verschiedenen Perspektiven, Diskussionsrunden und die Möglichkeit Fragen zu stellen. Das Programm wurde von der Ärztekammer Nordrhein als Fortbildungsveranstaltung zertifiziert. Die Teilnahme des Bürgermeisters der Gemeinde Simmerath verdeutlichte zudem die regionale Relevanz der Veranstaltung. Die Veranstaltung erfolgte mit Unterstützung des MAGS NRW.

Nachdem die für den 11. November 2020 geplante Veranstaltung pandemiebedingt verschoben werden musste, wurde der Ersatztermin am 14. April 2021 von Beginn an vorsorglich sowohl als Präsenz- als auch als Live-Online-Veranstaltung beworben. Aufgrund des Pandemiegeschehens war eine Präsenz-Veranstaltung nicht möglich. An der Live-Online-Veranstaltung nahmen insgesamt rund 40 Personen teil. Unmittelbar nach der Veranstaltung meldeten neun neue Teilnehmende, davon vier Hausärzte und Hausärztinnen, ihr Interesse zur Mitwirkung am nächsten Runden Tisch in der Region Eifel an.



GVP nach § 132g SGB V ist Teamsache – Die Zusammenarbeit von Hausärztinnen und -ärzten mit GVP-Beratenden

Erkenntnisse aus der GVP-Ärztefortbildung in der Eifel:

- Hausärztinnen und Hausärzte beraten bereits zur Versorgung am Lebensende.
- GVP nach § 132g SGB V ist eine Bereicherung und Erleichterung für Hausärztinnen und Hausärzte.
 - Durch GVP nach § 132g SGB V entsteht für Hausärztinnen und -ärzte nicht unbedingt ein Mehraufwand durch zusätzliche Gespräche mit Patientinnen oder Patienten, aber auf jeden Fall ein Mehrwert in Form von wichtigen Informationen durch die Unterstützung der GVP-Gesprächsbegleitenden.
- Ein vertrauensvolles Verhältnis von Hausärztin bzw. Hausarzt und GVP- Gesprächsbegleitenden ist wichtig, damit die individuelle Umsetzung der Vorausverfügung eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin gelingen kann.
- Für eine gelingende Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V auf regionaler Ebene ist es wichtig, dass sich die jeweiligen Akteurinnen und Akteure kennen.
- Regionale GVP-Dokumente bieten auch Ärztinnen und Ärzten Handlungssicherheit in einer Notfallsituation bei dem jeweiligen Patienten bzw. Patientin.

Warum GVP-Gesprächsbegleitende und das Pflegepersonal in den stationären Einrichtungen die Unterstützung der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte benötigen:

- GVP-Gesprächsbegleitende brauchen die ärztliche Expertise, um verantwortungsvoll arbeiten zu können.
- Durch die hausärztliche Aufklärung über Diagnose, Therapieziel, Erfolgsaussichten, Prognose erlangen die verfügende oder die bevollmächtigte Person Sicherheit, um zukünftige Behandlungsentscheidungen zu treffen und in medizinische Behandlungen einwilligen oder diese ablehnen zu können. Dies wirkt sich auch auf die Handlungssicherheit des Pflegepersonals in der stationären Pflegeeinrichtung aus.
- Bei der Erstellung einer umfassenden GVP nach § 132g SGB V ist es wichtig, die behandelnde Hausärztin bzw. den behandelnden Hausarzt miteinzubeziehen, bspw. bei der Erstellung einer Verfügung für den Notfall, damit diese als ärztliche Anordnung gelten kann und von ärztlichem Personal im Rettungswesen als solche anerkannt wird.
- Hausärztinnen und Hausärzte sind relevante Kontakte für die Verantwortlichen in den Einrichtungen, wenn es um die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner geht, sowohl bei der medizinischen Grundversorgung als auch etwa bei Therapiezieländerungen und in Notfallsituationen.

Fortsetzung Infobox auf Seite 28

- Um die Handlungsfähigkeit der betroffenen Personen und des Pflegepersonals zu sichern, ist es hilfreich, dass Ärztinnen und Ärzte zu erwartende Krisensituationen, z.B. Symptome am Lebensende, ansprechen und ihre mögliche Behandlung, z. B. Bedarfsmedikation in einer Krisenplanung dokumentieren.
- Die Umsetzung der individuellen GVP nach § 132g SGB V einer Person gelingt, wenn die behandelnde Hausärztin bzw. der behandelnde Hausarzt die verfügbaren Wünsche und Behandlungswillen kennt und diese dadurch berücksichtigen kann.
- Hausärztinnen und Hausärzte sind Vertrauenspersonen: Manchmal brauchen die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Betreuenden die ärztliche Unterstützung zur Durchsetzung der dokumentierten Wünsche gegenüber anderen Akteurinnen und Akteuren wie u.a. auch Angehörigen. Mit ihrer Expertise und ihrer Autorität ist es Hausärztinnen und Hausärzten möglich, ihren Patientinnen und Patienten den Rücken zu stärken und bspw. deren Willensbekundung anderen Beteiligten zu erklären, wo den Betroffenen möglicherweise in belasteten Situationen die Worte fehlen.

Wie GVP-Gesprächsbegleitende Hausärztinnen und Hausärzte unterstützen:

- GVP-Gesprächsbegleitende können Hausärztinnen und Hausärzte durch Vorgespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. deren gesetzlichen Vertretungen unterstützen und entlasten.
- Hausärztinnen und Hausärzte können mit Hilfe des/der zuständigen GVP-Gesprächsbegleitenden den richtigen Zeitpunkt für eine GVP-Beratung abschätzen. GVP- Gesprächsbegleitende können die Hausärztin bzw. den Hausarzt über veränderte (Lebens-)Situationen der/dem Betroffenen informieren.
- GVP- Gesprächsbegleitende sind an der Schnittstelle zwischen Einrichtung, der betroffenen Person und der Hausärztin bzw. dem Hausarzt tätig.
- Im Falle eines Hausarztwechsels am Lebensende (z.B. durch Einrichtungswechsel) stellt eine bereits erstellte GVP nach § 132g SGB V eine Entlastung für Hausärztinnen und Hausärzte dar, da sie die Patientin bzw. den Patienten nicht näher kennen, aber die GVP-Dokumente zurate ziehen können.
- GVP- Gesprächsbegleitende können Hausärztinnen und Hausärzte entlasten, indem sie auch mit den Angehörigen bspw. über die Lebenssituation, über Wünsche und Willen der Bewohnerin bzw. des Bewohners kommunizieren können.

Zitate aus den Impulsvorträgen:

- „GVP ist nicht etwas, das am Anfang beim Einzug des Bewohners stattfindet, sondern es begleitet die gesamte letzte Lebensphase bis hin zur Reflexion im Team nach dem Versterben.“ – Hausarzt
- „Es braucht ein Gespür ...“ – Haus- und Rettungsarzt
- „Im Notfall und unter Zeitdruck bedarf es eines Dokumentes, mittels dessen alle Beteiligten schnell und möglichst auf den ersten Blick den Willen des Betroffenen erfassen können.“ – Einrichtungsleitung

Wie im Fall der Ärztefortbildung in der Eifel zu sehen ist, können spezielle Informationsveranstaltungen zu GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk für verschiedene Zielgruppen hilfreich sein, um diese zielgerichtet zu informieren. So veranstaltete der Arbeitskreis „GVP im Kreis Borken“, eine Arbeitsgruppe, die sich aus dem Projekt gebildet hat, seit Projektende bereits eine eigene Online-Informationsveranstaltung für GVP- Gesprächsbegleitende und stationäre Einrichtungen sowie eine für die Gruppe der Berufsbetreuenden (siehe Kapitel 7: Gesellschaftliche Implementierung: Wissen um Vorsorgemöglichkeiten stärken).

Kommunen als Netzwerkpartner

These: Für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist die kommunale Beteiligung von großer Bedeutung und stellt ein deutliches Zeichen für die Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung in der Region dar.

Das Projekt stieß von Beginn an in allen vier Regionen auf kommunaler Ebene auf großes Interesse. So wurden Räumlichkeiten für Auftaktveranstaltungen bereitgestellt und Runde Tische von Bürgermeis-

tern, Bürgermeisterinnen und Landrätinnen und Landräten, die teilweise aktiv an den Arbeitsgruppen und Runden Tischen teilnahmen, ideell und mit Sachmitteln unterstützt. In der Region Eifel fanden bspw. die Runden Tische, sofern sie nicht auf Grund der Corona-Pandemie digital durchgeführt werden mussten, reihum in den Ratssälen der drei beteiligten Kommunen mit den jeweiligen Bürgermeistern bzw. der Bürgermeisterin statt. An den weiteren Terminen nahmen ihre Vertreterinnen und Mitarbeitenden teil. So waren die drei eng miteinander kooperierenden Eifel-Gemeinden permanent an den Projektentwicklungen beteiligt und über die Fortschritte informiert, was nicht zuletzt in der Verstärkung der GVP-Koordinationsstelle bei Projektende eine große Rolle spielte. Auch in den anderen Regionen konnten zum Teil Räumlichkeiten der Kommunen genutzt werden und es nahmen Vertreterinnen und Vertreter etwa aus den Dezernaten für Pflege und Soziales an den Runden Tischen teil.

Kommunale Mitarbeit im Netzwerk

Bei einer Implementierung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk ist es sinnvoll, die Kommune(n) aktiv einzubinden. Dabei sind bspw. Vertreterinnen und Vertreter aus Heimaufsichtsbehörde, Gesundheitsamt, Pflegekonferenz und Rettungswesen besonders relevante Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Die gesundheitliche Versorgung der Menschen in den stationären Einrichtungen liegt in ihrem Verantwortungsbereich und sie verfügen über umfangreiches Wissen und Kompetenzen. Ein Vorteil der kommunalen Partnerinnen und Partner liegt darin, dass sie nicht institutions- oder trägergebunden sind und so über ein gewisses Maß an Neutralität und Unabhängigkeit verfügen.

Organisation und Koordination

These: Unabhängig davon, wie formell sich ein Netzwerk gestaltet, ob es sich eine Rechtsform wie einen eingetragenen Verein mit einer Satzung gibt, oder ob es sich um einen informellen Zusammenschluss verschiedener Akteurinnen und Akteure handelt, ist eine für alle Beteiligten transparente Struktur wichtig.

Wenn alle Akteurinnen und Akteure mit der Netzwerkstruktur vertraut sind, kann es gelingen, Netzwerkarbeit effektiv aufzubauen, die Kernthemen zu bearbeiten und auf die gemeinsamen Ziele hinzuarbeiten. In allen vier Projektregionen kamen die Beteiligten der Runden Tische zu dem Ergebnis, dass es hilfreich ist, wenn eine Person, die Netzwerkaktivitäten zentral koordiniert und dass bei dieser Person alle Fäden zusammenlaufen. Das unterstütze eine strukturierte Netzwerkarbeit, bei der u.a. Aufgaben transparent verteilt und Termine zentral bekannt gegeben werden. In den Regionen übernahmen dies während der Projektlaufzeit die Projektkoordinatorinnen. Sie organisierten und moderierten die Runden Tische, Arbeitsgruppen und weitere projektbezogene Veranstaltungen. Weiterhin waren sie Ansprechpartnerinnen für die überregionale Projektleitung sowie die Teilnehmenden der Runden Tische und Arbeitsgruppen. Sie steuerten die regionalen Arbeitsprozesse, behielten Zeit- und Aufgabenpläne sowie die regionalen Projektziele im Blick. Ein störungsfreier Informationsfluss zwischen den Netzwerkpartnerinnen und -partnern mittels Ergebnisprotokollen nach den verschiedenen Treffen gehörte ebenfalls zu den Aufgaben.

Organisation im Netzwerk

Unabhängig von der formalen Struktur des Netzwerks sind folgende Aspekte grundlegend für eine erfolgreiche Zusammenarbeit:

- eine transparente Organisationsstruktur, mit der alle vertraut sind
- gemeinsam vereinbarte Kernthemen und ein gemeinsames Verständnis der Thematik
 - ein festgelegtes Glossar vereinfacht bspw. die Kommunikation
- klare Regelung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten
- klar geregelte Kommunikationswege



Erfolgsgeschichte: Region Eifel - Verstärkung GVP-Koordinierungsstelle

Von Beginn an legte die Region Eifel einen intensiven Fokus auf die Vernetzung der lokalen Akteurinnen und Akteure aus den verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Altenpflege und der Eingliederungshilfe. Zwar gab es bereits das lange etablierte Palliative Netzwerk für die Region Aachen, deren Teil die Eifel ist, aber aufgrund der ländlichen Strukturen sind die Beteiligten zum Teil auf andere Versorgungswege und -abläufe angewiesen und mit anderen Herausforderungen konfrontiert als etwa städtische Regionen. Deshalb wünschten sich die Teilnehmenden der Auftaktveranstaltung im Simmerather Rathaus und der Runden Tische, ein eigenes sektorenübergreifendes Netzwerk speziell für die Eifel, um den Aufbau und die Etablierung von sektorenübergreifenden Handlungsprozessen in der Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase aufzubauen bzw. zu intensivieren. Durch den intensiven Austausch der Netzwerkpartnerinnen und -partner während der Projektlaufzeit konnten deutliche Entwicklungsschritte gemacht und erste Strukturen für eine regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V angestoßen werden. Die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure lernten einander besser kennen, fanden Gemeinsamkeiten und es entstanden spontane Kooperationsideen, wie bspw. zur gemeinsamen Ausbildung von GVP-Gesprächsbegleitenden. Außerdem kam es während der Corona-Pandemie in den Arbeitsgruppen, die in dieser Zeit per Video- und Telefonkonferenz stattfanden, zu spontanen und auf dem kurzen Dienstweg initiierten gegenseitigen Unterstützungen.

Im Laufe der Projektzeit stellten die Beteiligten fest, dass es eine Person braucht, die die Netzwerkaktivitäten koordiniert, um diese Entwicklungen fortzuführen und weiterzuentwickeln. „*Es braucht einen Kümmerner, bei dem die Fäden in der Region zusammenlaufen,*“ war das Fazit eines Runden Tisches. „*Es muss klar geregelt sein, wer sich bspw. um die Koordination der Netzwerktreffen kümmert, die Informationen über das Netzwerk zusammenhält und als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner in der Region fungiert.*“

Im nächsten Schritt wurden Faktoren gesammelt, die zur Etablierung einer solchen Koordinationsstelle für GVP nach § 132g SGB V in der Eifel benötigt werden. So sollte eine solche Koordinierungsstelle möglichst an einer neutralen und trägerunabhängigen Stelle verortet sein. Außerdem würden personelle und damit finanzielle Ressourcen benötigt.

Im Februar 2021 fand dann eine Videokonferenz statt, um die Möglichkeiten einer solchen Stelle mit kommunaler Unterstützung zu erörtern. An der Videokonferenz nahmen die Bürgermeisterin der Stadt Monschau, die beiden Bürgermeister der Gemeinde Simmerath und der Gemeinde Roetgen, die Leiterin der Servicestelle Hospiz der Städteregion Aachen als Projektpartnerin, die regionale Projektkoordinatorin aus der Eifel, die Leiterin von ALPHA Rheinland und die überregionale Projektleitung teil. Die drei Bürgermeister, denen das Projekt trotz zwischenzeitlichen personellen Wechsels durch die Runden Tische vertraut war, befürworteten die Schaffung der GVP-Koordinierungsstelle und sprachen sich für deren Ansiedlung in der Städteregion aus. Mit einem Empfehlungsschreiben von ALPHA Rheinland und der Servicestelle Hospiz wandten sich die drei Bürgermeister an den Städterrat Aachen. Die Stelle wurde zum 1. Februar 2022 etabliert.

Die Schaffung einer Koordinationsstelle für GVP nach § 132g SGB V in der Eifel ist ein zentraler Schritt für den weiteren Aufbau eines übergreifenden Netzwerks zur Vorsorgeplanung für Bürgerinnen und Bürger der Eifelregion. Darüber hinaus kann diese Funktion als Schnittstelle zwischen der Eifel und der Städteregion fungieren. Der Aufbau und die Etablierung einer solchen kommunal getragenen Koordinierungsstelle stellt eine beispielhafte Umsetzung für ganz Nordrhein-Westfalen dar.

Vorhandene Ressourcen nutzen

These: Regionale Kräfte und Ressourcen zu bündeln ist ein wesentlicher Teil von Netzwerkarbeit.

In den meisten Regionen waren bereits Wissen und Ressourcen rund um die gesundheitliche Versorgung von Menschen am Lebensende vorhanden, auch wenn diese bislang noch nicht oder wenig für die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V genutzt wurden. Die Akteurinnen und Akteure brachten ihre persönlichen Kenntnisse, ihr professionelles Wissen und ihre Erfahrungen mit an den Runden Tisch, von denen die Gemeinschaft profitieren konnte.

Der nachfolgende Fragenkatalog wurde in den Projektregionen erarbeitet und kann als Grundlage für eine Prozessgestaltung der regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V gelten, um bereits vorhandene Strukturen und Ressourcen zu nutzen.



Netzwerkentwicklung: Vorhandene Ressourcen nutzen

- Welche Dienste, Institutionen und Personen sind in der Region mit dem Thema der gesundheitlichen Versorgung von Menschen am Lebensende befasst?
- Gibt es bereits Kooperationen und/oder Netzwerke zur Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase?
- Wie ist der Informationsaustausch untereinander organisiert und wie erfährt die Öffentlichkeit von den Angeboten zur GVP nach § 132g SGB V?
- Wer in der Region kann dabei helfen, GVP nach § 132g SGB V bekannt zu machen und zu verbreiten?
- Gibt es institutionenübergreifend einen Austausch der GVP-Gesprächsbegleitenden in der Region?
- Gibt es Absprachen, Vereinbarungen oder Kooperationen mit den Haus- und Fachärztinnen und -ärzten in der Region?
- Gibt es Absprachen, Vereinbarungen oder Kooperationen mit der Kommune?
- Gibt es bereits gemeinsam genutzte Dokumente?
- Welche Konzepte gibt es in der Region für ethische Konfliktsituationen?

Umgang mit Konflikten in der Umsetzung des Patientenwillens

Die Erfahrungen in den Regionen zeigten, dass Festlegungen des Patientenwillens eine Reihe von Fragen zur Umsetzung nach sich ziehen. Wenn in einem komplexen Geschehen, z.B. bei einer Änderung des Therapieziels oder des Gesundheitszustandes, viele Akteurinnen und Akteure beteiligt sind, können unterschiedliche Auffassungen und Überzeugungen hervortreten. Bei strittigen Fragen, z.B. aufgrund unterschiedlicher Wertvorstellungen oder in moralischen Dilemmata, braucht es Instrumente und Umgangsstrategien, damit diese Situationen reflektiert werden, die unterschiedlichen Rollen in der interdisziplinären Zusammenarbeit gestärkt und der Fahrplan für weitere Krisensituationen eruiert werden kann. Es braucht Settings wie z.B. ethische Fallbesprechungen oder regionale Ethikkomitees, im Bedarfsfall auch mit einer externen Moderation, um konsensfähige Ergebnisse zu finden, die die grundlegenden Werte aller Beteiligten in respektvoller Weise wahren. Auch regelmäßige retrospektive Fallbesprechungen, wenn die Umsetzung des Willens des Betroffenen nicht wunschgemäß umgesetzt werden konnte, sind hilfreiche Instrumente.

Öffentlichkeitsarbeit

Identitätsbildung im Netzwerk und Außenwirkung

These: Ein regionales GVP-Netzwerk kann nur dann hilfreich wirken, wenn es in der Region ausreichend bekannt gemacht wird.

Damit die Angebote eines Netzwerkes genutzt werden, muss die Öffentlichkeit über die Existenz, die Aufgaben und die Ziele des Netzwerkes informiert werden. Gleichzeitig gilt es auch regionale Akteurinnen und Akteure der gesundheitlichen Versorgung auf das Netzwerk aufmerksam zu machen und zur Mitwirkung zu motivieren. Eine lebendige und passgenaue Kommunikation ist daher von größter Bedeutung, um einem Netzwerk seine spezifische Identität zu verleihen.

Um ein Gefühl von Solidarität und Verbundenheit zwischen den Netzwerkpartnerinnen und -partnern entstehen zu lassen, bedarf es eines gewissen Aufwands. Eine aufeinander abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit – beispielsweise mit einem wiedererkennbaren Logo auf allen Medien, Newslettern und Berichten – fördert das Entstehen einer gemeinsamen Identität sowie eine einheitliche Außenwirkung.

Im Rahmen des Projektes wurden erste Ansätze zur Identitätsbildung der regionalen GVP-Netzwerke angestoßen. In Borken gibt es inzwischen bspw. eine gemeinsame E-Mail-Adresse für den Arbeitskreis „GVP im Kreis Borken“, die von der Steuerungsgruppe genutzt wird, etwa um Einladungen zu GVP nach § 132g SGB V relevanten Veranstaltungen zu verschicken. Auch der neue regional eingesetzte Notfallbogen weist auf die Erstellung durch den Arbeitskreis hin. Zusätzliches Gewicht verleiht dem Dokument das Logo des Kreis Borken.

In der Region Bonn/Rhein-Sieg macht eine neue Broschüre auf die Vorsorgemöglichkeiten generell und die Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung in der Region aufmerksam (vgl. Kapitel 7: Gesellschaftliche Implementierung: Wissen um Vorsorgemöglichkeiten stärken). Die Logos der Stadt Bonn und des Rhein-Sieg-Kreises auf dem Titel der Broschüre verdeutlichen die kommunale Unterstützung für das Thema. Für Herbst 2022 ist die redaktionelle Erweiterung der Webseite des Netzwerkes für Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg um einen Bereich zur Gesundheitlichen Vorsorge und die Arbeit der aus dem Projekt entstandenen und am Netzwerk angesiedelten Fachgruppe für GVP nach § 132g SGB V in der Region geplant.

Evaluation der Netzwerkarbeit

These: Für den Erfolg des Netzwerkes ist es wichtig, regelmäßig bei allen aktiven Beteiligten ein Stimmungsbild zur Netzwerkarbeit einzuholen.

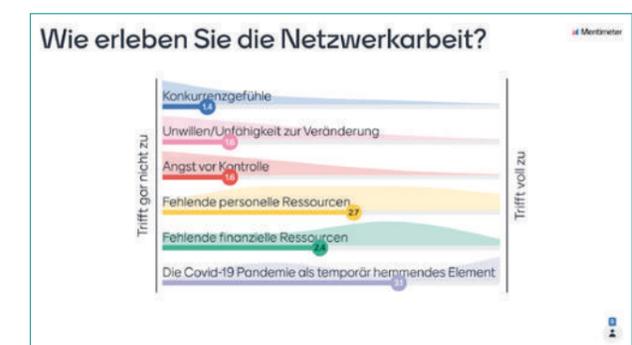
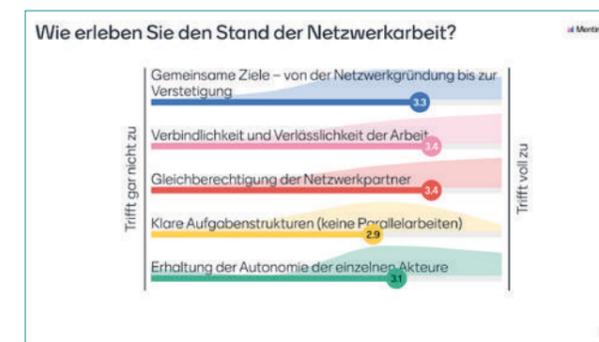
Im April 2021 fand ein Werkstattgespräch in Form einer überregionalen Online-Abschlussveranstaltung statt (Werkstattgespräche: siehe Kapitel 4: Überregionaler Austausch und Wissenstransfer). Ein Ziel der Veranstaltung war es, den Stand der Netzwerkarbeit in den vier Projektregionen zu ermitteln. Dazu wurde eine Befragung durchgeführt. Als Indikatoren wurden Erfolgsfaktoren abgewandelt nach Claus Reis²⁹ definiert (siehe Infobox). Die regionalen Projektkoordinatorinnen sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den Regionen konnten anonym mittels eines Onlinetools (mentimeter.com) auf einer Skala von eins (trifft gar nicht zu) bis vier (trifft voll zu) die verschiedenen Indikatoren für den Stand der Netzwerkarbeit in ihrer Region bewerten. Die Ergebnisse waren sehr zufriedenstellend. So erlebte ein Großteil der Befragten ein starkes persönliches Engagement der Beteiligten im Netzwerk sowie einen hohen Grad an Verbindlichkeit und Verlässlichkeit in der Netzwerkarbeit. Wichtige Erfolgsfaktoren, wie gemeinsame Ziele (3,3), Vertrauen (3,8), Verbindlichkeit (3,4), Gleichberechtigung der Netzwerkpartnerinnen und -partner (3,4), erkennbarer Nutzen für die einzelnen Netzwerkpartnerinnen und -partner (3,4), Mitwirkung von Entscheidungs-

²⁹ Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zugänge, Prof. Dr. Claus Reis, FH Frankfurt, Juni 2013

trägerinnen und -trägern und der operativen Ebene (3,4) und Überzeugungsarbeit nach Innen (3,4) wurden in allen Regionen besonders hoch bewertet. Hemmende Faktoren wie Konkurrenzgefühle, Unwillen zur Veränderung und Angst vor Kontrolle wurden mit Werten von 1,4 bis 1,6 relativ niedrig bewertet. Als hemmend wurden vor allem fehlende personelle Ressourcen (2,7) eingeschätzt.

Neben generell gültigen Erfolgs- und Störfaktoren sind auch individuelle Indikatoren wichtig, um den Stand der Netzwerkarbeit einschätzen zu können. So wurde in der projektbezogenen Umfrage auf Grund der aktuellen Lage die Covid-19 Pandemie als temporär hemmendes Element mit abgefragt (3,1); ein Faktor, der zu einem anderen Zeitpunkt keine Relevanz auf die Netzwerkarbeit gehabt hätte.

Damit solche Befragungen nachhaltig wirksam sein können, ist es erforderlich, nach der Auswertung auf angegebene Mängel oder existente Störungen zügig zu reagieren.



Störfaktoren für GVP-Netzwerkarbeit

- Konkurrenzgefühle
- Unwillen/Unfähigkeit zur Veränderung
- Angst vor Kontrolle
- Fehlende personelle Ressourcen
- Fehlende finanzielle Ressourcen

Erfolgsfaktoren für GVP-Netzwerkarbeit

- Gemeinsame Ziele
- Verbindlichkeit und Verlässlichkeit der Arbeit
- Gleichberechtigung der Netzwerkpartnerinnen und -partner
- Klare Aufgabenstrukturen (keine Parallelarbeiten)
- Erhaltung der Autonomie der einzelnen Akteurinnen und Akteure
- Persönliches Engagement
- Konkrete Ergebnisse, „schnelle Erfolge“ und „Erlebnisse“
- Anbindung an bestehende Netzwerke
- Erkennbarer Nutzen für die einzelnen Netzwerkpartner
- Mitwirkung von Entscheidungsträgern und der operativen Ebene
- Überzeugungsarbeit nach „Innen“
- Entwicklung neuer gemeinsamer Perspektiven
- Vertrauen

mod. nach C. Reis



Kapitel 4

Überregionaler Austausch und Wissenstransfer

These: Ein überregionaler Austausch zwischen GVP-Akteurinnen und Akteuren fördert den Wissenstransfer und kann als Korrektiv der eigenen Aktivitäten dienen.

Während in den vier Projektregionen der Austausch und die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in einem regionalen Netzwerk im Mittelpunkt standen, konstituierte sich während der Projektlaufzeit auch ein landesweiter Austausch – der sprichwörtliche Blick über den Tellerrand. So fanden bspw. gemeinsame Onlinetreffen aller vier Projektteams, zwei überregionale Werkstattgespräche sowie eine überregionale Fachtagung im Landesteil Westfalen-Lippe statt. In diesem Rahmen konnten die im Projekt gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse mit den Projektbeteiligten aus den vier Regionen sowie mit weiteren Akteurinnen und Akteuren, die sich in NRW mit der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V beschäftigen und ihrerseits Konzepte und Projekte in diesem Bereich umsetzen, geteilt, ausgetauscht, Wissen gebündelt, Ideen diskutiert und evaluiert werden (weitere GVP-Konzepte und Akteurinnen und Akteure: siehe Seite 7).

Dabei fand der überregionale Austausch auf zwei Ebenen statt. Die erste Ebene war der Austausch zwischen den vier regionalen Projektteams. Die zweite Ebene lag im Austausch der Stakeholder auf Landesebene mit Vertreterinnen des MAGS NRW, Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungsträgern und Verbänden, Vertreterinnen und Vertretern von Bildungskonzepten sowie Projektteilnehmenden aus den vier Regionen des Projektes. Eine zentrale Austauschplattform boten beiden Ebenen zwei Tagesveranstaltungen in Form von Werkstattgesprächen.

Überregionale Werkstattgespräche

These: Werkstattgespräche bieten einen probaten Rahmen, um überregional und projektübergreifend gemeinsam an einem Thema wie der Implementierung von GVP nach § 132g SGB V zu arbeiten.

Als Projektträger hatte ALPHA NRW schon vor Beginn des GVP-Projektes gute Erfahrungen mit der Durchführung von landesweiten Werkstattgesprächen zu verschiedenen Themen der Hospiz- und Palliativversorgung gemacht. So waren von Projektbeginn an zwei überregional angelegte Werkstattgespräche mit folgenden Schwerpunkten geplant:

Erstes Werkstattgespräch (Oktober 2020):

- Erfahrungsaustausch der vier Projektteams
- Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in Nordrhein-Westfalen: Vorstellung weiterer Implementierungsprojekte und -konzepte
- Präsentation erster Zwischenergebnisse aus dem Projekt
- GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe: Konzepte der Implementierung³⁰

Zweites Werkstattgespräch (April 2021):

- Projektinterne Evaluation des Projektverlaufs
- Präsentation der regionalen und überregionalen Projektergebnisse
- GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe: Qualifizierungs- und Schulungskonzepte: Inklusion vs. Abgrenzung zur Altenhilfe

³⁰ Um den Bedürfnissen der Eingliederungshilfe Rechnung zu tragen, war ein Teil der Werkstattgespräche den Akteurinnen und Akteuren gewidmet, die sich speziell mit der Implementierung von GVP in der Eingliederungshilfe in NRW beschäftigen. Inhalt und Ergebnisse sind in Kapitel 8: GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe aufbereitet.

Um den praxisbezogenen Erfahrungsaustausch und das gemeinsame Arbeiten an dem gemeinsamen Thema, beides Charakteristika eines Werkstattgesprächs, konstruktiv und lebendig zu gestalten, bediente sich das Moderatorenteam von ALPHA NRW und die überregionale Projektleitung verschiedener Instrumente und Methoden, wie bspw. einer SWOT-Analyse (siehe Infobox), interaktiven Online-Abstimmungen und Online-Pinnwänden, sowie Impulsvorträgen und offenen Diskussionen, die im Folgenden erläutert werden.



Werkstattgespräch³¹

- Veranstaltung, bei der in Gesprächen und Diskussionen bestimmte Themen im Vorfeld, zu Beginn und während eines laufenden Projekts bearbeitet werden können.
- Gekennzeichnet von direktem, oft informellem, praxisbezogenem Erfahrungsaustausch
- Ziel von Werkstattgesprächen: Das gemeinsame Arbeiten an thematischen Herausforderungen sowie die kollegiale Erarbeitung von Lösungen zu spezifischen Problemstellungen.

Interregionaler Austausch der Projektteams

Die Vormittage der Werkstattgespräche waren für den internen Austausch der Projektteams untereinander und den Projektverantwortlichen von ALPHA NRW vorbehalten. Beim ersten Werkstattgespräch, das im Oktober 2020 stattfand, lag der Fokus auf dem persönlichen Kennenlernen der Teammitglieder, dem Austausch über den Stand des Projektes in den einzelnen Regionen und den bisher gemachten Erfahrungen. Neben informellen Berichten aus den einzelnen Regionen, hatten alle Projektteams im Vorfeld der Veranstaltung eine Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT-Analyse) bzgl. der Projektarbeit in ihrer jeweiligen Region durchgeführt und stellten diese im Laufe des Vormittags vor.



SWOT-Analyse

- Methodisches Instrument zur Standortbestimmung und strategischen Planung
- Englischsprachiges Akronym für Strengths – Stärken, Weaknesses – Schwächen, Opportunities – Chancen und Threats – Risiken
- Auch Stärken-Schwächen-Analyse genannt



SWOT-Analyse zur regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in den Projektregionen anhand folgender Fragen

- Wie war die regionale Ausgangssituation?
- Welche Ziele will die Region im Rahmen des Projekts erreichen?
- Wie ist der aktuelle Stand?
- Wo liegen die Herausforderungen?
- Wie ist man bisher den Herausforderungen begegnet?

³¹ Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Werkstattgespräch>, <https://www.dwds.de/wb/Werkstattgespräch>

Durch den informellen Charakter und den geschlossenen Rahmen des Vormittags konnte eine persönliche und vertrauensvolle Atmosphäre zwischen den vier Projektteams aufgebaut werden, wie dies eine der regionalen Projektkoordinatorinnen im Nachgang des ersten Werkstattgesprächs erklärte:

„Den Austausch mit den Kolleginnen aus den anderen Projektregionen habe ich als sehr hilfreich empfunden. Es war wichtig für mich zu erfahren, dass sie zum Teil vor ähnlichen Herausforderungen in der Netzwerkarbeit standen wie wir, und welche Lösungsansätze sie verfolgten und mit ihnen über gemeinsame Lösungen nachzudenken.“

Während des Austauschs zwischen den Projektteams konnten durch die Berichte aus den Regionen und die gemeinsam unternommene SWOT-Analyse thematische Überschneidungen und Herausforderungen ermittelt werden, die auf eine überregionale Relevanz in Bezug auf die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V schließen ließen. So zeigte sich etwa, dass das Thema regionale Notfalldokumentation in allen Regionen einen hohen Stellenwert hatte. In allen Regionen hatten sich hierzu Arbeitsgruppen gebildet. Zudem verdeutlichten sich die Unterschiede im Stand der Netzwerkarbeit. In allen Regionen gab es zunächst Schwierigkeiten, bestimmte Zielgruppen zu aktivieren und zur Mitarbeit zu motivieren. Hier konnte gemeinsam an Lösungen gearbeitet werden.

Evaluierung des Projektprozesses

Beim zweiten Werkstattgespräch, das pandemiebedingt im April 2021 als Live-Online-Veranstaltung stattfinden musste und gleichzeitig den Projektabschluss kennzeichnete, waren am Vormittag neben den Projektteams, der Projektleitung und dem Projektträger auch ausgewählte Projektpartnerinnen und -partner aus den vier Regionen anwesend. Bevor am Nachmittag dem ausgewählten NRW-weiten Teilnehmerkreis die regionalen und überregionalen Projektergebnisse vorgestellt wurden, standen an diesem Vormittag im Vordergrund:

- die Evaluierung des Projektprozesses,
- die Statusermittlung der Netzwerkaktivitäten in den vier Regionen (siehe Kapitel 3: Evaluation der Netzwerkarbeit),
- die Darstellung des GVP-Implementierungsprozesses im regionalen Netzwerk (siehe Kapitel 9: Initiierung einer regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V)

Um den Projektprozess zu evaluieren, waren die Teilnehmenden vorab gebeten worden, in einem Padlet, einer Online-Pinnwand, anonym zu beschreiben, was sie im GVP-Projekt rückblickend anders machen würden. Die gesammelten Punkte bezogen sich vornehmlich auf

- das strategische Herangehen an regionale Projekte,
- die Kommunikation teamintern und netzwerkintern,
- (Selbst-)Management und Organisation, wie bspw. Zeitplanung, Ressourcen und Dokumentation

In einer moderierten Diskussion wurden die gesammelten Punkte näher erläutert und diskutiert. Mehrfach wurde hier u.a. als bedeutsam benannt, mehr Fokus auf die Vorarbeiten für die Netzwerkentwicklung zu legen, wie auch auf eine kontinuierliche Gewinnung weiterer relevanter Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner.

Die Arbeit mit der digitalen Pinnwand erwies sich als sehr hilfreiche Methode, da auf Grund des Online-Formats nicht mit Stellwänden und Metakarten gearbeitet werden konnte. Ein weiterer Vorteil war, dass die Teilnehmenden sich bereits vorab Gedanken zu dem Thema gemacht hatten und die Ergebnisse nun interaktiv mit allen Beteiligten in dem Padlet bearbeitet, ergänzt und gebündelt werden konnten.



Online-Pinnwand zur Evaluation des Projektprozesses

Darstellung des GVP-Implementierungsprozesses

Ein weiteres Thema, das mittels einer Online-Pinnwand im Rahmen des zweiten Werkstattgesprächs bearbeitet wurde, war die Darstellung des GVP-Implementierungsprozesses auf einer Zeitachse. Dazu wurden im Vorfeld der Veranstaltung die vier regionalen Projektteams gebeten, auf einem jeweils vorangelegten Zeitstrahl ihre verschiedenen Projektaktivitäten einzutragen. Anhand dieser vier Zeitstrahlen erarbeitete die Projektleitung eine Gesamtzeitachse, die alle von den vier Projektteams aufgeführten Implementierungsschritte aufwies. Dabei wurde ersichtlich, dass sich die Vorgehensweisen und die Abläufe bei der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk in vielerlei Hinsicht ähnelten oder in Teilen identisch waren.

Im Werkstattgespräch wurde dieser Gesamtprozess auf der Online-Pinnwand durch die Beteiligten interaktiv betrachtet, erläutert und ergänzt (Abbildung: siehe Kapitel 9, Seite 58-59). Für die Projektbeteiligten war es sehr befriedigend, auf einen Blick erfassen zu können, was sie in ihren Regionen seit Projektbeginn

alles initiiert, umgesetzt und erreicht hatten. Positiv erlebt wurde darüber hinaus, dass aus ihrem gemeinsamen Tun in den Projektregionen und das Zusammenführen der Ergebnisse durch die Projektleitung ein verallgemeinerbarer Implementierungsprozess von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk herausgearbeitet werden konnte, der wiederum weiteren Regionen bei deren künftigen Umsetzungsprozessen hilfreich sein kann.

Weiterer Austausch der regionalen Projektteams

Die Projektteams der vier Projektregionen arbeiteten mit den Teilnehmenden der Runden Tische autark an den Bedarfen ihrer jeweiligen Region, empfanden den Austausch mit den anderen Projektteams im Rahmen der Werkstattgespräche allerdings als sehr unterstützend und bereichernd. Um den geknüpften Kontakt nach dem ersten Werkstattgespräch zu halten und zu intensivieren, fanden im weiteren Projektverlauf mehrere moderierte Videokonferenzen mit den Projektteams statt. Aus den Onlinetreffen entstand teilweise ein persönlicher Kontakt zwischen einzelnen Projektmitarbeitenden aus unterschiedlichen Regionen per E-Mail und Telefon, die einander berieten und mit Ideen und Rat unterstützten. Rückblickend hätten sich die Projektteams einen noch stärkeren Austausch zwischen den vier regionalen Teams gewünscht, der zwar geplant, aber pandemiebedingt zeitweise in den Hintergrund geraten war.

Externer überregionaler Austausch in den Werkstattgesprächen

Die Nachmittage der Werkstattgespräche dienten dem Austausch zwischen den Beteiligten der Projektregionen und weiteren GVP-Experten aus NRW. Dieser Austausch mit Personen außerhalb der Projektregionen, die sich schon lange mit dem Thema GVP nach § 132g SGB V beschäftigen und intensiv mit der praktischen Umsetzung befasst sind (siehe Kapitel 1), diente als Rückkopplung für die Projektaktivitäten.

Im Fokus des ersten Werkstattgesprächs stand der gemeinsame Austausch zum Stand der regionalen Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in Nordrhein-Westfalen. In vier Impulsvorträgen berichteten Prof. Dr. Jürgen in der Schmitt (Leiter der BEVOR Studie, Düsseldorf), Sabine Westerfeld (Celitinnen Köln, BVP Beratung Köln), Veronika Schönhofer-Nellessen (Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen/ GVP mit Aachener System) und Karin Gollan (Fachstelle Ethik Malteser Deutschland) über ihre Erfahrungen in der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V. Die vier Referentinnen und Referenten verfolgen zum Teil sehr unterschiedliche Herangehensweisen an die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V. Anhand dieser Erfahrungsberichte aus verschiedenen Regionen des Landes wurden die unterschiedlichen Ausgangslagen und Herangehensweisen an die regionale Implementierung von GVP nach § 132g SGB V vorgestellt und die damit verbundenen Vorteile und Herausforderungen wertneutral beleuchtet.

Im Anschluss an die Impulsvorträge war Raum für Fragen und Diskussion, was die Teilnehmenden rege annahmen. Die Teilnehmerinnen der Projektteams empfanden den Input der Referentinnen und Referenten und deren Feedback zum Projekt als sehr inspirierend und wertvoll für die eigene Projektarbeit.



Erfahrungsberichte aus den Regionen des ersten GVP-Werkstattgesprächs

- Advance Care Planning – Behandlung im Voraus Planen in Köln – Sabine Westerfeld
- Das Konzept der zentralen Kooperation zur regionalen Implementierung von ACP im Rahmen des § 132g SGB V – Prof. Dr. Jürgen in der Schmitt
- Regionale Implementierung GVP nach § 132g SGB V in der StädteRegion Aachen – Herausforderungen in einem interdisziplinären Netzwerk – Veronika Schönhofer-Nellessen
- Eine trägerweite Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V: Effekte auf die regionale Vernetzung – Karin Gollan
- Vorstellung erste Ergebnisse aus dem Projekt – Catrin Beu

Der Nachmittag des zweiten Werkstattgesprächs diente ausschließlich der Vorstellung und Diskussion der regionalen und überregionalen Projektergebnisse, die in dieser Dokumentation aufbereitet sind. Eingeladen zur Teilnahme waren Vertreterinnen des MAGS NRW, ausgewählte Akteurinnen und Akteure aus den beteiligten Projektregionen, die Teilnehmenden der im Januar 2019 etablierten Expertenrunde (siehe Kapitel 1), die Referentinnen und Referenten des ersten Werkstattgesprächs und weitere an der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V interessierte Personen aus NRW. Die Teilnehmenden wertschätzten die Projektergebnisse und begrüßten den konstruktiven Austausch und hofften, mit dieser Veranstaltung den Grundstein für ein künftiges landweites Forum zur Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V zu legen, um voneinander zu lernen, gemeinsam die Implementierung von GVP nach § 132g SGB V voranzutreiben und weiterzuentwickeln.

Fachtagung Vernetzung in der Region unterstützen – Von Netzwerken profitieren

Im August 2020 fand zusätzlich zu den regionalen und landesweiten Projektaktivitäten im Landesteil Westfalen-Lippe eine Fachtagung zum Thema der regionalen Implementierung von GVP nach § 132g SGB V statt. Vertreterinnen und Vertreter aus ausgewählten Regionen aus Westfalen-Lippe stellten hier ihre Konzepte und Herangehensweisen zur Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in ihren Organisationen und Regionen vor.

Vorteile von überregionalem Austausch regionaler GVP-Netzwerke

Aus den oben beschriebenen Erfahrungen im GVP-Projekt zeigte sich, dass es bei dem Aufbau und der Pflege eines regionalen GVP-Netzwerks (siehe Kapitel 3: Regionale Zusammenarbeit und Netzwerkentwicklung- und -pflege) sinnvoll ist, sich auch aktiv mit anderen regionalen GVP-Netzwerken und Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung vom Menschen am Lebensende überregional zu vernetzen.

Dazu ist es hilfreich, bestehende regionale GVP-Verbünde und laufende Implementierungsprojekte oder -studien zu recherchieren und die entsprechenden Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner zu kontaktieren. Für regionale GVP-Netzwerke können bspw. die regionalen Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung eine Anlaufstelle sein. Oft kann es bspw. hilfreich sein, sich zunächst mit den Nachbarregionen zu vernetzen, wohin oftmals schon Kontakte und manchmal auch Zusammenarbeiten und Austausch bestehen.

Von einem überregionalen Austausch profitieren die jeweiligen regionalen Netzwerke, die einzelnen Beteiligten und nicht zuletzt die betroffenen Menschen, deren Wünsche in der letzten Lebensphase mit mehr Selbstverständlichkeit umgesetzt werden können.



Vorteile von überregionalem Austausch regionaler GVP-Netzwerke

- Problemlösungen können überregional ausgetauscht werden
- Entwicklung übertragbarer Modelle und Konzepte für verschiedene Regionen (z.B. Notfalldokumente)
- Erkenntnisse verbleiben nicht nur in einer Region, sondern können von allen geteilt weiterentwickelt werden
- Neue Anknüpfungspunkte zu GVP-relevanten Themen in einem landesweiten/überregionalen Netzwerk
- Kompetenzgewinn und Gewinn neuer Perspektiven für beteiligte Netzwerkpartner, Institutionen, Einrichtungen und Mitarbeitende
- Kooperationen steigern die überregionale Wahrnehmung lokaler Projekte

Mangelnde Übertragbarkeit von Modellen und Konzepten

Nicht alle Modelle und Konzepte eignen sich für jede Region oder für jede Institution. Auch manche Netzwerkstrukturen sind nicht übertragbar. Hier gilt es, in einer Haltung der Wertschätzung und Akzeptanz Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren, deren Vor- und Nachteile zu diskutieren und zu reflektieren, ob eine gemeinsame Annäherung zielführend für eine überregionale Versorgung ist.





Kapitel 5

Sektorenübergreifende Prozesse – Von Schnittstellen zu Nahtstellen

Identifikation von Schnittstellen bei der Umsetzung von Wünschen und Willen am Lebensende

These: Menschen unterschiedlicher Professionen und mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen innerhalb und außerhalb einer Einrichtung müssen aufeinander abgestimmt agieren und sich auf vereinbarte Abläufe verlassen können.

Im Rahmen der Runden Tische in Bielefeld und im Kreis Borken, stellten sich die Teilnehmenden die Frage, welche Akteurinnen und Akteure zu welchem Zeitpunkt Kenntnis über die individuellen Voraussetzungen eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin haben müssen, damit die Verfügungen der Person im Akutfall umgesetzt werden. So muss beispielsweise jemand das externe SAPV-Team zur Mitbehandlung bei hoher Symptomlast oder bei einem besonderen Versorgungsaufwand am Lebensende anfragen. Dies kann bspw. durch die Wohnbereichsleitung oder die behandelnde Hausärztin bzw. den behandelnden Hausarzt geschehen. Außerdem muss gewährleistet sein, dass die Informationen über die Willensbekundungen der/des Betroffenen für alle Beteiligten zur Verfügung stehen. Damit dies reibungslos gelingt, müssen Archivierung, Zugriff, Transfer der Dokumente, Abläufe wie Informationsweitergabe (auf welchem Weg und durch welche Person) definiert und festgelegt werden.

Um die Voraussetzungen zur Erstellung und Etablierung von solchen sektorenübergreifenden Prozessen zu ermitteln, beschäftigten sich die Teilnehmenden der Runden Tische mit folgenden Fragestellungen:

- Welche Personen sind zu welchem Zeitpunkt an der konkreten Umsetzung von Behandlungswünschen beteiligt?
- Wo liegen die Schnittstellen zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren?
- Wie kann der Informationsfluss zwischen diesen Beteiligten sichergestellt werden?

Die Schnittstellen liegen einerseits innerhalb der stationären Einrichtungen, wie bspw. zwischen Wohnbereichsleitungen, Pflegedienstleitungen, GVP-Gesprächsbegleitenden, den Pflege- und Betreuungskräften, dem sozialen Dienst bis hin zur Hauswirtschaft. Andererseits liegen relevante Schnittstellen zwischen den Mitarbeitenden der Einrichtung und externen Beteiligten der Gesundheitsversorgung. Wichtige Schnittstellen liegen hier zwischen den Pflegefachkräften und dem Rettungsdienst, dem Aufnahmepersonal im Krankenhaus, den Hospizdiensten und Palliativversorgern. Aber auch im Fall physiotherapeutischer Behandlungen, psychosozialer Betreuung oder Ernährungsberatung am Lebensende durch externe Therapeutinnen und Therapeuten muss der Informationsfluss zwischen den jeweils Beteiligten gewährleistet werden.



GVP-relevante Personen innerhalb der Einrichtungen:

- Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- Pflegefachkräfte
- Bezugspflegekräfte
- Betreuungsdienst
- Sozialdienst
- ehrenamtliche Sitz-/Nachtwachen

GVP-relevante Personen außerhalb der Einrichtungen:

- Vertretungspersonen: Vorsorgebevollmächtigte und gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer
- evtl. weitere An- und Zugehörige
- Einrichtungsträger
- Kommune
- Krankenkassen
- Regionale Hospiz- und Palliativdienste
- Regionale Netzwerke der Gesundheitsversorgung (z.B. Ärztenetzwerke, Hospiz- und Palliativnetzwerke)
- Rettungsdienste: Notärztinnen und Notärzte sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter
- Krankentransportdienste (bei Verlegung z.B. ins Krankenhaus)
- Krankenhäuser (hier insbesondere die Personen in der Aufnahme)
- Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen, insbesondere bei speziellen Vorerkrankungen der betroffenen Person
- Therapeutinnen und Therapeuten für besondere Anwendungen (Physiotherapie, Logopädie u.ä.)
- spirituelle Begleiterinnen und Begleiter

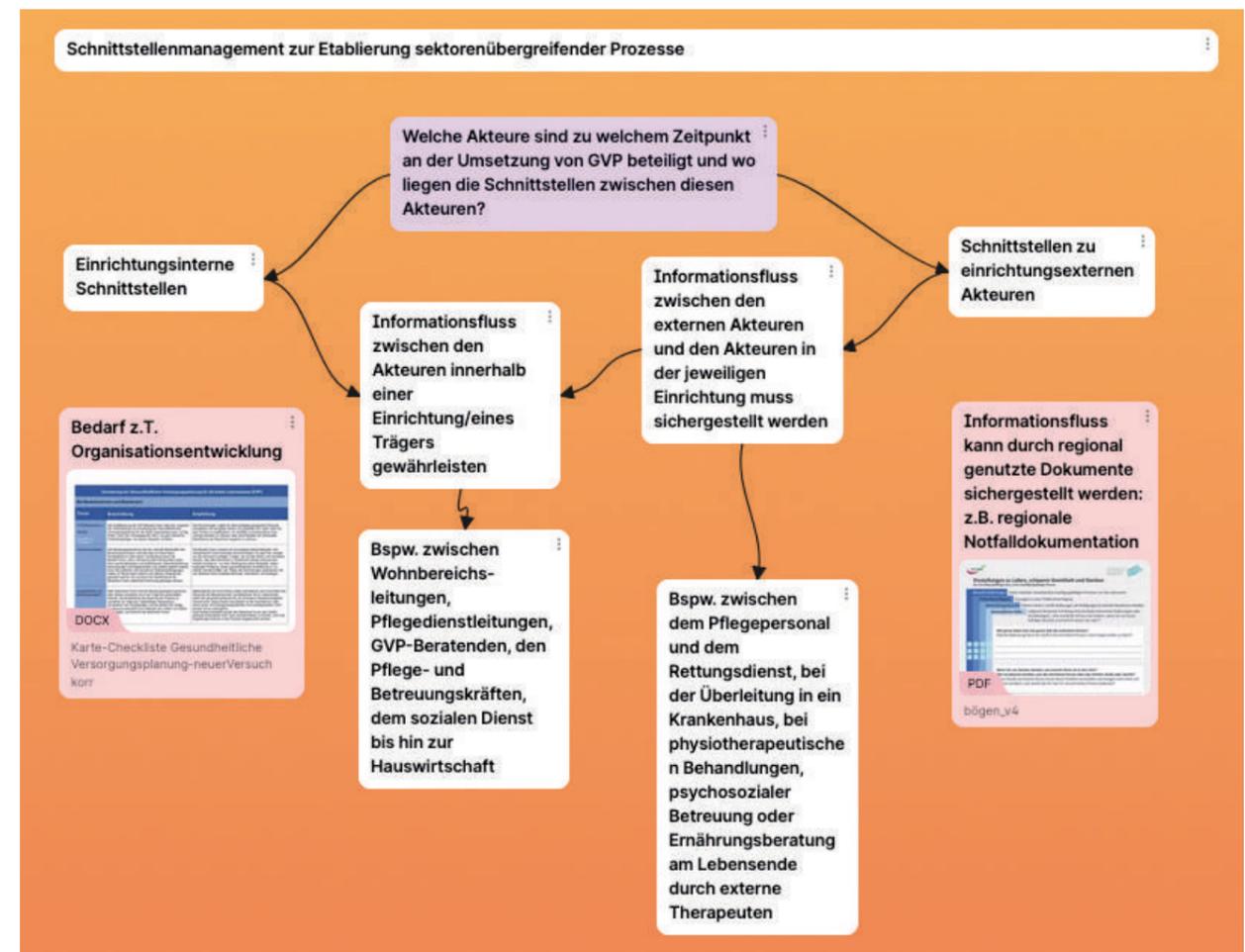


Abb. Schnittstellenmanagement: Digitale Pinnwand erstellt im Rahmen des Projektes und in Vorbereitung des 2. Werkstattgespräches



Informationsfluss und Dokumentation

- Eine fest definierte Gestaltung der Kommunikation ist sinnvoll, um den Informationsfluss zwischen den Beteiligten zu gewährleisten. Dazu sollte festgelegt werden, wer informiert wen, zu welchem Zeitpunkt und auf welchem Weg (telefonisch, per E-Mail etc.).
- Um die Übersicht über die festgelegten Wünsche und Willen einer Person zu behalten, sollte die Anzahl der vorgehaltenen Dokumenten möglichst gering gehalten werden. Ohne für die Region einheitlich geltende Dokumente, wie bspw. ein regional verwendeter Notfallbogen und Krisenplan, sinkt die Chance, dass Wünsche und Willen der Bewohnerinnen und Bewohner in jeder Situation zur Kenntnis gelangen und auch soweit als möglich umgesetzt werden.
- Als Dokumentationsplattform kann in der Einrichtung die Pflegedokumentation dienen. Diese sollte um die GVP-relevanten Aspekte erweitert werden. Da die von außen in die Einrichtung kommenden Versorger wie bspw. die Rettungsdienste keine Einsicht in die Pflegedokumentation haben, sind regionale Notfall- und Krisendokumente leicht zugänglich aufzubewahren.
- Die Inhalte der GVP-Dokumentation inkl. Notfall- und Krisenbögen müssen bei einem Ortswechsel (z.B. bei Verlegung ins Krankenhaus) so weitergegeben werden, dass die dort tätigen Versorgerinnen und Versorger von ihnen Kenntnis haben.
- Für Krankenhauspersonal muss in der Dokumentation eine konkrete Kontaktperson benannt werden, die über die Behandlungswünsche der/des Betroffenen informieren kann, wie Vorsorgebevollmächtigte oder gesetzliche Betreuungspersonen, die bei Einwilligungsunfähigkeit Behandlungsentscheidungen im Sinne der betroffenen Person treffen.
- Neben den regulär enthaltenen Angaben zu den Wertvorstellungen, Behandlungswünschen, Notfall- und Krisenplanung der betreffenden Person, sollte die Dokumentation auch Hinweise auf Wünsche zur Besuchs- und Begleitstruktur enthalten – eine wesentliche Erkenntnis aus den Erfahrungen mit harten Einschränkungen im Rahmen der Covid19-Pandemie.

Entwicklung einer regionalen Notfalldokumentation als sektorenübergreifender Prozess

These: Gerade in unvorhergesehenen medizinischen Notfällen, wenn Entscheidungen möglichst rasch getroffen werden müssen, kommt regional einheitlichen und sektorenübergreifenden Prozessen eine große Bedeutung zu.

Für solche Situationen wünschten sich die Projektregionen eine regional einheitliche und verbindliche Dokumentation für den Notfall. Diese sollte den Mitarbeitenden der stationären Einrichtungen und des Rettungswesens Rechts- und Handlungssicherheit geben, um den Willen der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechen zu können und zu dürfen. Die zu Projektbeginn bereits vorhandenen Notfallbögen waren weder regional einheitlich noch wurden sie flächendeckend genutzt oder vom Rettungswesen anerkannt.

In allen Projektregionen bildeten sich Arbeitsgruppen für die Entwicklung eines regional einsetzbaren und verbindlichen Dokuments für den medizinischen Notfall mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Rettungsdienst, der Ärzteschaft, der Hospiz- und Palliativversorgung und den stationären Einrichtungen. Hier wurden zunächst die regional verwendeten Dokumente verglichen und anhand ihrer Zielsetzung und -gruppen, ihrer Form, der Situationen, in denen die Festlegungen gelten, gegenübergestellt. Es zeigte sich, dass die Notfallbögen für verschiedene Zielgruppen konzipiert waren: Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen der Altenpflege und der Eingliederungshilfe, Menschen mit kognitiven Einschränkungen, Patientinnen und Patienten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Palliativpatientinnen und -patienten im regionalen Palliativnetz oder in einem Krankenhaus. Damit unterschied sich auch die Zielsetzung der verglichenen Bögen: Einige wurden als Verfügung des Willens der betroffenen Person erstellt, andere als ärztliche Anordnung für den Notfall, um den Beginn einer lebenserhaltenden Therapie zu bestätigen oder Maßnahmen mit dem Ziel lebensrettender Therapie einzuschränken, andere mit Medikation zur Symptomlinderung in Krisensituationen am Lebensende.

In den Diskussionen der beteiligten Akteurinnen und Akteure wurde die Entwicklung eines regionalen Bogens für den medizinischen Notfall mit einer gemeinsamen Begrifflichkeit für sehr sinnvoll erachtet. Ziel müsse es sein, auf einen Blick erkennen zu können, welche Maßnahmen aufgrund des zuvor dokumentierten Wunsches und Willen der betroffenen Person durchzuführen oder zu unterlassen sind. Wichtig sei die Installation eines schnell übersichtlichen Systems, das als Handlungsanweisung mit der Verbindlichkeit einer ärztlichen Anordnung schnell verständlich und gut nachvollziehbar ist.

Die Teilnehmenden erarbeiteten auf Basis der analysierten Dokumente sowie der Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo), einem national anerkannten Notfallplan der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DiV-BVP (Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen e.V., seit Sommer 2022 ACP-Deutschland e.V.)³², ein jeweils eigenes regionales Dokument³³.

The image shows three sample forms for medical emergency documentation. The first form, 'Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben', is a questionnaire for patients or their representatives to express their wishes regarding life, serious illness, and death. The second form, 'Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)', is a medical order for emergency treatment, detailing the patient's name, address, and specific treatment goals (e.g., life-sustaining, symptom control, or palliative care). The third form, 'Krisenbogen', is a crisis plan for acute situations, listing emergency contacts, medical history, and current symptoms.

The image shows a sample form titled 'Bielefelder Ärztliche Notfall-Anordnung (BÄNA)'. It is a medical order for emergency treatment, detailing the patient's name, address, and specific treatment goals (e.g., life-sustaining, symptom control, or palliative care).

The image shows a sample form titled 'Verfügung für den medizinischen Notfall'. It is a declaration of the patient's wishes for emergency treatment, detailing the patient's name, address, and specific treatment goals (e.g., life-sustaining, symptom control, or palliative care).

³² <https://www.acp-d.org/schulungen/>

³³ Ausgebildete GVP-Gesprächsbegleitende können die im Projekt entwickelten Notfallbögen in den vier Modellregionen erhalten. Kontaktadressen sind im Anhang verzeichnet.



Notfallbogen vs. Krisenplan³⁴

Notfallbögen und Krisenpläne sind Instrumente zur Festlegung von Behandlungen und Behandlungswünschen in lebensbedrohlichen akuten Situationen und gesundheitlichen Krisen am Lebensende. In bestimmten Fällen gehören sie fest zusammen. Dennoch haben sie eigene Geltungsbereiche und dürfen nicht vermischt oder verwechselt werden.

Der Notfallbogen

- legt die Behandlungswünsche für einen akuten lebensbedrohlichen Notfall fest, bspw.:
 - Soll mit einer uneingeschränkten Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung begonnen werden, sofern dies medizinisch möglich und vertretbar ist?
 - Soll eine invasive (in den Körper eingreifende) Beatmung durchgeführt werden?
 - Soll eine Krankenhauseinweisung erfolgen?
 - Soll eine Verlegung auf die Intensivstation erfolgen?
 - Oder sollen anstatt lebensverlängernder Maßnahmen ausschließlich lindernde Maßnahmen im Rahmen der Palliativversorgung durchgeführt werden, wenn möglich im bisherigen oder gewünschten Umfeld?
- gilt für den Fall, dass die betroffene Person in einer akuten lebensbedrohlichen Situation nicht einwilligungsfähig ist.
- gilt mit der Unterschrift der betroffenen Person oder ihrer Vertretungsperson (vorsorgebevollmächtigte oder gesetzliche Betreuungsperson) als Willensbekundung.
- gilt mit der zusätzlichen Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes als ärztliche Anordnung.

Ein Krisenplan

- ist eine im Voraus von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt getroffene ärztliche Anordnung, um Behandlungen in Krisensituationen im Voraus zu planen,
- gilt für medizinische Krisen in der letzten Lebensphase,
- beschreibt konkrete Beschwerden und Behandlungsanordnungen, wie etwa Medikamentengabe im Rahmen der Sterbegleitung zur Linderung von Schmerzen, Luftnot, Angst oder Unruhe, sowie die Verordnung von Bedarfsmedikation,
- gibt den mit der Versorgung betrauten Personen konkrete Handlungsanweisungen,
- wird von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt gemeinsam mit den Betroffenen oder seiner rechtlichen Vertretung erstellt und von der Ärztin/dem Arzt unterzeichnet,
- kann eine Ergänzung zum Notfallbogen sein, falls die betroffene Person keine Mitnahme mehr ins Krankenhaus oder ausschließlich eine palliative Behandlung wünscht.

Implementierung eines regionalen Notfalldokuments

These: Notfalldokumente müssen regional implementiert werden, um wirksam zu sein.

In der Erarbeitung der Notfallbögen in den Regionen zeigte sich, dass solche Dokumente in der jeweiligen Region aktiv eingeführt werden müssen, damit sie genutzt und beachtet werden.

Dazu benötigt es,

- die Kenntnis und die Akzeptanz des Rettungsdienstes,
- Schulungen für einen verantwortungsvollen Umgang,
- die Information aller weiteren relevanten Zielgruppen.

Kenntnis und Akzeptanz des Rettungsdienstes

Ein Notfallbogen verliert seine Wirksamkeit, wenn das Dokument in einer lebensbedrohlichen Situation nicht vom Rettungsdienst anerkannt wird. Das Resultat ist dann möglicherweise, dass entgegen den Willen

der betroffenen Person gehandelt wird. Um dem vorzubeugen, wurden in der Entwicklung der regionalen Notfallbögen im Rahmen des Projektes die Notärztinnen und -ärzte und die Notfallsanitäterinnen und -sanitäter aus den Regionen von Beginn an in die Diskussion und die Erarbeitung der Dokumente miteinbezogen.

Um sicherzustellen, dass der neuentwickelte Notfallbogen allen im Rettungswesen tätigen Personen bekannt ist, plante die Region Bielefeld das erstellte Dokument zusätzlich in das Qualitätsmanagementsystem des Rettungsdienstes zu integrieren.

Im Kreis Borken informierte der ärztliche Leiter des Rettungswesens, der maßgeblich an der Entwicklung des regionalen Notfalldokumentes für den Kreis Borken beteiligt war, mittels einer Verfahrensanweisung die Mitarbeitenden des Rettungswesens über die Existenz und den Umgang mit dem Notfallbogen in der Akutsituation.

Schulungen für einen verantwortungsvollen Umgang und Information aller weiteren relevanten Zielgruppen

Die Notfallbögen sollten von betroffenen Personen nur mit speziell geschulten Gesprächsbegleitenden oder hausärztlicher Unterstützung ausgefüllt werden, damit im Ernstfall aufgrund von Missverständnissen nicht lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden, obwohl ihre Durchführung gewünscht war oder umgekehrt. Damit Hausärztinnen und Hausärzte den Gesprächsprozess angemessen unterstützen können, müssen sie um den Einsatz und die Bedeutung des Dokumentes wissen. Deshalb wird bspw. ärztliche Anordnung Notfall in der Region Bonn/Rhein-Sieg mit einem entsprechenden Schulungskonzept für Ärztinnen und Ärzte verbunden.

Neben ärztlichem Personal müssen auch alle Personen, die in den stationären Einrichtungen in der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohnern involviert sind, den Umgang mit dem Notfallbogen kennen, um im Ernstfall adäquat reagieren zu können. Deshalb haben sich bspw. die Seniorenzentren der Stadt Bonn dazu entschieden, ab 2022 spezielle Schulungen und Informationsveranstaltungen für alle Mitarbeitenden mit Bewohnerkontakt und vor allem für alle Pflegefachkräfte durchzuführen.

Auch das Netzwerk für Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg plant ab Herbst 2022 entsprechende Informationsveranstaltungen durchzuführen. Weitere Informations- und Schulungskonzepte sollen u.a. auf den Umgang mit Krisensituationen (z.B. akute Luftnot) oder die Umsetzung der in der GVP nach § 132g SGB V dokumentierten Behandlungswünsche in Notfallsituationen vorbereiten.

³⁴ Vgl. Projektbroschüre „Was Sie bestimmen, zählt. Vorsorge treffen für die letzte Lebensphase“



Kapitel 6

Institutionelle Implementierung & Organisationsentwicklung

These: GVP nach § 132g SGB V erfordert institutionelle Implementierung und Organisationsentwicklung

In den Projektregionen wurde im Zusammenhang mit dem Aufbau sektorenübergreifender Prozesse diskutiert, welche Voraussetzungen dafür in den einzelnen stationären Einrichtungen geschaffen werden müssen. Dabei wurde festgestellt, dass die sektorenübergreifenden Prozesse konkrete Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe und das Organisationsmanagement in den Einrichtungen haben können. Damit die Etablierung dieser neuen Abläufe gelingt, ist es wichtig, alle von möglichen Änderungen betroffenen Mitarbeitenden möglichst frühzeitig in die Planung neuer Prozesse einzubeziehen, ihre Bedürfnisse und Anforderungen zu erfragen, diese anzuerkennen und möglichst in die neuen Abläufe zu integrieren. Werden Veränderungen in Handlungsabläufen beschlossen, sollten alle Akteurinnen und Akteure rechtzeitig darüber informiert werden.

Im Projektzeitraum wurden in den Regionen die GVP-Gesprächsbegleitungen in den stationären Einrichtungen meist von internen Mitarbeitenden aus der Pflege oder dem Sozialen Dienst organisiert und durchgeführt. Nach ihrer Ausbildung stießen die neuen Gesprächsbegleitenden in ihrem Arbeitsalltag oft auf unerwartete Herausforderungen.

Dazu gehören u.a.

- die Frage, wann der richtige Zeitpunkt für ein Beratungsgespräch ist,
- die Einbindung behandelnder Hausärztinnen und Hausärzte sowie vorsorgebevollmächtigte An- und Zugehörige in den Gesprächsprozess,
- die Erkenntnis, über ein gewisses Maß an medizinischem und pflegerischem Wissen verfügen zu müssen oder
- das mangelnde Wissen von Kolleginnen und Kollegen über die konkrete Arbeit der Gesprächsbegleitenden.

Als Ergebnisse der Arbeit in den Runden Tischen konnten in den Projektregionen Faktoren für eine gelingende Implementierung von GVP nach § 132g SGB V innerhalb stationärer Einrichtungen identifiziert werden.

Faktoren für gelingende GVP nach § 132g SGB V innerhalb der Einrichtungen

- (Weiter-)Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur in der Einrichtung, dabei sind GVP nach § 132g SGB V und Palliative Care nicht gleichzusetzen,
- aktive Auseinandersetzung der Einrichtungsleitung mit GVP nach § 132g SGB V und den daraus folgenden Konsequenzen für alle Beteiligten,
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden für GVP nach § 132g SGB V,
- Klärung von Erwartungen der Gesprächsbegleitenden, der Einrichtungsleitung und allen an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligten Akteurinnen und Akteure an die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in der Institution,
- Rollenklarheit der Gesprächsbegleitenden und allen an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligten Akteurinnen und Akteure (Was sind meine Aufgaben?),
- kommunikative Fähigkeiten und Krisensicherheit der Gesprächsbegleitenden und allen an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligten Akteurinnen und Akteure,
- Wachsamkeit und Wissen der Gesprächsbegleitenden und allen an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligten Akteurinnen und Akteure um fluktuierende Wünsche des/der Einzelnen bzgl. des Lebensendes,
- Qualitätsmanagement und Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in der Organisation,
- Unterstützungsangebote für die Gesprächsbegleitenden, wie beispielsweise Supervisionen und Fallgespräche,
- Netzwerkarbeit auch außerhalb der Institution.

Um die Voraussetzungen einer gelingenden Umsetzung von Behandlungswünschen von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase in den Einrichtungen zu identifizieren, beschäftigten sich in den Regionen Bielefeld und Kreis Borken jeweils ein Runder Tisch näher mit der Frage, wer im Laufe der Lebenszeit einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners in der Einrichtung mit deren/dessen Wünschen zum Lebensende in Berührung kommt und für deren Umsetzung Verantwortung übernimmt. Dazu wurde anhand eines Zeitstrahls das Wohnen in der Pflegeeinrichtung und die (gesundheitlichen) Krisen eines fiktiven Bewohners und die Umsetzung seiner GVP nach § 132g SGB V dargestellt. Anhand dieser grafischen Darstellung lokalisierten die Teilnehmenden die typischen Schnittstellen und identifizierten mögliche beteiligte Akteurinnen und Akteure.

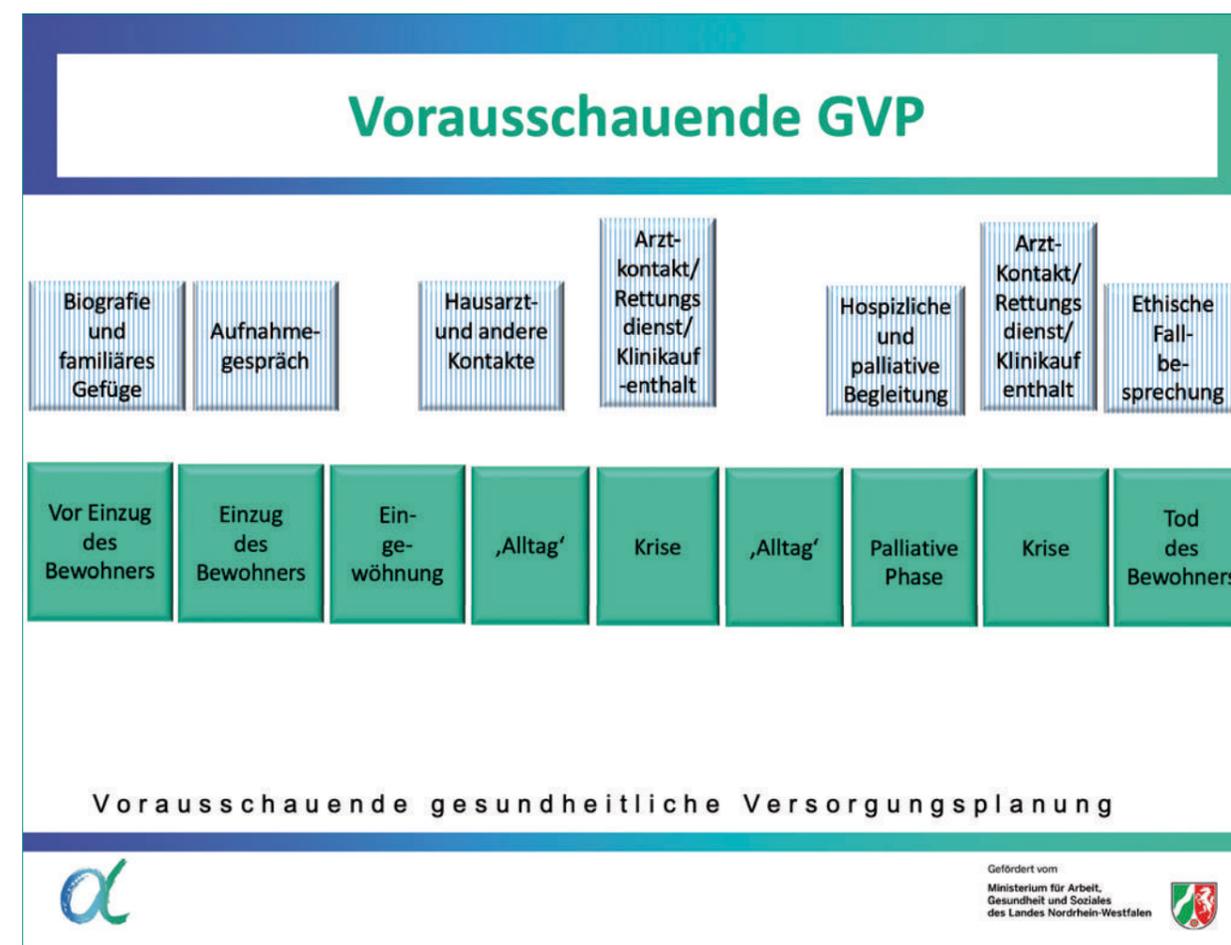


Abb.: Vorausschauende GVP nach § 132g SGB V: Gesundheitliche Krisen und beteiligte Versorgende

Darstellung der internen und externen Netzwerke

Bei der Identifizierung der einzelnen Akteurinnen und Akteure (siehe Infobox GVP-relevante Personen innerhalb der Einrichtungen Kapitel 3) kann es hilfreich sein, eine Abbildung der Schnittstellen aus der eigenen Einrichtung heraus mittels einer Stakeholderanalyse zu erstellen. Erfahrungen in den einzelnen Regionen zeigten, dass eine Abbildung mit konkreten Kontaktpersonen innerhalb und außerhalb der Einrichtung davon abhing, wie weit die Implementierung fortgeschritten war. Gerade in den Anfängen der institutionellen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V zeigte sich, dass eine grafische Darstellung eine zentrale Hilfestellung für die einzelnen Beteiligten sein kann.



Stakeholderanalyse

Als Stakeholder werden Personen, Gruppen, Institutionen und Organisationen bezeichnet, die durch ein Projekt oder einen Prozess beeinflusst werden oder diese ihrerseits beeinflussen können. Diese Interessensvertreter und -vertreterinnen verfügen häufig über Wissen, Ressourcen oder Informationen, die in der Netzwerkarbeit sinnvoll eingesetzt werden können³⁵.

Bei einer Stakeholderanalyse des eigenen organisationsbezogenen GVP-Netzwerks sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Welche Akteurinnen und Akteure sind in der entsprechenden Einrichtung und darüber hinaus betroffen?
- Welche Organisationsstrukturen und -abläufe sind vorhanden?
- Wo liegen die Erwartungshaltungen und Motivationen der Beteiligten?
- Wovon können die Beteiligten profitieren?
- Auf welche Ressourcen kann zurückgegriffen werden?
- Wo liegen evtl. Konflikte oder Hindernisse?

Kontaktpersonen und Informationsfluss

Um die Umsetzung der individuellen GVP nach § 132g SGB V eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin sicher zu stellen, müssen die im Ernstfall beteiligten Akteurinnen und Akteure und die in der Einrichtung mit der Umsetzung betrauten Person namentlich bekannt sein, da das begleitende Team auch innerhalb der Einrichtung unterschiedlich ist (z.B. Vertretungsperson bei Einwilligungsunfähigkeit: vorsorgebevollmächtigte oder Betreuungsperson, Bezugspflege- oder Betreuungskraft, Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte, ehrenamtliche Hospizbegleitende, das SAPV-Team, Therapeutinnen und Therapeuten sowie weitere Begleitende und Vertrauenspersonen). Es ist daher sinnvoll, alle relevanten Akteurinnen und Akteure bewohnerbezogen namentlich zu dokumentieren. Sie sollten über die jeweiligen GVP-Gespräche, die daraus entstandenen Verfügungen und Änderungen des Gesundheitszustands einer Person informiert werden. Dies gilt sowohl für interne als auch für externe Personenkreise und muss im Bedarfsfall aktualisiert werden.

In den Runden Tischen stellte sich die Frage nach der Rollendefinition der GVP-Gesprächsbegleitenden: Ist sie oder er neben der Gesprächsführung und Erstellung der GVP-Dokumente ebenfalls für die Sicherstellung der Umsetzung in der Institution verantwortlich (one desk service) oder gibt es einen weiteren Ansprechpartner bzw. eine Ansprechpartnerin? Davon unabhängig muss diese Person

- die GVP nach § 132g SGB V der betroffenen Person kennen,
- wissen, wo die Wünsche und Willen dokumentiert sind,
- sich für die Umsetzung verantwortlich fühlen,
- den Informationsfluss zu den anderen an der Umsetzung der GVP nach § 132g SGB V beteiligten Mitarbeitenden und externen Leistungserbringenden koordinieren.

Rückmeldungen aus den Projektregionen ergaben, dass aktuell nur wenige GVP-Gesprächsbegleitende insbesondere die letzten beiden Aufgaben übernehmen. Sie fällt meist der jeweiligen Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung zu. Deshalb muss sichergestellt werden, dass nach dem Abschluss der GVP-Gespräche eine detaillierte Übergabe zwischen GVP-Gesprächsbegleitenden und Wohnbereichs- bzw. Pflegedienstleitung erfolgt, damit im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner gehandelt werden kann. Dazu gehört, dass im Bedarfsfall bspw. die beteiligten Akteurinnen und Akteure, wie Therapeutinnen und Therapeuten, Hospizbegleitende und Palliativversorgung etc. zeitnah informiert werden und sich bei Bedarf austauschen.

³⁵ In Anlehnung an <https://greenprojectsconsulting.com/projektmanagement/stakeholderanalyse/#t-1610316378344> und <https://projektmanagement-manufaktur.de/stakeholderanalyse> (letzter Aufruf 05/2022)

Auch wenn für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ein bestimmter Personenkreis zuständig ist, gilt dennoch, dass alle Mitarbeitenden der Einrichtung das Konzept der Gesprächsbegleitung von GVP nach § 132g SGB V und die Umsetzungsstrukturen im Haus kennen sollten. Daraus ergeben sich in den Einrichtungen selbst und darüber hinaus entsprechende Vernetzungsanforderungen.

Alle Mitarbeitenden einer Einrichtung sollten wissen,

- worum es sich bei dem Beratungsangebot GVP nach § 132g SGB V handelt und an wen sich interessierte Bewohnerinnen, Bewohner und An- und Zugehörige wenden können (z.B. an die GVP-Gesprächsbegleitenden),
- wer die zentralen Kontaktpersonen bezüglich der konkreten Umsetzung der GVP nach § 132g SGB V der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner sind (z.B. GVP-Gesprächsbegleitende oder Wohnbereichs- und/oder Pflegedienstleitungen),
- wo die entsprechenden Dokumente hinterlegt sind.

Dazu sind zentrale Informationsveranstaltungen für die gesamte Einrichtung und/oder dezentrale Veranstaltungen auf den Wohnbereichen sinnvoll. Ebenso muss sichergestellt werden, dass GVP nach § 132g SGB V im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeitende verankert ist.

Erfolgsgeschichte: Bielefeld – Checkkarten zur Implementierung von GVP nach § 132g SGB V

Zur Unterstützung für stationäre Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe, die gerade erst mit der Implementierung von GVP nach § 132g SGB V beginnen, erarbeitete das regionale Projektteam in Bielefeld Checkkarten mit praktischen Empfehlungen zur Umsetzung.

Die Checkkarten wurden dabei in drei Bereiche der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V unterteilt:

- bei Bewohnerinnen und Bewohnern,
- in der Institution,
- in der Region.

Auf diesen Karten sind wichtige Faktoren für die ersten Umsetzungsschritte von GVP nach § 132g SGB V mit praktischen Hinweisen und Empfehlungen übersichtlich aufbereitet. Sie sollen Einrichtungen, die gerade erst mit der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V beginnen, einen ersten Überblick verschaffen und erste Grundkenntnisse vermitteln.

Die Checkkarten finden sich auch im Anhang (Seite 87-89).

Erste praktische Hinweise und Empfehlungen zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Für Bewohnerinnen und Bewohner

Thema	Beschreibung	Empfehlung
Zugänglichkeit zum Beratungsangebot	Allen Bewohnerinnen und Bewohnern wird ein Beratungsangebot (persönlich, über Telefon, Anrufbeantworter) in der Sprache der Wahl angeboten. Die Beratung ist als dynamischer Prozess zu verstehen. Deshalb sollte eine regelmäßige Überprüfung (Evaluierung) der Festlegungen und bei Bedarf deren Anpassung erfolgen. Inhalt von Seiten des Trägers oder auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren gesetzlich Vertretenden und Vertreter. Die Gespräche sollen engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gesprächs- bzw. Beratungsprozess eingebunden werden.	Mitarbeiter der Einrichtung sollen aufzukommen sein für möglicherweise gezielte Wünsche von Bewohnerinnen und Bewohnern für das Lebensende, damit diese ggf. ein intensives Gesprächsangebot erhalten kann und GVP-Gesprächsbegleitende Ressourcen (z.B. eine oder mehrere Fachpersonen) zu Verfügung gestellt werden können. Das Gesprächsangebot ist offen zu gestalten, damit die Bewohnerinnen und Bewohner verstehen können, dass Formate, Formate und Festlegungen jederzeit geändert und angepasst werden können. Angehörige sollen ebenso wie gesetzliche Vertretenden und Vertreter in der Gesprächs- bzw. Beratungsprozess eingebunden werden.
Gesprächssituation	Die Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sind der zentrale Bestandteil der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Damit sie gelingen können, bedarf es einer guten Anlaufstelle durch die Bewohnerinnen und Bewohner, die geeignete Räume und ausreichend Zeit bedarf es einer vertrauensvollen Atmosphäre und einer wertschätzenden, wertschätzenden Gesprächsbegleitung. Die Gespräche sollen engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Verfügung gestellt werden.	Die den Prozess der Gesundheitlichen Versorgungsplanung begleitenden Beraterinnen und Berater müssen die Gesprächs- wertschätzende und empathische Kommunikation beherrschen, wie sie in den entsprechenden anerkannten Ausbildungen für GVP-Gesprächsbegleitende nach § 132g SGB V vermittelt werden. Um eine ruhige und angenehme Gesprächssituation zu schaffen, sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung wertschätzend und empathisch in der Gesprächsbegleitung zu sein. Die Gespräche sollen engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Verfügung gestellt werden.

Erste praktische Hinweise und Empfehlungen zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

In der Region

Thema	Beschreibung	Empfehlung
Schnittstellen zwischen Bewohnern und übergeordneten Organisationen	Damit die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner über die Gesundheitliche Versorgungsplanung an alle relevanten Netzwerkteilnehmer kommunizieren.	Die Kommunikation des Konzeptes nach außen ist essenziell und durch die Netzwerke unterstützen. Es ist wichtig, dass alle Beteiligten miteinander zu versetzen sind, um anderen ein sich über Chancen und Grenzen, Fähigkeiten und Leistungen in der Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung auszusprechen.
Notfalldokument	Ziel eines Notfalldokuments ist es, in der Akutsituation zielgerichtet und gemeinsam mit den regionalen Netzwerkteilnehmern und Bewohnern handeln zu können. Ein einheitliches Notfallinstrument kann mit den Gesundheitserbringern einer Region entwickelt und eingesetzt werden.	Die Erstellung eines in der Region/Kommune gehaltenen, einheitlichen und gemeinsamen mit den regionalen Netzwerkteilnehmern (Palliativversorgung, Rettungsdienst, Kommune, etc.) einheitlichen Dokuments ist sinnvoll und hilfreich. Eine Orientierung an bereits bestehenden Instrumenten (z.B. aus anderen Regionen oder überregional anerkannten Dokumenten) bietet sich an.
Regionale Weiterentwicklung GVP	Eine Vernetzung der Einrichtungen vor Ort mit weiteren Akteuren der Gesundheitlichen Versorgungsplanung in der Region ist eine wichtige Basis für einheitliche Abstimmungen, für die Vernetzung von Standards oder für gemeinsame Fortbildungen etc. Ein solches Netzwerk kann auch für die Schaffung einer Kooperationsstelle zur nachhaltigen Beratung und Weiterentwicklung der Umsetzung von GVP in der Region genutzt werden.	Die Erstellung eines in der Region/Kommune gehaltenen, einheitlichen und gemeinsamen mit den regionalen Netzwerkteilnehmern (Palliativversorgung, Rettungsdienst, Kommune, etc.) einheitlichen Dokuments ist sinnvoll und hilfreich. Eine Orientierung an bereits bestehenden Instrumenten (z.B. aus anderen Regionen oder überregional anerkannten Dokumenten) bietet sich an.
Öffentlichkeitsarbeit	Die Gesundheitliche Versorgungsplanung ist sowohl in vielen Einrichtungen als auch vielen Bürgerinnen und Bürgern noch nicht bekannt. Um die Notwendigkeit und die in verschiedenen Nutzen aufzuzeigen sowie auch deren Nachfrage anzugehen, ist die Verbreitung in der Öffentlichkeit wichtig.	Relevante Aspekte und Inhalte der Gesundheitlichen Versorgungsplanung sollten in der Region/Kommune gemeinsam erarbeitet und kommuniziert werden, um sie dann möglichst breit und auf unterschiedlichen Wegen an die Bevölkerung, aber auch an die Politik kommunizieren zu können.

Erste praktische Hinweise und Empfehlungen zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

In der Institution

Thema	Beschreibung	Empfehlung
GVP-Gesprächsbegleitende	Die Qualifikation der GVP-Gesprächsbegleitenden liegt den Vorgaben des § 132g SGB V zu Grunde. Es sind Personen zu qualifizieren, die über die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Ausdauer verfügen, um die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V zu gewährleisten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sollen sich mit den unterschiedlichen Persönlichkeiten der Gesprächsbegleitenden flexibel auf individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner reagieren zu können. Eine Recherche und ein Vergleich der Schulungsinhalte und Methoden ist ratsam, da das Angebot der Fortbildungsmöglichkeiten groß ist und unterschiedliche Qualitätsanforderungen existieren.	Die Einrichtungen sollen für die GVP-Gesprächsbegleitung geeignete Personal ausbilden und ausbauen lassen. Es empfiehlt sich, dafür eine Person zu qualifizieren oder sich einen regionalen Pool von Gesprächsbegleitenden anzuschließen, der sich an den unterschiedlichen Persönlichkeiten der Gesprächsbegleitenden flexibel auf individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner reagieren zu können. Eine Recherche und ein Vergleich der Schulungsinhalte und Methoden ist ratsam, da das Angebot der Fortbildungsmöglichkeiten groß ist und unterschiedliche Qualitätsanforderungen existieren.
Beratungs- Dokumentation	Eine Prozessdokumentation ermöglicht, werden die einzelnen Schritte sowie die Ergebnisse einer Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung dokumentieren. Als Zusatzfunktion, aber auch für den Fall, dass keine Person in der Einrichtung vorfindbar ist, werden die Inhalte und Entscheidungen in Form von Briefen oder E-Mails an die Angehörigen und gesetzliche Vertretenden und Vertreter zu übermitteln.	In den Einrichtungen sollte die Dokumentation über die Beratungsprozesse und -ergebnisse einem einheitlichen Standard folgen. Dies ist insbesondere für die Anerkennung und Umsatzbarkeit von einrichtungsumfassenden Entscheidungen im Austausch mit anderen Einrichtungen in der Region und darüber hinaus wichtig. Die Dokumentation der Beratungsinhalte und -ergebnisse werden (z.B. durch E-Mails, Briefe, Telefonate, etc.) an die Angehörigen und gesetzlichen Vertretenden und Vertreter zu übermitteln.
Datensicherheit	In Sinne der gesetzlichen Vorgaben für den Datenschutz bedarf es einer sinnvollen, aber auch notwendigen, Dokumentation der Beratungsinhalte und -ergebnisse. Eine sinnvolle Dokumentation der Beratungsinhalte und -ergebnisse ist notwendig, um die Beratungsinhalte und -ergebnisse in der Einrichtung zu dokumentieren und bei Bedarf zu rekonstruieren zu können.	Der Aspekt der Datensicherheit sollte in der jeweiligen Standards zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung (insbesondere der Datenschutz) und in der jeweiligen Standards zur Datensicherheitsaufgabe geprüft werden.
Leitbild GVP	In den Einrichtungen sollte die Implementierung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung als wichtiger Weiterentwicklungsschritt anerkannt werden. Die Gesundheitliche Versorgungsplanung sollte in der Einrichtung als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung angesehen werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sollten sich mit der Gesundheitlichen Versorgungsplanung auseinandersetzen und sich mit der Gesundheitlichen Versorgungsplanung auseinandersetzen.	In den Einrichtungen sollte die Implementierung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung als wichtiger Weiterentwicklungsschritt anerkannt werden. Die Gesundheitliche Versorgungsplanung sollte in der Einrichtung als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung angesehen werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sollten sich mit der Gesundheitlichen Versorgungsplanung auseinandersetzen und sich mit der Gesundheitlichen Versorgungsplanung auseinandersetzen.
Interne Schnittstellen	Alle Mitarbeitenden (z.B. aus Pflege, Verwaltung, Ernährung und Hauswirtschaft) werden über das Konzept und die individuelle Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung informiert. Mitarbeitende, die an der gesundheitlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt sind, müssen über notwendige Rollen, Verantwortlichkeiten, Verantwortlichkeiten und Verantwortlichkeiten informiert werden (z.B. durch E-Mails, Briefe, Telefonate, etc.).	Mit Blick auf die individuelle Bedarfssituationen sollen insbesondere die Ergebnisse der Beratungsprozesse, aber auch die Kommunikationsebene und die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bekannt sein. Damit die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner identifiziert und in die Gestaltung der Kommunikationsebene einbezogen werden. Es sollte geprüft werden, wo bereits Kooperationen bestehen und an welchen Stellen weitere notwendig werden.
Externe Schnittstellen	An der gesundheitlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sind auch externe Personen und Dienste beteiligt, wie Haus-, Hausärztinnen und -ärzte, Rettungsdienst, Hospizdienste, Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, etc. Auch diese Personennetze müssen unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen in bestimmten Situationen herangezogen werden. Die Kontaktpersonen der externen Stellen sollten identifiziert werden.	Wo bei den internen Schnittstellen, sollten die betroffenen externen Personen und Dienste identifiziert und in die Gestaltung der Kommunikationsebene einbezogen werden. Es sollte geprüft werden, wo bereits Kooperationen bestehen und an welchen Stellen weitere notwendig werden.



Kapitel 7

Gesellschaftliche Implementierung: Wissen um Vorsorgemöglichkeiten stärken

These: Vorsorgemöglichkeiten müssen auf weitere Zielgruppen ausgeweitet werden.

Schon zu Beginn der Projektarbeit zeigte sich, dass GVP nach § 132g SGB V nur in wenigen Einrichtungen der stationären Altenpflege und Eingliederungshilfe angeboten wird. Das Angebot war sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtungen weitgehend unbekannt, ebenso welche Folgen die Feststellung und Wahrung des Willens auf das Handeln in einer Notfallsituation haben kann. Ist in der Bevölkerung vielen das Thema „Patientenverfügung“ heute bereits ein Begriff, so ist das die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V nur sehr wenigen Menschen bekannt.

Die Covid19-Pandemie machte deutlich, welch großer Informations- und Beratungsbedarf rund um die Vorsorge für die letzte Lebensphase besteht. In den Projektregionen erhielten bspw. das Ärztenetz Bielefeld, das Palliativnetzwerk für die StädteRegion Aachen und das Netzwerk für Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg vermehrt Anfragen verunsicherter Menschen. Viele hatten Fragen zu Vorsorgeinstrumenten, besonders zur Patientenverfügung, aber auch zur palliativen und hospizlichen Versorgung in den Regionen. Dabei ergaben sich Fragen wie „Ich möchte nicht ins Krankenhaus, wenn ich an Covid-19 erkranken sollte. Aber ich habe Angst, zu ersticken. Wer wird mir dann helfen? Werde ich allein sein?“ Als Reaktion auf diese Situation und die vielen Anfragen veröffentlichte die DiV-BVP als Fachgesellschaft erstmals ihren ANo-Bogen (Ärztliche Anordnung für den Notfall - siehe Kapitel 5: Entwicklung einer regionalen Notfalldokumentation) auf ihrer Webseite und bot kurzfristig entsprechende Online-Schulungen für Ärzte an³⁶. Der Malteser Hilfsdienst e.V. entwickelte eine spezielle Covid-19-Ergänzung zu seiner Patientenverfügung³⁷.



Erfolgsgeschichte: Bonn/Rhein-Sieg – Informationsbroschüre „Was Sie bestimmen, zählt!“

Auch wenn die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V bislang nur für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen der Alten- und der Eingliederungshilfe als Leistung der Krankenkassen anerkannt ist, sahen die Projektteams dennoch die Notwendigkeit, umfassender über die Möglichkeiten der Vorsorgeplanung zu informieren. Deshalb wurde in Bonn/Rhein-Sieg ein Ratgeber erstellt, der über die verschiedenen Vorsorgeinstrumente, die aktuelle Rechtslage und die regionalen Institutionen und Ansprechpartner rund um die GVP-Gesprächsbegleitung und die Hospiz- und Palliativversorgung informiert. Die Broschüre kann auf der Webseite von ALPHA NRW kostenfrei heruntergeladen oder in einer Druckfassung bestellt werden (www.alpha-nrw.de/was-sie-bestimmen-zaehlt/). Zusätzlich zu diesem Ratgeber wurde eine Dokumentenmappe erstellt, um neben relevanten Informationsbroschüren auch die in einer Beratung entstandenen individuellen Vorsorgedokumente zu sammeln.



³⁶ <https://www.acp-d.org/acp-konkret/#aerztlich-notfall>

³⁷ https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/malteser_de_Relaunch/Angebote_und_Leistungen/Patientenverfuegung/Ergaenzung-Patientenverfuegung-Covid-19-zum-Ausfuellen-2021.pdf

Öffentlichkeitsarbeit

These: Eine Vorsorgeplanung für das Lebensende kann seine Wirksamkeit nur dann vollständig entfalten, wenn der Zugang zum Angebot nicht nur in den stationären Einrichtungen, sondern auch in der Öffentlichkeit gegeben ist.

Es zeigte sich, dass die Etablierung sektorenübergreifender Prozesse zur Umsetzung von Verfügungen von Menschen am Lebensende leichter gelingt, wenn die regionalen Akteurinnen und Akteure der gesundheitlichen Versorgung GVP nach § 132g SGB V und die Zugänge zum Angebot kennen. Es zeigte sich auch als hilfreich für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V, wenn betroffene Personen und ihre Zu- und Angehörigen bspw. bereits vor einem Umzug in eine stationäre Einrichtung um die Vorsorgemöglichkeiten wissen. Diese Faktoren sollten ebenfalls im Zusammenhang mit einer regionalen Implementierung mitbedacht werden.

Neben der Erstellung und Distribution eines Ratgebers, gibt es verschiedene Möglichkeiten, das öffentliche Bewusstsein rund um die Vorsorgemöglichkeiten und das Beratungsangebot GVP nach § 132g SGB V zu stärken. So bieten einige stationäre Einrichtungen bereits regelmäßig Infoveranstaltungen für ihre Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren An- und Zugehörige an, um über das hausinterne Angebot zu informieren. Die Öffentlichkeit über GVP nach § 132g SGB V zu informieren, ist z.B. mit gemeinsam koordinierten und vom regionalen Netzwerk umgesetzten Informationsveranstaltungen möglich. Kommunen können sich wirkungsvoll beteiligen, wenn sie etwa eine Veranstaltung durch die kommunale Presseabteilung bewerben oder Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Dies wurde im Projektverlauf von einigen Regionen geplant bzw. umgesetzt. Ein weiteres konkretes Beispiel ist die Information handelnder Personen im Rahmen der GVP nach § 132g SGB V.

Um die regional beteiligten Akteurinnen und Akteure über GVP nach § 132g SGB V zu informieren, können Informationsveranstaltungen für spezielle Zielgruppen hilfreich sein. So stehen für eine gesetzliche Betreuerin bzw. einen gesetzlichen Betreuer andere Informationen im Vordergrund als für eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt oder eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten. Aber auch regionale trägerübergreifende Infoveranstaltungen für die GVP-Gesprächsbegleitenden einer Region wurden als hilfreich und notwendig erlebt, insbesondere dann, wenn unterschiedliche Ausbildungskonzepte und Umsetzungen in den Institutionen identifiziert werden.



Öffentlichkeitsarbeit

- Festlegen von Zielen: Was soll wann kommuniziert werden?
- Festlegen von Zielgruppen: Wer soll erreicht werden?
- Formulieren von Schlüsselbotschaften
- Anpassen der Schlüsselbotschaften an die Zielgruppen
- Entwicklung von Methoden, die den Zielgruppen und den Botschaften entsprechen (bspw. zielgruppenbezogene Mailings oder Infoveranstaltungen)
- Entwickeln von Indikatoren, um den Erfolg der Öffentlichkeitsarbeit zu messen
- Evaluation der Ergebnisse



Erfolgsgeschichte: Borken – Online-GVP-Informationsveranstaltungen

Der Arbeitskreis „GVP im Kreis Borken“ gestaltete zum Projektende eine Online-Informationsveranstaltung für die GVP-Gesprächsbegleitenden und die stationären Einrichtungen der Region. Ziel war einerseits die Vorstellung des neu entstandenen GVP-Netzwerks und des regionalen Notfallbogens. Andererseits sollte die digitale Zusammenkunft den Austausch und die Vernetzung der GVP-Beraterinnen in der Region intensivieren.

Eine weitere spezielle Informationsveranstaltung über GVP nach § 132g SGB V in der Region Borken fand für die Zielgruppe der Berufsbetreuerinnen und -betreuer statt. Dem Arbeitskreis „GVP im Kreis Borken“ war es wichtig, diese Personengruppe speziell anzusprechen, da sie immer häufiger für die Umsetzung von Willen und Wünschen ihrer Klientinnen und Klienten am Lebensende zuständig sind. Beide Veranstaltungen wurden rege besucht und stellten für das Netzwerk „GVP im Kreis Borken“ den Auftakt zu weiteren Veranstaltungen und fortgesetztem Austausch dar.



Kapitel 8

GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe

These 1: GVP-Konzepte erfordern für eine Umsetzung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine Anpassung, damit Menschen mit komplexen geistigen Beeinträchtigungen, die oft den Großteil ihrer Lebenszeit einer Einrichtung verbringen, adäquat in die Lage versetzt werden, Entscheidungen für zukünftige medizinische Entscheidungen am Lebensende treffen zu können.

Durch die demografische Entwicklung in Deutschland und den historischen Hintergründen der sogenannten „Euthanasie“-Verbrechen der NS-Diktatur fehlt eine ganze Generation älterer Menschen mit kognitiven und komplexen Beeinträchtigungen und dadurch wesentliche Erfahrungen im Umgang mit diesen komplexen Lebenssituationen³⁸. Durch das Erreichen eines höheren Lebensalters und durch das Auftreten chronisch fortschreitender Erkrankungen gewinnen Fragen zu künftigen medizinischen und pflegerischen Behandlungen sowie psychosozialer Begleitung am Lebensende für Menschen mit Behinderungen zunehmend an Bedeutung. Vor allem vor dem Hintergrund, dass die Bewohnerinnen und Bewohner bis zu ihrem Lebensende in ihrer häuslichen Umgebung der Wohngruppen leben möchten und sollen.

Im bisherigen Austausch mit Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern aus der Eingliederungshilfe im Rahmen des Projektes hat sich herauskristallisiert, dass sich die Gesprächsbegleitung in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe von der Beratung in der Altenhilfe zum Teil unterscheidet. Im Kontext der Eingliederungshilfe zeigen sich die Gesprächsbegleitungen aufwändiger, langwieriger und ressourcenintensiver als in Pflegeeinrichtungen: Die Absprachen mit den gesetzlichen Vertretungs- oder Betreuungspersonen finden engmaschiger statt und brauchen mehr Zeit. Darüber hinaus ist die Ermittlung des mutmaßlichen Willens zeit- aufwändiger, und in der Verständigung über die Vorstellungen der letzten Lebensphase braucht es zusätzliche Kompetenzen in der barrierefreien Kommunikation. Diese Erfahrungen decken sich mit den Erkenntnissen aus dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V.³⁹

³⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021): Teilhabe bis zum Lebensende. Handreichung für die Entwicklung und Darstellung von Leistungen in der Begleitung am Lebensende in der Eingliederungshilfe. Online: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Broschüre_SozTeilhabe_270521_final.pdf Seite 8
³⁹ Herausforderungen bei der Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V in Niedersachsen https://www.hospiz-palliativ-nds.de/wp-content/uploads/2021/04/2021_04_12-LSHPN-Diskussionspapier-GVP-in-NDS.pdf S. 6-7

These 2: Für die Akteurinnen und Akteure der Eingliederungshilfe ist ein überregionaler Austausch über die spezifischen Bedürfnisse in der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V untereinander wichtig und eine zusätzliche Einbindung in ein (über-)regionales GVP-Netzwerk hilfreich.

Im Austausch mit den Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern in der Eingliederungshilfe wurde angeregt, die besonderen Bedarfslagen der GVP nach § 132g SGB V in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe stärker zu berücksichtigen. Folgende Maßnahmen können dabei hilfreich sein:

- Berücksichtigung der Situation in den besonderen Wohnformen in der Ausbildung von GVP-Gesprächsbegleitenden, z.B. eigene Kurse zur GVP nach § 132g SGB V für Mitarbeitende in der Eingliederungshilfe,
- Spezifische Austauschformate, Fachveranstaltungen und Informationen für GVP-Gesprächsbegleitende in der Eingliederungshilfe (z.B. über regionale Netzwerke).

Im Rahmen des Projektes sollte der Status von GVP nach § 132g SGB V für Menschen mit Behinderungen in NRW beleuchtet und herausgefunden werden, welche Schulungs- und Umsetzungskonzepte angewendet werden, ob es Unterschiede zur Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in der Altenhilfe gibt und ob eine gelingende GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe möglicherweise etwas anderes benötigt als in der Altenhilfe. Des Weiteren stellte sich die Frage, ob diejenigen, die in der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe involviert sind, den Austausch in einem eigenen Netzwerk brauchen oder ob die Integration in ein regionales GVP-Netzwerk mit der Altenhilfe vorteilhaft ist.

In den Regionen gemeinsam am Runden Tisch

Um die Akteurinnen und Akteure der Eingliederungshilfe in den Modellregionen für das Projekt und die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V zu gewinnen, wurden zu den Auftaktveranstaltungen in den Regionen sowohl Vertreterinnen und Vertreter der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, wie bspw. Einrichtungs- oder Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte und GVP-Gesprächsbegleitende, eingeladen. Außerdem erhielten die verschiedenen Träger und Organisationen, die mit der Versorgung von Menschen mit Behinderungen betraut sind, Einladungen zu den Projektveranstaltungen.

Relevante Akteurinnen und Akteure für GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe

Auf institutioneller Ebene:

- Einrichtungsleitungen
- Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen
- Pflegefachkräfte und Bezugsbetreuende
- gesetzliche Betreuungspersonen

Auf Träger-, Verbands- und kommunaler Ebene:

- Regionalleitungen
- Teilhabemanagement
- Pflegekoordination
- Kommunale Inklusions- und Teilhabeplanung
- kommunale WTG-Behörde

WTG = Wohn- und Teilhabegesetz

In allen vier Regionen beteiligten sich Akteurinnen und Akteure der Eingliederungshilfe an den Runden Tischen. Im Kreis Borken arbeiteten bspw. ein Einrichtungsleiter und ein Pflegedienstleiter der Eingliederungshilfe aktiv in der Arbeitsgruppe zur Erstellung des regionalen Notfallbogens mit und wurden nach Projektabschluss Mitglieder des Kernteams des Arbeitskreises „GVP im Kreis Borken“.

Im Rahmen der Hausärzterveranstaltung in der Region Eifel hielt eine Sozialpädagogin, zu der Zeit GVP-Gesprächsbegleiterin in Ausbildung, einen Impulsvortrag und stellte aus ihrer täglichen Arbeit heraus die besondere Rolle der Hausärzteschaft und ihre Relevanz für die stationären Einrichtungen, insbesondere für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor:

„Als Hausärztinnen und Hausärzte haben sie einen besonderen Stellenwert für die Bewohnerinnen und Bewohner. Sie sind Macht-, Bezugs- und Vertrauensperson in einem. Gehen Sie mit uns als Sprachrohr für die Menschen mit Behinderung ins Gespräch und lassen uns wissen, was wir (Anm.: als Mitarbeitende in den Einrichtungen) für Sie (Anm.: die Hausärztinnen und -ärzte) tun können, damit das Thema GVP für Sie leichter und freudiger wird.“



Erfolgsgeschichte: Bonn/Rhein-Sieg – Weiterbildung Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in der Eingliederungshilfe

Seit 2018 bildet die Akademie für Palliativmedizin in Bonn GVP-Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter aus. Im Rahmen dieser Qualifizierungen hat sich gezeigt, dass eine gezielte Weiterbildung für die Verantwortlichen in der Eingliederungshilfe nötig ist, die sich teilweise von der Ausbildung der GVP-Gesprächsbegleitenden für die Altenhilfe unterscheidet. So war es bspw. wichtig, Übungssituationen mit Beispielen aus der Eingliederungshilfe zu entwickeln, die realistischen Gesprächssituationen entsprechen, um den Willen von Menschen mit unterschiedlich ausgeprägten kognitiven und komplexen Beeinträchtigungen bzgl. zukünftiger medizinischer und pflegerischer Maßnahmen professionell ermitteln zu können.

Die Helios-Akademie für Palliativmedizin Bonn/Rhein-Sieg konzipierte dazu in Kooperation mit Bonn Lighthouse – Verein für Hospizarbeit e.V. und dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) ein Schulungscurriculum für die Weiterbildung Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in der Eingliederungshilfe⁴⁰.

Das Schulungscurriculum entspricht dabei in Umfang und Inhalten den gesetzlichen Vorgaben und wird dabei um spezifische kommunikative und methodische Kompetenzen sowie einer bedürfnisorientierten Auswahl und Umsetzung beratender, pflegerischer und therapeutischer Angebote in gesundheitlichen Krisensituationen ergänzt. Eine Besonderheit ist das schauspielgestützte Kommunikationstraining. Mit Schauspielbewohnerinnen und -bewohnern werden realitätsnah GVP-Gesprächssituationen geübt, die denen von Menschen mit unterschiedlich eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten entsprechen. Dies kann unter anderem die Verwendung von einfacher Sprache und die Nutzung von Bildern und Piktogrammen beinhalten. Die erste Ausbildung startete Ende 2019.



Während der Arbeit an dem speziellen Schulungscurriculum erkannten die beteiligten Akteurinnen und Akteure, dass für Menschen mit kognitiven Einschränkungen sprachlich angepasste Dokumente sehr hilfreich wären. Aus diesem Grund entwickelten die Leiterin der Helios-Akademie für Palliativmedizin Bonn/Rhein-Sieg mit Bonn Lighthouse und dem LVR in Ergänzung zu einer bereits existierenden Patientenverfügung in leichter Sprache die Vorsorgemappe „GVP – Gesundheit im Voraus planen“ in einfacher Sprache. Diese Mappe enthält die für die Vorsorgeplanung wichtigen Elemente der Wertemittlung, Notfallplanung und Patientenverfügung. Die entwickelten Dokumente wurden bereits auf Verständlichkeit und Praktikabilität mit den Betroffenen getestet und in der Praxis als sehr wertvoll und hilfreich erachtet. Die Dokumente können bei Bonn Lighthouse e.V. gegen die Vorlage des Ausbildungsnachweises zum GVP-Gesprächsbegleitenden bezogen werden (siehe Anhang)⁴¹.

Die Konzeption und Umsetzung der spezialisierten Ausbildung sowie die Entwicklung der Notfalldokumente in einfacher Sprache erfolgten parallel zu den Projektaktivitäten in der Region Bonn/Rhein-Sieg. Dabei bestand eine Vernetzung und ein aktiver Austausch zwischen der Akademie für Palliativmedizin, Bonn Lighthouse und dem LVR mit dem Netzwerk für Palliativ- und Hospizversorgung Bonn/Rhein-Sieg, dem Projektpartner der Region. Die Geschäftsführung von Bonn Lighthouse gehörte während der gesamten Dauer des Projektes zu den aktiven Teilnehmenden der Runden Tische und war maßgeblich an der Entwicklung des Notfallbogens für die Region Bonn/Rhein-Sieg in der entsprechenden Arbeitsgruppe beteiligt.

⁴⁰ Mijatovic A., Veröffentlichung in Vorbereitung

⁴¹ Die GVP-Dokumentenmappe in einfacher Sprache hat sich mittlerweile auch als hilfreich in der GVP-Gesprächsbegleitung von dementiell veränderten Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, erwiesen. Die Arbeitsgruppe um Bonn Lighthouse erarbeitete hierfür eine leicht veränderte und spezialisierte Version der GVP-Dokumentenmappe.



Leichte Sprache und einfache Sprache

„Leichte Sprache“ richtet sich an folgende Zielgruppen:

- Menschen mit Lern-Schwierigkeiten
- Menschen mit der Krankheit Demenz
- Menschen, die nicht so gut Deutsch sprechen
- Menschen, die nicht so gut lesen können⁴²

Für die „Leichte Sprache“ gibt es ein feststehendes Regelwerk.⁴³

„Einfache Sprache“ ist komplexer als „Leichte Sprache“. Für sie gibt es kein festes Regelwerk.

„Fremdwörter sollten vermieden bzw. erläutert werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass Sätze kurz gehalten werden (maximal 15 bis 20 Wörter), der Text klar strukturiert und sinnvoll gegliedert ist. Texte sollten eindeutige Aussagen vermitteln, ohne Ironie, Metaphern oder Synonyme.“⁴⁴

Eine Vision für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe in NRW

Aufgrund der speziellen Anforderungen an die GVP-Gesprächsbegleitung für Menschen mit Behinderungen, den deutlich weniger bestehenden Angeboten für die Qualifizierung von GVP-Gesprächsbegleitenden und Konzepten zur Umsetzung in der Eingliederungshilfe sowie der kleineren Anzahl von Akteurinnen und Akteuren in diesem Bereich, plante ALPHA NRW im Rahmen des Projektes als Teil der beiden überregionalen Werkstattgespräche (siehe Kapitel 4: Überregionaler Austausch und Wissenstransfer) einen Austausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren, die sich speziell mit der Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe beschäftigen, um gemeinsam mit dieser NRW-weiten Gruppe an Qualitätsanforderungen für GVP nach § 132g SGB V zu arbeiten.

Im ersten Werkstattgespräch stand die Vorstellung der Teilnehmenden und deren Konzepte im Vordergrund. In Form von Impulsvorträgen stellten vier Referentinnen ihre Konzepte zur Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe vor.

GVP-Konzepte in der Eingliederungshilfe – Impulsvorträge des ersten Werkstattgesprächs

- Barbara Seehase, St. Augustinus-Behindertenhilfe gGmbH, Neuss: „Ich bestimme selbst! Das ist mir wichtig. - Wünsche für die letzte Lebensphase mit Patientenverfügung in Leichter Sprache“ - Vorstellung des Instrumentariums und erste Erfahrungen
- Dr. Christiane Ohl, Bonn Lighthouse: Die Entwicklung eines Notfallbogens für die Eingliederungshilfe
- Martina Zabel, Lebenshilfe Bochum: Implementierung von GVP in der Lebenshilfe
- Anika Hülf, Diakonie Michaelshoven: Entwicklung und Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in der Diakonie

In der anschließenden Diskussion wurden erste Unterschiede und Gemeinsamkeiten von GVP nach § 132g SGB V in der Alten- und Eingliederungshilfe erörtert.

⁴² Leichte Sprache, Ein Ratgeber, hrsg.v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?jsessionid=FE3B05015AF9DAEDD49B3876E96CB3C2.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=3, S. 16 (Abruf: 28.04.22).

⁴³ https://www.leichte-sprache.org/wp-content/uploads/2017/11/RegelIn_Leichte_Sprache.pdf

⁴⁴ <https://www.inklusion-kultur.de/infoportal/kommunikation-information/leichte-und-einfache-sprache/> (Abruf: 26.04.22).





Besonderheiten von GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe

- Die Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist meistens bedeutend länger als in Einrichtungen der Altenhilfe.
- Die Altersstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner in der Eingliederungshilfe ist heterogener als in Einrichtungen der Altenhilfe.
- Die Anzahl der notwendigen GVP-Gespräche für die einzelne Person ist i.d.R. in Einrichtungen der Eingliederungshilfe höher als in Einrichtungen der Altenhilfe: Nach Einschätzung der Teilnehmenden des Werkstattgesprächs bedarf es im Schnitt fünf bis sieben längere Gespräche und ggf. im Anschluss weitere kürzere Gespräche.
- Erstgespräch als Gruppengespräch zur Einführung in das Thema Versorgungsplanung möglich
- Bezugsbetreuende und gesetzliche Betreuungspersonen sollten bereits in der Gesprächsvorbereitung involviert sein.

Im zweiten Werkstattgespräch stand die Inklusion der Eingliederungshilfe in die GVP-Weiterbildungen, die sich bislang inhaltlich primär an der Altenhilfe ausrichten, im Fokus. In diesem Rahmen wurden ein Schulungskonzept zur Gesprächsbegleitung nach § 132g SGB V für Mitarbeitende in der Eingliederungshilfe sowie die spezifischen Instrumente vorgestellt (siehe Erfolgsgeschichte). Die Teilnehmenden erachteten es als zielführend, dass es eigene GVP-Schulungskonzepte für Mitarbeitende in der Eingliederungshilfe gibt, wünschten sich aber auch eine Integration eingliederungshilfe-relevanter Themen und Referentinnen und Referenten in die bereits existierenden GVP-Ausbildungen.

Ergebnis der beiden Werkstattgespräche war einerseits der Wunsch nach einem NRW-weiten GVP-Netzwerk speziell für die Akteurinnen und Akteure der Eingliederungshilfe, um die spezifischen Anforderungen der Beratungsthemen in der Eingliederungshilfe zentral erörtern zu können. Als Form wurden Austauschforen, Plenartreffen, Begleitungs- oder Supervisionsangebote genannt. Auch können Gesprächsübungen, ggf. online, für Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter angeboten werden, um Gesprächssequenzen in einem geschützten Rahmen einzuüben und zu reflektieren. Die Teilnehmenden des zweiten Werkstattgesprächs waren sich darin einig, dass insgesamt der Austausch- und Begleitungsbedarf in den Institutionen abgefragt werden müsse.

Des Weiteren wurde die Intensivierung der regionalen Vernetzung mit Akteurinnen und Akteuren aus allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung – also auch mit der Altenhilfe – diskutiert und als wesentlich betrachtet, um sich auch über die Einrichtungsgrenzen hinweg fachlich und in der Region über Implementierung und ethische Fragen auszutauschen, und um sich gegenseitig zu stärken und zu unterstützen. Die Vertreterinnen und Vertreter der Eingliederungshilfe sprachen sich damit gegen eine Separierung von der Altenhilfe aus, was erneut die Bedeutsamkeit der sektorenübergreifenden GVP-Netzwerke in den Regionen verdeutlicht. Es ist daher zu empfehlen, dass die Akteurinnen und Akteure der Eingliederungshilfe in ihren Regionen aktiv den Kontakt zu anderen Beteiligten der Gesundheitsversorgung suchen und sich, sofern vorhanden, bereits existierenden regionalen GVP-Netzwerken oder Austauschforen, wie Runden Tischen, anschließen.

In zukünftigen landesweiten Werkstattgesprächen sollen weitere Themen und Bedarfe behandelt werden. Als erste Ziele wurden genannt:

- Benennung der Unterschiede (Anforderungen, Möglichkeiten) zwischen Altenhilfe und Eingliederungshilfe bei der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V,
- Ermittlung des besonderen zeitlichen/personellen Aufwands, der mit einer Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe verbunden ist,
- Weitergabe von Informationen und Erkenntnissen an die Kostenträger, die Bundesebene etc., um damit ggf. auf die künftige Ausgestaltung von GVP nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe einwirken zu können.



Parallelen von GVP nach § 132g SGB V zwischen der Eingliederungshilfe und der Altenhilfe

- Beim Erstgespräch ist eine gute Atmosphäre entscheidend.
- Bezugspersonen, Vorsorgebevollmächtigte und gesetzl. Betreuungspersonen sind früh einzubeziehen.
- Eine gelingende Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V benötigt die Unterstützung der Einrichtungsleitung und der Organisation als Ganzes.
- Die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist ein Prozess.
- Hoher Bedarf an Zeit und Einfühlungsvermögen, um die Identifikation von Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen für die letzte Lebensphase zu reflektieren und zu dokumentieren.
- Bedarf an spezifischen kommunikativen und methodischen Kompetenzen

Kapitel 9

Der Weg zur Umsetzung: Regionale Vernetzung und GVP nach § 132g SGB V

Der Projektverlauf hat gezeigt, wie die Initiierung und Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk gelingen kann und welche Schritte, Entwicklungen und Abläufe dazu nötig oder hilfreich sind. Einen schematischer Ablauf ist auf den Seiten 66 und 67 skizziert.



Ermittlung regionaler Strukturen und Bedarfe

Um GVP nach § 132g SGB V in einem regionalen Netzwerk umsetzen zu können, fallen im Vorfeld zahlreiche Vorarbeiten an. Ein erster sinnvoller Schritt ist – unabhängig davon, wer den Prozess anstößt – eine Einrichtung, Organisation oder Initiative – die Zusammenstellung einer Steuerungsgruppe, die sich um die Aufgaben zur Initiierung des Netzwerkes kümmert. Diese Steuerungsgruppe besteht idealerweise bereits aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Bereiche des Gesundheits- und Pflegesektors. Auf eine frühzeitige Aufgabenverteilung ist zu achten.

Aufgaben der Steuerungsgruppe:

- Ermittlung und Formulierung zentraler Leitthemen für die Implementierung von GVP nach § 132g SGB V
- Identifikation der regionalen Strukturen zur Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase
- Recherche bereits vorhandener Netzwerke der regionalen Gesundheitsversorgung
- Ermittlung regionaler Akteurinnen und Akteure der gesundheitlichen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen (konkrete Kontaktpersonen)

Ermittlung zentraler Leitthemen für die Implementierung von GVP nach § 132g SGB V

Die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V findet auf vier Ebenen statt, anhand derer konkrete regionale Bedarfe ermittelt werden können:

- regional
- institutionell
- gesellschaftlich
- koordinatorisch

Die regionale Umsetzung kann nicht ohne die Kenntnis und Berücksichtigung der anderen drei Bereiche gelingen.

Regionale Implementierung von GVP

Herausforderungen und Bedürfnisse der stationären und ambulanten Akteure der gesundheitlichen Versorgung

- Welche Schnittstellen gibt es?
- Wie können wir die Schnittstellen zusammenführen?
- Welche Voraussetzungen müssen für die einzelnen Akteure geschaffen werden?
- Was muss das GVP-Konzept liefern?
- Wer kann durch wen, wie und wodurch informiert werden?

Anspruchstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung 

Institutionelle Implementierung von GVP

Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen zur Implementierung von GVP

- Welche Voraussetzungen braucht es in den Institutionen, um GVP umzusetzen?
- Welche Akteure müssen ins Boot geholt werden?
- Wer muss informiert werden?
- Was wird gebraucht an Personal, Räumlichkeiten usw.?

Anspruchstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung 

Gesellschaftliche Implementierung von GVP

Was Betroffene, Angehörige und weitere Beteiligte über GVP wissen sollten

- Wer sollte über GVP informiert werden, wer kann dabei unterstützen?
- Wie und wodurch können wir auf unser regionales GVP-Konzept aufmerksam machen?
- Worauf muss in der Kommunikation besonders geachtet werden?
- Wer kann unterstützen, GVP zu verbreiten?

Anspruchstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung 

Koordination von Implementierung von GVP

Schreckgespenst Bürokratie und Finanzierung von GVP

- Was müsste ein regionales GVP-Konzept enthalten, um z. B. die Beantragung der finanziellen Unterstützung nach § 132g SGB V zu vereinfachen?
- Welche Rahmenbedingungen sind notwendig, um Kooperationen in der Region vereinbaren zu können?
- Wie kann die Implementierung von GVP nach Projektende weiter begleitet werden, wo können die Ressourcen dafür herkommen?

Anspruchstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung 

Poster mit Leitfragen, die im Rahmen von Themencafés in den Auftaktveranstaltungen diskutiert wurden.



Leitfragen zu den zentralen GVP-Ebenen

Regional:

- Welche Stakeholdergruppen sollten zur aktiven Teilnahme motiviert werden?
- Welche Personen(-kreise) müssen in welcher Weise informiert werden? Welche Voraussetzungen und Mittel sind dazu erforderlich?
- Welche Schnittstellen gibt es zwischen den Akteurinnen und Akteuren?
- Wie können solche Schnittstellen zusammengeführt werden, um den Informationsfluss zu gewährleisten?
- Wie können einzelne Akteurinnen und Akteure für GVP nach § 132g SGB V interessiert und zur aktiven Teilnahme motiviert werden?
- Welche Voraussetzungen muss das GVP-Konzept dafür erfüllen?
- Wie und durch welche Maßnahmen kann informiert werden?
- Welche Maßnahmen und Personen können dabei unterstützen, GVP nach § 132g SGB V zu verbreiten?

Institutionell:

- Welche Voraussetzungen zur Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V müssen auf institutioneller Ebene erfüllt werden?
- Welche Akteurinnen und Akteure sollten zur aktiven Teilnahme motiviert werden?
- Welche Personen(kreise) müssen dabei überzeugt werden?
- Welche Argumentationsstrukturen müssen bei welcher Zielgruppe verfolgt werden (z.B. Geschäftsführung vs. Pflegefachkraft)?
- Was wird gebraucht an Personal, Räumlichkeiten usw.?
- Wer muss informiert werden?
- Wie und durch welche Maßnahmen kann informiert werden?
- Welche Maßnahmen und Personen können dabei unterstützen, GVP nach § 132g SGB V zu verbreiten?

Fortsetzung auf Seite 59

Fortsetzung: Leitfragen zu den zentralen GVP-Ebenen

Gesellschaftlich:

- Welche Zielgruppen benötigen welche Informationen?
- Wie können einzelne Personengruppen erreicht werden (Bewohnerinnen und Bewohner, An- und Zugehörige, Bürgerinnen und Bürger)?
- Wie und durch welche Maßnahmen kann informiert werden?
- Wie kann das Thema GVP nach § 132g SGB V gestaltet und informativ aufbereitet werden, damit Menschen darauf aufmerksam werden?
- Welche Maßnahmen und Personen können dabei unterstützen, GVP nach § 132g SGB V zu verbreiten?
- Wie kann die breite Öffentlichkeit Zugang zu einer Vorsorgeplanung für das Lebensende bekommen?

Koordinatorisch:

- Welche Maßnahmen sind erforderlich, damit die Antragstellung für die Finanzierung der GVP-Gesprächsbegleitung im Rahmen des § 132g SGB V über die Krankenkassen vereinfacht wird?
- Was müsste in ein Konzept inhaltlich aufgenommen werden, damit es attraktiv wird, um z. B. finanzielle Unterstützung erhalten oder Kooperationen in der Region vereinbaren zu können?
- Wo können Gelder für die regionale Implementierung beantragt werden bzw. wo können Gelder zwecks Unterstützung erhalten werden (Welche Personen können gefragt und angesprochen werden)?

Erste Ebene Ermittlung regionaler Strukturen

Um GVP nach § 132g SGB V in einem regionalen Netzwerk umsetzen zu können, ist es wesentlich, sich mit den vor Ort existierenden Begebenheiten vertraut zu machen. Dazu gehören bspw. soziale, politische und geografische sowie wirtschaftliche Strukturen ebenso wie die spezifischen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in stationären Einrichtungen.

Wichtige Fragestellungen lauten beispielsweise: Wie ist die jeweilige Region geprägt? Ist die Region eher ländlich oder städtisch, eher dicht oder weitläufig besiedelt? Welche Auswirkungen hat dies auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen am Lebensende? Gibt es beispielsweise flächendeckend eine spezialisierte oder nur eine allgemeine ambulante Palliativversorgung? Die Beantwortung dieser Fragen gibt Hinweise darauf, wo Bedarfe in der regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V liegen könnten.

Außerdem gilt es einen Blick auf die regionale Landschaft der stationären Einrichtungen zu werfen. Dabei sind etwa Fragen relevant wie: Welche und wie viele stationäre Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe gibt es in der Region? Sind diese Einrichtungen bestimmten Trägern zugehörig? Wie ist die Hospiz- und Palliativversorgung organisiert? Welche Einrichtungen bieten bereits GVP-Gesprächsbegleitungen an und setzen GVP nach § 132g SGB V in ihren Häusern um?

Ermittlung regionaler Strukturen bezüglich der stationären Einrichtungen

- Wie viele stationäre Einrichtungen der Altenhilfe sowie der Eingliederungshilfe gibt es in der Region?
- In wie vielen und in welchen stationären Einrichtungen wird bisher bereits GVP nach § 132g SGB V angeboten und umgesetzt?
- Wie weit entwickelt ist in den Einrichtungen eine Palliativ- und Hospizkultur?
- Beschäftigen die stationären Einrichtungen eigene oder externe GVP-Gesprächsbegleitende?
- Gehören die stationären Einrichtungen überregionalen Trägern an?
- Wie ist die Struktur der regionalen Hospiz- und Palliativlandschaft beschaffen?
- Wie viele stationäre Hospize, ambulante Hospizdienste, Teams der spezialisierten Palliativversorgung und qualifizierte Palliativmedizinerinnen und -mediziner gibt es?
- Gibt es Kooperationen zwischen den Hospizdiensten und den stationären Einrichtungen?
- Wie ist die hospizlich-palliative Versorgung in der Region organisiert bzw. strukturiert?



Um zu ermitteln, ob und in welchen stationären Einrichtungen bereits GVP-Gesprächsbegleitende eingesetzt werden, bieten sich Befragungen per E-Mail und per Telefon an. Hier kann ein in den Einrichtungen bekannter Absender, wie bspw. ein regional bekanntes Hospiz- und Palliativnetzwerk, ein ambulanter Hospizdienst oder eine kommunale Vertretung (z.B. Dezernat für Gesundheit/Soziales, Pflegekonferenz) als Türöffner fungieren und für einen schnelleren und höheren Rückfluss an Informationen sorgen.



Gewinnung von Informationen

Bei der Recherche der regionalen Strukturen, kann es u.a. aus datenschutzrechtlichen Gründen zu Herausforderungen bei der Ermittlung von Daten kommen.

Hilfreicher Umgang:

- Gute Erklärungen, von wem und zu welchem Zweck diese Daten erhoben werden.
- Ggf. muss Vertraulichkeit im Umgang mit Daten und Informationen schriftlich zugesichert werden.
- Der Erhalt von Informationen hängt häufig vom persönlichen und vertrauensvollen Kontakt der Beteiligten ab. Im Vorfeld planen, wer Absender bspw. einer Befragung sein oder einen persönlichen Kontakt herstellen kann.

Vorhandene Netzwerke einbinden

Wo bereits Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung oder Ärztenetze in einer Region bestehen, kann es sinnvoll sein, ein GVP-Netzwerk dort anzusiedeln, um vorhandene Ressourcen und Synergien zu nutzen.

Gründe für die Nutzung bestehender Netzwerke:

- Bestehende Netzwerke besitzen meist einen gewissen Bekanntheitsgrad in der Region und verfügen bereits über Kontakte für GVP nach § 132g SGB V relevante Zielgruppen.
- Die Anbindung an bestehende Strukturen in der Gesundheits- und/oder Hospiz- und Palliativversorgung erleichtert stationären Einrichtungen der Alten- oder Eingliederungshilfe den Einstieg in eine regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V. Ein Netzwerk an Kooperationen aus einer einzelnen Einrichtung heraus neu zu entwickeln und aufzubauen, erfordert deutlich mehr personelle und finanzielle Ressourcen.
- Parallelstrukturen erschweren häufig den Zugang für die Nutzer, erhöhen die Komplexität in der Region, können alle Netzwerke schwächen und sollten möglichst vermieden werden.

Ermittlung regionaler Stakeholder

Parallel zur Recherche der regionalen Strukturen und Netzwerke sollten die relevanten Stakeholder ermittelt werden⁴⁵. Die zentrale Fragestellung zur Ermittlung dieser Personen und Institutionen lautet: Wer ist an der gesundheitlichen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen in der Region beteiligt? (Für relevante Zielgruppen siehe auch Kapitel 3 „Zielgruppen aktivieren“). Dabei gilt es, die individuellen Akteurinnen und Akteure in ihren Positionen und Ämtern zu ermitteln. Erst nach der Ermittlung möglichst aller relevanten Kontaktpersonen sollte ihre zielgerichtete systematische Ansprache erfolgen.

⁴⁵ Eine Stakeholderanalyse ermittelt die Interessen unterschiedlicher Gruppierungen, die von einer bestimmten Maßnahme direkt oder indirekt betroffen sind oder ein sonstiges Interesse an ihr haben.

Bei der Stakeholderanalyse sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Wer sind die betroffenen Akteurinnen und Akteure in der entsprechenden Region?
- Wo liegen Erwartungshaltungen und Motivationen der Beteiligten?
- Wie können die Beteiligten profitieren?
- Auf welche Ressourcen kann zurückgegriffen werden?
- Wo liegen mögliche Konflikte oder Hindernisse?

Regionale Koordination

Früh im Prozess sollten in einer Steuerungsgruppe Aufgaben definiert und verteilt werden. Dabei ist es wichtig, sich vor Beginn über die Koordination und Organisation der Netzwerkaktivitäten Gedanken zu machen. Denn unabhängig von der strukturellen Form und der Größe des Netzwerks braucht es eine „Kümmerein“ oder einen „Kümmere“, die bzw. der die Fäden zusammenhält und unbedingt eine möglichst große Neutralität im Sinne einer institutionellen Unabhängigkeit mitbringt. Wichtige Fragestellungen sind hier bspw.:

- Welche Person ist geeignet (Fähigkeiten, Vertrauensperson für Netzwerkpartner, Interesse, Ressourcen), um die Koordination des Netzwerkes zu übernehmen?
- Wie kann eine solche Koordinierungsaufgabe im Aufbau und dauerhaft finanziert werden?
- Wo könnte die Netzwerkkoordination angesiedelt sein?



Leitfragen und Orientierungshilfen zur ersten Ist-Analyse von GVP nach § 132g SGB V

Gesundheitliche Versorgungsplanung in der Region

- Gibt es in der Region Netzwerke zur Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase?
- Welche beteiligten Dienste oder Personen gibt es, und wie können sie zusammengeführt werden?
- Wie können beteiligte Dienste und die Öffentlichkeit informiert werden?
- Welche regionalen Dokumente wurden ggf. bereits gemeinsam entwickelt (z.B. regionaler Notfallbogen, Krisenbogen)?
- Wer kann helfen, GVP nach § 132g SGB V bekannt zu machen und zu verbreiten?
- Welche Beratungskonzepte gibt es für Zielgruppen außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen?

Gesundheitliche Versorgungsplanung in der Institution

- Welche Konzepte gibt es in der Einrichtung zur Begleitung und Beratung von Menschen in der letzten Lebensphase?
- Wie ist die Einrichtung in die regionalen Netzwerke eingebunden? Werden externe Netzwerkangebote zur Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase genutzt?
- Wie sind die Mitarbeitenden auf die Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase vorbereitet?
- Gibt es Mitarbeitende, die zur Gesprächsbegleitung qualifiziert sind und Gespräche zur Versorgungsplanung anbieten können?
- Wie werden die Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung über die Wünsche am Lebensende der Bewohner informiert?

Gesundheitliche Versorgungsplanung für Bewohner, An- und Zugehörige

- Wie wird erreicht, dass Menschen bei Einwilligungsunfähigkeit gemäß ihrem vorausverfügten Willen behandelt und begleitet werden?
- Wie werden Bewohnerinnen und Bewohner, Vorsorgebevollmächtigte, gesetzliche Betreuungspersonen sowie weitere An- und Zugehörige über die Beratungsmöglichkeiten informiert?
- Wie werden die Wünsche von Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende ganzheitlich erfasst, bedürfnisgerecht behandelt, und wie wird dies mit allen Beteiligten abgestimmt?
- Welche Kommunikationswege gibt es, um die haus-, fach- und notärztliche Versorgung an die Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase abzustimmen?
- Welche Verfahren gibt es zum Umgang mit ethischen Fragen, z.B. bei Problem- oder Entscheidungssituationen?
- Wie werden vorsorgebevollmächtigte An- und Zugehörige in die Beratung zur Begleitung am Lebensende einbezogen?

Initiierung eines regionalen GVP-Netzwerkes

Die Entwicklung eines GVP-Netzwerks kann auch durch die Kommune angestoßen werden. In der Regel werden diese aber erst nach den oben erfolgten Vorarbeiten und Analysen frühzeitig eingebunden.

Ansprache der Kommunen

Um die Kommunen als ideelle und/oder finanzielle Unterstützer des GVP-Netzwerks und der regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V zu gewinnen, empfiehlt sich eine persönliche Ansprache der (Ober-)Bürgermeisterinnen und Bürgermeister bzw. der Landrätinnen und Landräte durch einen regionalen Netzwerkpartner, wie bspw. das Hospiz- und Palliativnetzwerk oder ein Ärztenetzwerk (Stakeholderfunktion). Falls in der Region noch kein entsprechendes Netzwerk existiert, sollte die Ansprache durch die Initiatorinnen und Initiatoren des neuen Netzwerks erfolgen.

In persönlichen Gesprächen kann den kommunalen Vertreterinnen und Vertretern das Anliegen und die Relevanz der gemeinschaftlichen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V erläutert und die Mitwirkung durch die Kommune diskutiert werden.

Der regionale Start: Auftaktveranstaltungen

Eine gute Möglichkeit für die Initiierung eines regionalen GVP-Netzwerkes ist ein gemeinsamer Start in Form einer Kick-off-Veranstaltung. Hier kommen erstmalig alle interessierten Akteurinnen und Akteure der gesundheitlichen Versorgung einer Region zusammen. Ziele der Veranstaltung sind die Vorstellung des Netzwerkes und seines Vorhabens, Information über verschiedene GVP-relevante Themen, ein erstes Kennenlernen der Beteiligten untereinander, sowie die Gewinnung von Akteurinnen und Akteuren für eine aktive Mitarbeit im Netzwerk. Zusätzlich können hier in Diskussionsrunden und Themencafés erste Stimmungsbilder und Bedarfe der Region in Bezug auf die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ermittelt werden.

Eine kommunale Beteiligung kann z.B. durch das Bereitstellen von Räumlichkeiten und der Teilnahme an Veranstaltungen sichtbar gemacht werden.

Neben öffentlichen Kickoff-Veranstaltungen stellen Informationsveranstaltungen oder zielgruppenspezifische Expertengespräche eine weitere Möglichkeit der Initiierung dar. Die Auswahl hängt von den Voraussetzungen, z.B. Veranstaltungskultur, Öffentlichkeitsarbeit, Zugangswege in der Region, ab.

Runde Tische und themenbezogene Arbeitsgruppen

Nach den ersten Stimmungsbildern und Sammlung von Bedarfen für die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V, bedarf es im nächsten Schritt der endgültigen Definition von Zielen und Maßnahmen durch die Organisation weiterer Treffen. Neben Runden Tischen sind spezifische Arbeitsgruppen hilfreich, um einzelne Themenpakete vertiefend zu bearbeiten.



Ziel Runder Tische

- regelmäßige Treffen der Netzwerkakteurinnen und -akteure,
- Mitwirkung von Vertreterinnen und Vertreter aller an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Bereiche
- gemeinsamer Austausch und Arbeit an gemeinsamen GVP-bezogenen Arbeitsthemen
- Austausch und Rückkopplung aus thematischen Arbeitsgruppen
- den effektiven Austausch zu Netzwerkaktivitäten und Zielen
- optimale Gruppengröße für runde Tische: max. 15 Teilnehmende

Ein regelmäßiger persönlicher Austausch und das gemeinsame Arbeiten an Themen sind wichtige Faktoren für das Gelingen von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk. Durch sektorenübergreifenden Austausch kann sichergestellt werden, dass bei der Erarbeitung von Dokumenten, Instrumenten und Prozessen alle unterschiedlichen Perspektiven einbezogen und beachtet werden können.

Je nach Ziel sind themenspezifische Arbeitsgruppen zielführend. Sie beschäftigen sich intensiv mit einem Thema, z.B. die Erarbeitung spezieller Instrumente wie die Erstellung eines regionalen Notfalldokuments. Sie sind deutlich kleiner besetzt als die Runden Tische und bestehen aus ca. sechs bis sieben Teilnehmenden.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen sollten dann wieder in den Runden Tischen besprochen und das weitere Vorgehen erarbeitet werden. Eine strukturierte Rückkopplung an alle interessierten und beteiligten Personen, die nicht an den Runden Tischen aktiv teilnehmen, sollte von Beginn an sichergestellt werden. Dies lässt sich mittels Protokollen, regelmäßigen E-Mail-Updates oder größeren Netzwerktreffen umsetzen.



Relevante Themen zur Bearbeitung im GVP-Netzwerk

- Entwicklung valider Instrumente einer Notfalldokumentation
- Entwicklung einer Dokumentation für Krisensituationen
- Entwicklung weiterer sektorenübergreifender Prozesse
- Identifizierung regionaler Schnittstellen im GVP-Prozess in der Region
- Festigung des Netzwerkes
- Regionale Öffentlichkeitsarbeit
- Integration der Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Unterstützung von Einrichtungen bei der institutionellen Implementierung von GVP nach § 132g SGB V

Entwicklungs- und Konsentierungsprozesse – Beispiel: Notfalldokumentation

Nach Aufgaben- und Zielkonsentierung ist die inhaltliche Bearbeitung der Themen ein nächster Schritt. Ein Thema hoher Relevanz in Bezug auf die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in einer Region ist die Entwicklung oder Übernahme valider, von allen relevanten Akteurinnen und Akteuren anerkannter Instrumente für die Notfalldokumentation. An diesem Beispiel wird der Entwicklungs- und Konsentierungsprozess innerhalb eines Netzwerks hier exemplarisch vorgestellt.

Schritt 1: Gründung einer Arbeitsgruppe „Notfalldokumente“

Anzahl: 7 - 8 Teilnehmende

Wichtige Stakeholder

- Vertretende aus der Ärzteschaft und dem Rettungsdienst
- Vertretende aus den Einrichtungen
- GVP-Gesprächsbegleitende

Schritt 2: Recherche regional genutzter Dokumente

Recherche und Analyse regional genutzter Notfalldokumente mit dem Fokus auf:

- Welche etablierten Notfalldokumente gibt es bereits in der Region?
- An welche Personengruppen richten sich diese Dokumente?
- Zu welchem Zweck und Anlass werden diese Dokumente verwendet?
- Welche Gemeinsamkeiten und welche abweichenden Besonderheiten weisen die Dokumente auf?

Ebenfalls kann es hilfreich sein zu prüfen, ob es Notfalldokumente aus anderen Regionen oder überregionale Dokumente gibt, die als Vorlagen dienen könnten, wie beispielsweise die national anerkannte Ärztliche Anordnung für den Notfall der wissenschaftlichen Fachgesellschaft ACP Deutschland.

Schritt 3: Erarbeitung eines regionalen Dokuments für den Notfall

Auf Basis der bereits existierenden Formulare und der Analyse der Bedingungen in der Region wird ein eigenes Notfalldokument erarbeitet oder bestehende angepasst.

Wichtige Faktoren sind dabei:

- Validität
 - eindeutige Formulierungen der Behandlungswünsche
 - unmissverständliche Erklärung zur Handhabung bei Ausfüllen und Anwendung
- umfassende Verwendbarkeit, d.h. ohne Fokus auf eine spezielle Zielgruppe (wie bspw. Palliativ- oder Krankenhauspatienten)
- Übersichtlichkeit
 - schnelle Erfassung der gewünschten medizinischen Behandlung(en)
 - kompakte Form, d.h. nicht umfänglicher als eine Din A4-Seite
- Verbindlichkeit:
 - Ärztliche Unterzeichnung vorsehen, d.h. Unterschriftfeld für den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin
 - Unterzeichnung durch die betroffene Person (Unterschriftfeld vorsehen)
 - Unterzeichnung durch die GVP-Gesprächsbegleitenden (Unterschriftfeld vorsehen)
- Kontaktangabe von ggf. bevollmächtigten Personen

Schritt 4: Konsentierungsprozess

Ist eine Vorlage durch die Arbeitsgruppe erstellt, erfolgt möglichst zeitnah die Vorstellung und Konsentierung auf mehreren Ebenen

1. Mitglieder des Runden Tisches,
2. innerhalb des Netzwerks und in der Region durch die relevanten Akteurinnen und Akteure,
3. ggf. seitens weiterer Organisationen oder Beteiligten, bspw. wenn die Zustimmung Dritter notwendig ist, weil auf geschützte Dokumente Dritter zurückgegriffen wird. Bspw. wenn ein Dokument von ACP Deutschland oder ein anerkanntes Instrument der Eingliederungshilfe genutzt werden soll.

Solche Abstimmungsprozesse erfordern einen konstruktiven und vertrauensvollen Austausch sowie Zeit und Geduld. Erst wenn die Abstimmung innerhalb einer Netzwerkebene erfolgt ist, sollte mit der Konsentierung auf der nächstgrößeren Ebene begonnen werden. Wenn geschützte Dokumente von externen Organisationen als Basis für die eigenen Instrumente genutzt werden, sollten die entsprechenden Verantwortlichen informiert sein und bei Bedarf in den Prozess mit einbezogen werden.

Bei der Erstellung regionaler Notfalldokumente ist es sinnvoll, die Kommunen zu beteiligen. Ein Verweis auf die Unterstützung der Stadt oder des Kreises verleiht dem Dokument weiteres Gewicht und kann zur Verbreitung und Anerkennung maßgeblich beitragen.

Schritt 5: Regionale Etablierung

Nach der breitgefächerten Konsentierung kann die Einführung des neuen Notfalldokuments in der Region erfolgen. Hier ist sinnvoll:

- Schulungen für die GVP-Gesprächsbegleitenden sowie für Hausärztinnen und -ärzte anzubieten, in denen ein verantwortungsbewusster Umgang mit dem Dokument vermittelt wird,

- die Mitarbeitenden der stationären Einrichtungen und den Rettungsdienst im Umgang mit den Verfügungen der GVP nach § 132g SGB V insbesondere des Notfalldokuments zu schulen,
- Informationsveranstaltungen und weitere Formen der Bekanntmachung durchzuführen, um breitflächig über das neue regionale Notfalldokument aufzuklären.

Schritt 6: Regelmäßige Evaluierung der Dokumente

Die Entwicklung und Evaluierung von regionalen Umsetzung der GVP nach § 132g SGB V ist ein kontinuierlicher Prozess. Um sicherzustellen, dass die Dokumente rechtlich und inhaltlich immer auf dem neusten Stand sind, dass sie fortgesetzt von allen Beteiligten unterstützt und getragen werden, müssen diese Instrumente regelmäßig im Netzwerk evaluiert und bei Bedarf überarbeitet und/oder erweitert werden. Dazu können beispielsweise regelmäßige Befragungen der Akteurinnen und Akteure, die mit den Bögen arbeiten, durchgeführt werden. Stärken-Schwächen-Befragungen (SWOT-Analysen) können sich folgenden Fragestellungen widmen: Was funktioniert gut? Wo liegen Herausforderungen? Wo gibt es Verbesserungsbedarf?

Kontinuierliche und wiederkehrende Aufgaben im GVP-Netzwerk

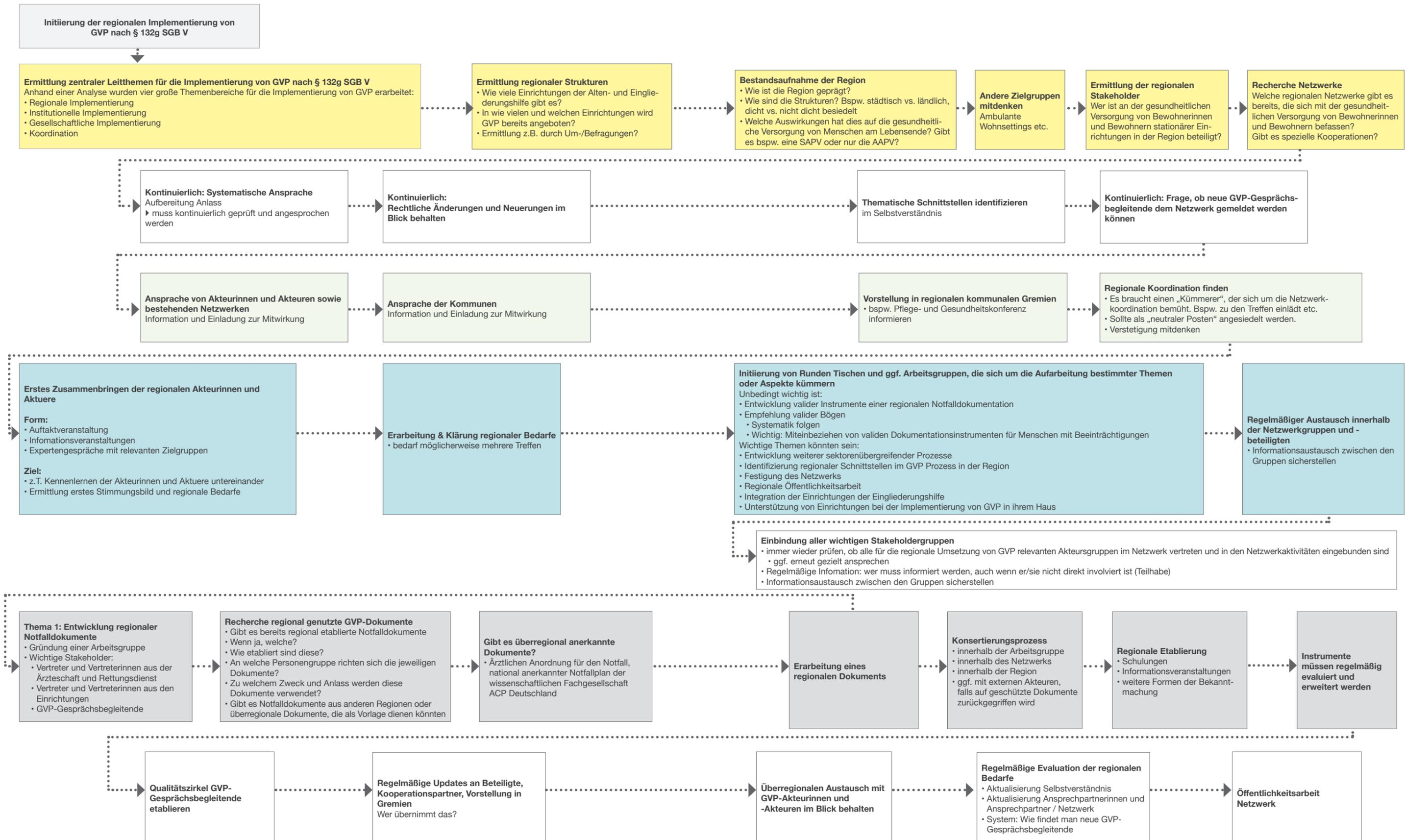
Während einige Aufgaben bei der Initiierung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk möglicherweise nur einmal anstehen, fallen andere Tätigkeiten im Rahmen der Netzwerkpflge und -entwicklung immer wieder an. Dabei ist es hilfreich, eine klare Aufgabenverteilung und einen Zeitplan anzulegen.

Folgende Aufgaben bedürfen regelmäßiger Aktualisierungen bzw. eines kontinuierlichen Aufbaus und Erweiterung:

- Systematische Ansprache neuer Akteurinnen und Akteure
 - Netzwerkziel und -anlass sollten regelmäßig überprüft und ggf. modifiziert werden
- Einbindung aller wichtigen Stakeholdergruppen
 - Der Erfolg eines GVP-Netzwerkes ist abhängig davon, dass alle relevanten Zielgruppen in das Netzwerk und in die Netzwerkaktivitäten eingebunden sind. Ob dies der Fall ist, sollte kontinuierlich überprüft werden, bspw. vor jeder Einladung zu Runden Tischen. Bei Bedarf sollten bestimmte Personen, Einrichtungen oder Zielgruppen gezielt erneut angesprochen werden.
- Rechtliche Änderungen und Neuerungen sollten im Blick bleiben und regional aufgenommen bzw. umgesetzt werden.
- Aufbau und Erweiterung des Verzeichnisses regionaler GVP-Gesprächsbegleitenden sowie Initiierung, Aufbau und Durchführung eines Qualitätszirkels
- Identifikation und Überprüfung thematischer Schnittstellen
- Vorstellung des Netzwerks in kommunalen Gremien bspw. in Pflege- und Gesundheitskonferenzen, kommunalen Arbeitskreisen für Geriatrie und Demenz
- Öffentlichkeitsarbeit für das Netzwerk und netzwerkrelevante Themen zur weiteren Etablierung des Netzwerkes und seiner Instrumente
- Regelmäßige Updates an Beteiligte, Kooperationspartner, etc.
- Regelmäßige Evaluation der regionalen Bedarfe
 - Aktualisierung des Selbstverständnisses
 - Aktualisierung der Kontaktpersonen im Netzwerk
 - Aktualisierung der offenen Themen
- Regelmäßige Evaluierung der eingesetzten Instrumente und Methoden
- Überregionaler Austausch mit GVP-Akteurinnen und Akteuren

Regionaler Implementierungsprozess von GVP nach § 132g SGB V - Eine Region macht sich auf den Weg

Ein schematischer Ablauf





Kapitel 10

Zusammenfassung, Fazit & Ausblick

Regionale Implementierung von GVP nach § 132g SGB V: Potenzial und Herausforderung

In vielen Regionen in NRW wird GVP nach § 132g SGB V bislang nur auf institutioneller Ebene umgesetzt. Den beteiligten Akteurinnen und Akteuren ist häufig nicht bewusst, welche Gestaltungsmöglichkeiten und welches Potenzial die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk bietet. Die Mobilisierung dieses Potenzials setzt ein gemeinsames Bewusstsein aller regionalen Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung voraus, um gemeinschaftlich Verantwortung für die Umsetzung von Behandlungswünschen von Menschen am Lebensende zu übernehmen.

Verschiedene Maßnahmen, wie die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes, die Identifikation von Schnittstellen zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren sowie die Schaffung sektorenübergreifender Prozesse sind dazu notwendig. Ebenso müssen Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit in den einzelnen Einrichtungen geschaffen werden. Kooperationen bieten eine große Chance dafür, gemeinsam vorhandene Kompetenzen und Ressourcen zu nutzen.

Im Projektverlauf haben die Netzwerkpartnerinnen und -partner in den vier Modellregionen verschiedene Maßnahmen zur regionalen Implementierung von GVP nach § 132g SGB V initiiert und umgesetzt. Von Juli 2019 bis Juni 2021 fanden insgesamt vier Auftaktveranstaltungen, 14 Runde Tische, zwei Werkstattgespräche, eine Fachtagung, eine Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte, sowie zahlreiche Arbeitsgruppentreffen und Video- und Telefonkonferenzen statt.

Es konnten sektorenübergreifende Prozesse, wie bspw. die Entwicklung von regionalen Notfalldokumenten und der Zusammenschluss von Akteurinnen und Akteuren aus den unterschiedlichen Gesundheits- und Pflegebereichen mit der Verstetigung einer Koordinatorenstelle angestoßen werden, die das Potenzial besitzen, einen neuen Maßstab für die nachhaltige Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk zu setzen. Dies geschah in Abhängigkeit von den jeweils für die Regionen spezifischen Umständen sowie dem Entwicklungsgrad der bereits bestehenden Netzwerke und deckte verborgene Potenziale für die regionale Entwicklung auf.

Bemerkenswert ist, wie konsequent die Beteiligten in den Regionen trotz der Corona-Pandemie die Umsetzung der geplanten Maßnahmen vorantreiben konnten. Geplante Veranstaltungen sowie die Netzwerktreffen der Runde Tische und Arbeitsgruppen wurden digital per Video- und Telefonkonferenz durchgeführt. Dass sich in dieser belastenden Zeit die Ärzteschaft und die stationären Einrichtungen aktiv am Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen zur Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V beteiligten, verdeutlicht die Relevanz des Themas.

Der Beitrag für die regionalen Entwicklungen, den das Projekt leisten konnte, zeigt sich in der ideellen Unterstützung des Projektes durch die beteiligten Kommunen, im Zusammenschluss von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung über die verschiedenen Arbeitsbereiche und Sektoren hinweg, in der Entwicklung neuer Notfalldokumente in drei Regionen bis hin zur Verstetigung des Projektgedankens in Gestalt einer fest installierten Koordinationsstelle.

Das Projekt hat somit neue Möglichkeiten für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in regionalen Netzwerken geschaffen und Erfolgsfaktoren für ihr Gelingen identifizieren können.

Hauptthesen zur Implementierung von GVP nach § 132g SGB V im Überblick

- Die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V hängt stark von den regionalen Strukturen ab, wie bspw. dem Grad der Etablierung von Hospiz- und Palliativkultur sowohl in den stationären Einrichtungen als auch in der gesamten Region, von bereits gewachsenen sektorenübergreifenden Kooperationen und Prozessen, wie bspw. Netzwerke der hospizlichen- und palliativen Versorgung, aber auch von Faktoren wie Flächengröße und Bevölkerungsdichte einer Region.
- Eine Grundbedingung gelingender Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist ein geregelter und regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren.
- Für das Gelingen einer regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist es wichtig, dass in den regionalen Netzwerken und an den Runde Tischen Akteurinnen und Akteure aus allen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Bereichen vertreten sind.
- Eine elementare Zielgruppe für die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V sind die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, die Menschen in stationären Einrichtungen betreuen.
- Für die Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V ist die kommunale Beteiligung von hoher Bedeutung und stellt ein deutliches Zeichen für die Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung in der Region dar.
- Unabhängig davon, wie formell sich ein Netzwerk gestaltet, ob es sich eine Rechtsform wie einen eingetragenen Verein mit einer Satzung gibt, oder ob es sich um einen informellen Zusammenschluss verschiedener Akteurinnen und Akteure handelt, ist eine für alle Beteiligten transparente Struktur wichtig.
- Regionale Kräfte und Ressourcen zu bündeln ist ein wesentlicher Teil von Netzwerkarbeit.
- Ein regionales GVP-Netzwerk kann nur dann hilfreich wirken, wenn es in der Region ausreichend bekannt gemacht wird.
- Für den Erfolg des Netzwerkes, ist es wichtig, regelmäßig bei allen aktiven Beteiligten ein Stimmungsbild zur Netzwerkarbeit einzuholen.
- Ein überregionaler Austausch zwischen GVP-Akteurinnen und Akteuren fördert den Wissenstransfer und kann als Korrektiv der eigenen Aktivitäten dienen.
- Werkstattgespräche bieten einen probaten Rahmen, um überregional und projektübergreifend gemeinsam an einem Thema wie der Implementierung von GVP nach § 132g SGB V zu arbeiten.
- Menschen unterschiedlicher Professionen und mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen innerhalb und außerhalb einer Einrichtung müssen aufeinander abgestimmt agieren und sich auf vereinbarte Abläufe verlassen können.
- Gerade in unvorhergesehenen medizinischen Notfällen, wenn Entscheidungen möglichst rasch getroffen werden müssen, kommt regional einheitlichen und sektorenübergreifenden Prozessen eine große Bedeutung zu.
- Notfalldokumente müssen regional implementiert werden, um wirksam zu sein.
- GVP nach § 132g SGB V erfordert Implementierung in der Einrichtung: im Sinne einer Organisationsentwicklung muss dieses zunächst neue Instrument integriert werden und Abläufe und Strukturen ggf. angepasst werden.
- Für die Akteurinnen und Akteure der Eingliederungshilfe ist ein überregionaler Austausch über die spezifischen Bedürfnisse in der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V untereinander wichtig, aber eine zusätzliche Einbindung in ein (über-)regionales GVP-Netzwerk gemeinsam mit der Altenhilfe hilfreich.
- GVP-Konzepte erfordern eine spezifische Anpassung, damit Menschen mit kognitiven Einschränkungen adäquat in die Lage versetzt werden, Entscheidungen für zukünftige medizinische Entscheidungen am Lebensende treffen zu können.
- Vorsorgemöglichkeiten müssen auf weitere Zielgruppen ausgeweitet werden.
- GVP nach § 132g SGB V kann seine Wirksamkeit nur dann vollständig entfalten, wenn der Zugang zum Angebot nicht nur in den stationären Einrichtungen, sondern auch in der Öffentlichkeit bekannt ist.

Die Projektteams stießen in ihren Regionen auch auf Herausforderungen:

- **Begrenzte Zeit:** Die Initiierung der Projektarbeit in den einzelnen Regionen erforderte viel Zeit: Es mussten Strukturen und Ansprechpartner recherchiert und Kontakte geknüpft werden, um alle wichtigen Akteurinnen und Akteure zu den Auftaktveranstaltungen und den Runden Tischen einzuladen. Oft bedurfte es Zeit, den Beteiligten das Konzept von GVP nach § 132g SGB V vorzustellen, da dieses oftmals noch gar nicht bekannt war. Durch diese intensive Vorarbeit wurde die Zeit zur Entwicklung und Umsetzung von Handlungsschritten innerhalb der Projektlaufzeit begrenzt.
- **Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen zur aktiven Mitarbeit:** In einigen Regionen bedurfte es Zeit und Beharrlichkeit, um einige Personenkreise für die aktive Mitarbeit an der regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V zu gewinnen. Hier war es besonders wichtig, nicht nur über den Kollektivgutcharakter, sondern auch über den persönlichen Nutzen für die betreffende Person aufzuklären.
- **Aufrechterhalten von Motivation und Interesse von Teilnehmenden der Runden Tische:** In einer Region stand das Projektteam vor der Herausforderung, die Akteurinnen und Akteure des Runden Tisches über den Projektzeitraum hin zur aktiven Mitarbeit zu motivieren. Während eine Arbeitsgruppe aktiv an der Entwicklung eines regionalen Notfalldokuments arbeitete, fand ein weiterer Runder Tisch zu einem anderen, von den Teilnehmenden selbstgewählten, Implementierungsthema statt. Die Teilnahme war zwar hoch, doch die Bereitschaft aktiv Maßnahmen zu erarbeiten, bzw. Aufgaben zu übernehmen, gering. Das Projektteam bemühte sich den Ursachen dafür auf den Grund zu gehen. Die meisten Teilnehmenden gaben an, interessiert zu sein und sich gerne von den Projektkoordinatorinnen informieren zu lassen, aber entweder keine zeitlichen oder personellen Ressourcen dafür aufwenden zu können. Einige wenige Teilnehmenden sahen keine Veranlassung sich einzubringen, da sie das Thema für ihre Einrichtung als bereits geklärt sahen, ihr Wissen aber nicht teilen wollten, bevor nicht die Erarbeitung aus der Gruppe fertiggestellt sei. Letzteres stellte eine große Herausforderung für die Projektkoordinatorin dar, da diese Einstellung die Dynamik der ganzen Gruppe gefährden konnte. Hier war es wichtig, wertneutral und sensibel zu ermitteln, warum diese Personen ihr Wissen nicht teilen aber von den Erkenntnissen der Gruppe profitieren wollten.
- **Zeitliche und personelle Ressourcen:** viele Teilnehmenden der Runden Tische kamen aus der Pflege, als Einrichtungsleitungen oder als Ärztinnen bzw. Ärzte zum Teil mit eigenen Praxen und mussten sich die Zeit für die aktive Mitarbeit „freischaufeln“. Für die Teilnahme an den Runden Tischen gelang dies gut, aber für mehr Zeit darüber hinaus, um an bestimmten Themen weiterzuarbeiten, war nur wenigen möglich. Dadurch verlängerten sich Erarbeitungs- und Konsentierungszeiten, was bei einer Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in einem regionalen Netzwerk unbedingt mitbedacht werden muss.
- **Covid19-Pandemie:** Zum Zeitpunkt als die Projektarbeit in den meisten Regionen mit den Auftaktveranstaltungen und ersten Runden Tischen gut Fahrt aufgenommen hatte, bremste die Covid19-Pandemie viele geplante Aktivitäten erst einmal wieder aus. Nicht nur, dass über weite Strecken der Projektlaufzeit keine Präsenztreffen möglich waren, was mit der Zeit größtenteils durch Videokonferenzen aufgefangen werden konnte, aber der Fokus und die Prioritäten der Teilnehmenden der Runden Tische verlagerte sich entsprechend. Sie wurden mehr denn je in ihren Einrichtungen, Praxen, Ämtern etc. gebraucht und hatten plötzlich mit ganz anderen Themen und Herausforderungen zu kämpfen. So kam es zeitweise zu zeitlichen Verzögerungen und teilweise mussten Arbeitsgruppen terminlich verschoben oder auch einmal abgesagt werden. Um so erfreulicher war es aber, dass die Teilnehmenden insgesamt dabei blieben und weiterhin die Relevanz der regionalen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V sahen.

Schlüssel zum Erfolg

Der Erfolg des Projektes basierte auf zwei Prinzipien. Zum einen war den Projektverantwortlichen die aktive Beteiligung möglichst vieler Interessensvertreterinnen und -vertretern in den vier Modellregionen wichtig. Zum anderen wurde in einer Atmosphäre großer Ergebnisoffenheit gearbeitet.

Eine Hauptidee ist, dass Vertreterinnen und Vertreter aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung maßgeblich zum guten Gelingen einer gemeinsamen Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V beitragen und ihre Einbindung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt förderlich ist.

Während des Projektverlaufs übernahmen Arbeitsgruppen unterschiedlicher Netzwerkvertreterinnen und -vertretern die Verantwortung für die Umsetzung gemeinsam beschlossener Maßnahmen. Auf kommunaler Ebene beteiligten sich Partnerinnen und Partner mit ihrem Knowhow und Unterstützung. Dieses hohe Maß an Beteiligung unterstützt die nachhaltige Nutzung der entwickelten Instrumente, da durch die im Entstehungsprozess geteilte Verantwortung ein Gefühl der „Eigentümerschaft“ entstehen konnte.

Eine weitere Hauptidee ist, dass die regionale Implementierung viel Zeit, Geduld und Beharrlichkeit benötigt. Es ist kein Prozess, der sich innerhalb einiger Monate vollständig umsetzen lässt. Gründe dafür sind bspw. die Vielzahl einzelner Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Professionen, ihre individuellen Ressourcen und Interessen sowie die umfassenden Abstimmungs- und Konsentierungsprozesse. Es braucht einen langen Atem der Initiatorinnen und Initiatoren eines GVP-Netzwerkes sowie aller beteiligten Akteurinnen und Akteure, die eine Implementierung von GVP nach § 132g SGB V in einem regionalen Netzwerk umzusetzen voranbringen möchten.

Die Bearbeitung unterschiedlicher Schwerpunkte in den vier Modellregionen ermöglichte die Identifikation von insgesamt relevanten Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für die regionale Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V.

Schwerpunktt Themen der Zukunft

Nach Abschluss der Förderung und Begleitung im Rahmen des Projektes werden die Projektpartnerinnen und -partner in den vier Modellregionen optimaler Weise ihre Arbeit im regionalen Netzwerk unter Berücksichtigung der entwickelten Ansätze fortsetzen. Schwerpunkte werden dabei voraussichtlich zunächst die Etablierung der entwickelten GVP-Dokumente sowie die Verstärkung der regionalen GVP-Netzwerke sein. Wichtige Elemente sind hier entsprechende zielgruppenorientierte Schulungen und eine zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit. ALPHA NRW berät und informiert weiterhin über den Stand der Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V in NRW und vernetzt die Akteurinnen und Akteure. Ein regelmäßiger überregionaler Austausch zu GVP nach § 132g SGB V auf Landesebene – initiiert von ALPHA NRW – ist geplant.

Schwerpunkte einer weiteren Entwicklung von GVP nach § 132g SGB V in NRW sollte die stärkere Integration der Eingliederungshilfe in die meist auf die Altenhilfe fokussierten GVP-Konzepte und Schulungen sein. Darüber hinaus sollte die Erweiterung der GVP-Angebote für ambulante Settings und damit Zielgruppen außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen angestrebt werden. Damit öffnen sich Perspektiven und neue Möglichkeiten für die Umsetzung der Wünsche von Menschen an ihrem Lebensende, unabhängig der Wohnform und Lebensumstände der Betroffenen.

Neuer Fokus

- Entwicklung von GVP-Qualitätskriterien und Schulungen
- Stärkere Integration der Eingliederungshilfe
- Erweiterung der GVP-Angebote für ambulante Settings und weitere Zielgruppen außerhalb von stationären Einrichtungen



Von Erfahrung profitieren

Die Erfahrungen, die während des Projekts gesammelt wurden, können und sollen von anderen regionalen Netzwerken der Gesundheitsversorgung oder Akteurinnen und Akteuren genutzt werden, die ein regionales Netzwerk zur Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V initiieren und nachhaltige Maßnahmen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung einleiten möchten.

Die Projekt- und Netzwerkpartnerinnen und -partner des GVP nach § 132g SGB V -Projekts haben sehr von dem intra- und interregionalen Austausch profitiert. Im vorliegenden Bericht konzentriert der Projektträger das während der Projektumsetzung gesammelte Wissen und die „Best-Practice“-Beispiele aus den Modellregionen. Der Projektträger sowie die Projektpartnerinnen und -partner aus den vier Modellregionen sind auch weiterhin an einem Austausch zum Thema Umsetzung von GVP nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk mit anderen Regionen interessiert, an einem Zusammenwachsen der Regionen und der Schaffung einer gemeinsamen Vision in Nordrhein-Westfalen.

Anhang

Verwendete Abkürzungen

ACP	Advance Care Planning
ALPHA	Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung
ÄNo-Bogen	GVP-Dokument für Notfallsituationen: Ärztliche Anordnung für den Notfall
BVP	Behandlung im Voraus planen
DiV-BVP	Deutsche interprofessionelle Vereinigung - Behandlung im Voraus Planen
GVP	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
PKD	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SWOT-Analyse	Stärken-Schwächen-Analyse

Projektpartnerinnen und Projektpartner

Land Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Referat IV A 6. Organspende, Palliativversorgung, Kurorte

Fürstenwall 25

40219 Düsseldorf

<https://www.mags.nrw>



Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbetreuung (ALPHA NRW)

ALPHA Rheinland

Heinrich-Sauer-Straße 15

53111 Bonn

<https://alpha-nrw.de>



ALPHA Westfalen-Lippe

Friedrich-Ebert-Straße 157 – 159

48153 Münster

<https://alpha-nrw.de>

Region Stadt Bielefeld

Regionaler Leadpartner

Ärztetz Bielefeld e.V.

Gadderbaumerstr. 14

33602 Bielefeld

www.aerztenetz-bielefeld.de



Projektpartner

Stadt Bielefeld
Niederwall 23
33602 Bielefeld
<https://www.bielefeld.de>

Palliativnetz Bielefeld e.V.

Gadderbaumerstr. 14
33602 Bielefeld
www.palliativnetz-bielefeld.de

Region Bonn/Rhein-Sieg

Regionaler Leadpartner

Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg

Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
www.netzwerk-brs.de

Projektpartner

Bundesstadt Bonn

Berliner Platz 2
53103 Bonn
<https://www.bonn.de>

Rhein-Sieg-Kreis

Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg
<https://www.rhein-sieg-kreis.de>

Region Eifel

Regionaler Leadpartner

Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen

Adalbertsteinweg 257
52066 Aachen
<https://www.servicestellehospizarbeit.de>

Projektpartner

Stadt Monschau

Laufenstraße 84
52156 Monschau
<https://www.monschau.de>

Gemeinde Roetgen

Hauptstraße 55
52159 Roetgen
<https://www.roetgen.de>

Gemeinde Simmerath

Rathaus 1
52152 Simmerath
<https://www.simmerath.de>



Material

1 - Literaturrecherche Präsentation Henrikje Stanze

Literaturrecherche zur Implementierung von Advance Care Planning (ACP)
Dr. Henrikje Stanze, Nicola Rieder

im Rahmen des Projekts von ALPHA Rheinland
Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V im Regionalen Netzwerk

Gefördert durch:
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, des Landes Nordrhein-Westfalen

Vorgehen

- Auffassung von ACP variieren – von geplanter Behandlung und Versorgung mit pflegerischen Interventionen bis hin zu Patientenverfügungen (deswegen beinhaltet Suchstring: Advance directives, Medical Order usw.)
- im Rahmen von Projekt ALPHA Rheinland: Optimierung der Implementierung (deswegen: implementation, intervention)
- unterschiedliche Settings in Studien, in Deutschland jedoch insbesondere für Bewohner von Pflegeeinrichtungen (deswegen: nursing homes, elderly homes usw.)
- viele Studien schreiben von „Verbesserung der palliativen Versorgung“ doch undurchsichtig, wie gemessen und welche Intervention hierzu (deswegen: palliative care usw.)
- Einführung von §132g SGB V soll im Rahmen des HPG die Kultur zur Versorgung am Lebensende für Menschen verbessern (deswegen: change management)
- viele Reviews (Literaturübersichten) zu ACP: deswegen von 2015-aktuell

Search string

#	Search	Query	Items Found	Kommentar NR
1				
2	#8	Filters: published in the last 5 years; English	70	Filteroptionen
3	#7	#3 AND #4 AND #5 AND #6	138	Kombination
4	#6	((intervention[Title/Abstract]) OR intervention[MeSH Terms]) OR implementation[Title/Abstract]	1403974	Intervention
5	#5	((((((((((elderly population[MeSH Terms]) OR old age*[Title/Abstract]) OR elderly care[Title/Abstract]) OR elderly patient[Title/Abstract]) OR housing for the elderly[MeSH Terms]) OR older people[Title/Abstract]) OR nursing home*[Title/Abstract]) OR nursing home*[MeSH Terms]) OR care home*[MeSH Terms]) OR homes for the aged[MeSH Terms]) OR long-term care home*[Title/Abstract])	281728	Setting/Bezug
6	#4	((palliative care[MeSH Terms]) OR palliative care*[Title/Abstract]) OR "change management"[MeSH Terms]	62988	Palliativbezug hiermit werden alle möglichen Optionen erfasst
7	#3	#1 OR #2	57928	
8	#2	((advance directive[MeSH Terms]) OR advance directive*[Title/Abstract]) OR living will[MeSH Terms]) OR living will*[Title/Abstract]) OR physician order[Title/Abstract]) OR medical order[Title/Abstract]	9975	
9	#1	((advance care planning[MeSH Terms]) OR advance care plan*[Title/Abstract]) OR end of life care[MeSH Terms]	55770	

Zwischenergebnisse 1

Autoren	Jahr	Titel	DOI	En-/Auschluss (+ = Erschluss, - = kein Erschluss, o = unklar)	Beschreibung
1. Agar, Meera; Seattle, Elizabeth; Luckett, Tim; Philp, 2015	2015	Pragmatic cluster randomised controlled trial of facilitated family 10.1111			keine ACP-Intervention, Studienprotokoll, Zielgruppe: demente Patienten, Setting: nursing homes; eher Kommunikation
2. Agar, Meera; Luskett, Tim; Luazombi, Georgia; P, 2017	2017	Effects of facilitated family case conferencing for advanced dementia 10.1111			fragliche ACP-Intervention? RCT, Eher Kommunikationsprozess um demente Patienten und Lebensende im Fokus, ACP-Intervention, Design: qualitativ, Studie, Care pathways (Palliativversorgung) im Fokus, Setting: resident
3. Anderson, Sofia; Lindqvist, Olav; Fink, Carl-Johan; 2018	2018	Care professionals' experiences about using Liverpool Care Pathway 10.1111			keine konkrete Intervention, narratives Review, Perspektive der health care professionals in Bezug auf ACP bei demen
4. Beck, Esther-Ruth; Mollbrink, Sonja; Hanson, Felicitas; 2017	2017	Health care professionals' perspectives of advance care planning 10.1111			keine ACP-Intervention, Auswertung von Ethikberatern/Ethikgeräten + Fokusgruppen Setting: nursing hom
5. Bell, George; Bealand, Ian; Henrick, Gwendolyn; 2017	2017	A European multicenter study on systematic ethics work in nursing 10.1111			keine ACP-Intervention (Zielgruppe: African Americans/ Churches)
6. Bonner, Gloria; Williams, Sharon; Wilke, Dana; Ha, 2017	2017	Trust Building Recruitment Strategies for Researcher Conductors 10.1111			keine ACP-Intervention (Zielgruppe: Demente Patienten/ Familien, Ziel: Verbesserung Ed, Outcome)
7. Boogaard, Jannet A.; Van, Henrica C. W. de; van, 2018	2018	Effects of two feedback interventions on end-of-life outcomes 10.1111			keine ACP-Intervention, Simulationstraining für nurses und hospital physicians
8. Brecht, Mayer; Lahat, Yael; Frankel, Meir; Rubanov, 2017	2017	What can we learn from simulation-based training to improve 10.1111			keine ACP-Intervention
9. Burgess, Kathryn L.; Williams, Beverly R.; Dorrne, 2016	2016	Racial Differences in Processes of Care at End of Life in VA Health 10.101			keine ACP-Intervention
10. Chapman, Michael; Johnston, Nikki; Lovell, Clare; 2018	2018	Developing costly hospitalisation at end of life findings from a 10.1111			keine ACP-Intervention, quasi-Experiment, setting: residential care facilities; Spezialisierte Palliativversorgung - klinisc
11. Cox, Anne; Arbar, Anne; Bailey, Fiona; Dargan, Su; 2017	2017	Developing, implementing and evaluating an end of life care 10.1111			keine ACP-Intervention, 2-phase-explorativdesign, setting: care homes, Ed, Toolkit/ Training, Fokus auf Mitarbeitern
12. Choi-Oliver, Dulak M.; Malmgren, Theodore E.; 2017	2017	Evaluation of a Video-Based Seminar to Basic Health Care Professionals 10.101			keine ACP-Intervention, cross-sectional-study, Fokus auf Schulung/ Weiterbildung der health care professionals im
13. Davies, Andrew; Waghorn, Melanie; Boyle, Julia; 2015	2015	Alternative forms of hydration in patients with cancer in the last 10.1111			keine ACP-Intervention, Quasiexperimentelle Studie, Risikoprüfung am Lebensende
14. Di Giulio, Paolo; Freni, Silvia; Giannini, Fabrizio; 2018	2018	The Impact of Nursing Home Staff Education on End-of-Life 10.101			keine ACP-Intervention, Setting: nursing homes, Ed, Care Weiterbildung/ Fallbesprechungen
15. Enck, Mary; Hickman, Susan E.; Thomas, Anne C.; 2018	2018	Stakeholder Perspectives on the Optimizing Patient Transfers, 10.101			ACP-Intervention (OPTIMISTIC), Reduzierung kostenintensiver Hospitalisierungen und Versorgungsverbesserung - i
16. Fischer, Stacy M.; Cervantes, Lilia; Fink, Regina M.; 2015	2015	Apoyo con Cariflo: a pilot randomized controlled trial of a 10.101			keine ACP-Intervention, patient-navigator intervention, Fokus auf Verbesserung der Palliativversorgung bei Latinos
17. Fischer, Stacy M.; Kline, Danielle M.; Min, Sung-Jo; 2018	2018	Effect of Apoyo con Cariflo (Support With Cariflo) Trial of a Pilot 10.101			keine ACP-Intervention, ABER Auswirkungen auf ACP
18. Freitag, Anja; Krause, Markus; Bauer, Anna; Ditt, 2019	2019	Study protocol for a multi-methods study SAVOR - evaluation 10.1111			keine ACP-Intervention (SAVOR)
19. Froggatt, Katherine; Patel, Shaik; Perez-Agorta, 2018	2018	Namaste Care in nursing care homes for people with advanced 10.1111			keine ACP-Intervention, Versorgung von Demenzpatienten
20. Galambos, Colleen; Start, Julie; Rantz, Marilyn J.; 2016	2016	Analysis of Advance Directive Documentation to Support Palliat 10.101			keine ACP-Intervention, Analyse der ADs im Setting nursing homes - darauf aufbauend Programmentwicklung
21. Garcia, Barbara L.; 2018	2018	Trauma-Informed Hospice and Palliative Care 10.101			keine ACP-Intervention, Fokus auf (psycholog.) Trauma
22. Gilman, John; Rando, Lisa; Wenzel-van, Dana; 2018	2018	Implementing advance care planning in hospice nursing homes 10.101			ACP-Intervention (SOPs), Setting: nursing homes, primäres Programm und Evaluation
23. Guthrie, Jennifer; 2015	2015	Palliative Care in Your Nursing Home: Program Development at 10.101			fragliche ACP-Intervention? Fokus auch auf Verbesserung der Palliativversorgung, aber auch Steigerung der ADs im
24. Henson, Laura C.; Zimmerman, David; Esch, 2017	2017	Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia 10.101			keine ACP-Intervention? Zielgruppe: fortgeschritten Demenzerkrankte, Setting: nursing homes, Fokus auf Verbesserung der (Palliativ)Ver

Zwischenergebnisse 2

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
24	Henson, Laura C.; Zimmerman, David; Esch, 2017	Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia 10.101				fragliche ACP-Intervention? Zielgruppe: fortgeschritten Demenzerkrankte, Setting: nursing homes, Fokus auf Verbesserung der (Palliativ)Ver							
25	Hickman, Susan E.; Hammes, Bernard J.; Tenk, 2017	The Quality of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment D 10.101				ACP-Intervention, POLST-Evaluierung/ Konsistenz der Verfügung, Zielgruppe: nursing home residents/ healthcare agents, Fokus auf Ver							
26	Hickman, Susan E.; Unroe, Kathleen T.; Enck, 2017	Systematic Advance Care Planning and Potentially Avoidable H 10.1111				ACP-Intervention (OPTIMISTIC), Zielgruppe: nurses, Setting: nursing homes, institutionelle Implementierung							
27	Hickman, Susan E.; Unroe, Kathleen T.; Enck, 2016	An Interim Analysis of an Advance Care Planning Intervention 10.1111				ACP-Intervention (OPTIMISTIC), Projektbeschreibung							
28	Huang, Chiao-Chia; Selva, Dhanraj; Shattell, 2016	A Pilot Feasibility Intervention to Increase Advance Care Planning 10.101				ACP-Intervention (SOPs), Setting: nursing homes, primäres Programm und Evaluation							
29	Husheer, Bertina S.; El, Elisabeth; Engelst, 2017	The Liverpool Care Pathway: discarded in cancer patients but 10.1111				keine ACP-Intervention, Systematic Review, Liverpool Care Pathway (interdisziplinärer Protokoll, aiming to ensure that dying patients receive d							
30	Johnson, Nikki; Lovell, Clare; Li, Wei-Ming; 2019	Rehospitalization and planning for death in residential care 10.1111				keine ACP-Intervention, Qualitative Studie, Zielgruppe: older adults, Setting: residential care, Fokus auf Verständnis und Integration - einer spe							
31	Jones, Louise; Candy, Bridget; Davis, Sarah; Elliott, 2016	Development of a model for integrated care at the end of life 10.1111				keine ACP-Intervention, Fokus auf Ed, Versorgung von fortgeschritten Demenzerkrankten							
32	Kauffman, Alison C.; McGrogan, Margaret J.; Brad, 2018	Advance Care Planning in the Nursing Home Setting: A Practice 10.101				ACP-Intervention (PDS-model), Setting: nursing homes, Evaluation des Projekts und zusätzl. Implementierung einer "team based partne							
33	Kim, Hyelin; Enck, Mary; Brailey, Christine; How, 2015	Physician Orders for Life-Sustaining Treatment for nursing home 10.101				ACP-Intervention? Übersetzung, POLST-Evaluierung in nursing homes, Zielgruppe: nurse practitioners/ nursing home residents mit fortgesch							
34	Kirby, Julie; Denton, Loretta; Scott, Sharon; 2018	Development and implementation of the Steps to Successful 10.101				keine ACP-Intervention, Palliativversorgungsprogramm für Menschen mit Behinderung							
35	Kluger, Bernd M.; Farsenake, Michael J.; Holden, 2018	Implementation issues relevant to outpatient neurology palliat 10.1111				keine ACP-Intervention, Palliativversorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen/ SAPH							
36	Körber-Miles, Katherine; Jones-Bonfigli, Kristen; 2016	Dying With Care: Using Simulation to Improve Communication 10.1111				keine ACP-Intervention							
37	Ladner, Wolfgang; Graube, Stefanie; Feichter, A.; 2015	The Palliative Treatment Plan as a Bone of Contention between 10.101				fragliche ACP-Intervention? Vgl. AAR/ Palliativprotokolle etc. - eher begleitender Gesprächsprozess?							
38	Li, Hui-Cong; Bahadran, Alison; Speck, Peter; Ar, 2014	Conceptualizations of dignity at the end of life: exploring 10.1111				keine ACP-Intervention							
39	Lindberg, Magnus; Tavelin, Björn; Lundström, 2015	Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality - a 10.101				keine ACP-Intervention							
40	Lu, Wei-Ming; Koerner, Jane; Lam, Lawrence; John, 2019	Improved Quality of Death and Dying in Care Homes: A Palliat 10.1111				keine ACP-Intervention, Fokus auf Palliativversorgungsverbesserung							
41	Marin, Ruth S.; Hayes, Barbara; Gregorovic, Kate; 2016	The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing 10.101				ACP-Intervention und Evaluation, Systematisches Review, Setting: nursing homes, Zielgruppe: nursing home residents, Unter							
42	Martinsson, L.; Heedman, P.-A.; Eriksson, M.; Tavel, 2016	Increasing the number of patients receiving information about 10.1111				keine ACP-Intervention, Fokus auf Ed, Care							
43	Mays, Allison Moser; Saliba, Debra; Feldman, Sid; 2016	Quality Indicators of Primary Care Provider Engagement in Nurs 10.101				keine ACP-Intervention							
44	Mitchell, Geoffrey Keith; Senior, Hugh; Edgar, 2016	Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported nur 10.1111				keine ACP-Intervention, Ed, in ruralen Gebieten							
45	Moman, Rajat N.; Loprinzi, Bruce; Catlin E.; Keely, 2017	PREDICTing Mortality in the Emergency Department: External 10.1111				keine ACP-Intervention? Verbesserung des Palliativverständnisses in Notfallambulanz, Therapiekommunikation							
46	Moore, Kristen J.; Candy, Bridget; Davis, Sarah; 2017	Implementing the compassion intervention, a model for integra 10.1111				keine ACP-Intervention							
47	Nadin, Shevaun; Crow, Maïne; Phipps, Holly; Kelly, 2018	Widowhood: development and evaluation of a community-e 10.2216				keine ACP-Intervention, Fokus auf Demenzerkrankten							
48	Nakanishi, Miharu; Yamashiki, Syoko; Nishida, Aki; 2018	In-hospital dementia-related deaths following implementation 10.1111				keine ACP-Intervention, Fokus auf Demenzerkrankten							
49	Ng, Charis Wei Ling; Cheong, S. K.; Goonika Raj, A.; 2016	End-of-life care preferences of nursing home residents: Results 10.1111				ACP-Intervention (CARE), cross-sectional-study, Palliativversorgung und ACP, Zielgruppe/ Setting: Residents in homes for the Elderly							
50	O'Brien, Mary; Kiron, Jennifer; Knighting, Katherine; 2016	Improving end of life care in care homes: an evaluation of the 10.1111				ACP-Intervention? Nicht explizit, Fokus eher auf Ed, ABER improvement in ACP als result institutionelle Implementierung eines konsistent							
51	O'Sullivan, Rosann; Murphy, Aileen; O'Caohain, 2016	Economic impact analysis of systematically implementing a 10.1111				ACP-Intervention (Let Me Decide) - Ökonomische Evaluation, Let Me Decide kombiniert mit Weiterbildungsprogramm Palliativversorgung							
52	Paul, B.; Hooper, B. P.; Robinson, C. A.; Boffert, 2015	Feasibility of a rural palliative supportive service 10.1111				ACP-Intervention? Palliativversorgung in ruralen Gebieten, Zielgruppe: Patienten mit lebenslimitierenden chronischen Erkrankungen, implem							
53	Piers, Ruth; Albany, Gwendolyn; Gilson, Joni; Lepellet, 2018	Advance care planning in dementia: recommendations for health 10.1111				fraglich ACP-Intervention, ACP-evidence based recommendations, Zielgruppe: Patienten mit fortgeschrittenen Demenzerkrankten							
54	Rhodes, Ramona L.; Ewood, Bryan; Lee, Simon C.; 2017	The Desires of Their Hearts: The Multidisciplinary Perspectives o 10.101				keine ACP-Intervention, perception of ACP/ palliative care among African Americans, Grundlage für ein kultur							
55	Sandvik, Reidun K.; Selbaek, Geir; Bergh, Sverre; 2016	Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity Du 10.101				keine ACP-Intervention							
56	Street, Maryann; Conditine, Julie; Livingston, Pam; 2015	In-reach nursing services improve older patient outcomes and 10.1111				keine ACP-Intervention, spezialisierte Palliativversorgung							
57	Sussman, Tamara; Kasalinen, Sharon; Lee, Eun; 2019	Condition-Specific Pamphlets to Improve End-of-life Commun 10.101				keine ACP-Intervention IT							
58	Tan, Woon Seng; Bagal, Ram; Lee, Chan Kee Ho; 2019	Individual, clinical and system factors associated with the 10.1111				keine ACP-Intervention							
59	Tennin-Greener, Helena; Ludwig, Susan; Ye, 2017	Improving palliative care through teamwork (IMPACT) in nursi 10.101				keine ACP-Intervention							
60	Tennin-Greener, Helena; Mukamel, Dana; B.; Laska, 2018	Impact of Nursing Home Palliative Care Teams on End-of-Life 10.101				keine ACP-Intervention, Fokus auf Palliativversorgungsverbesserung							
61	Thomas, Kelli S.; Cote, Danielle; Malinen, Rachel; 2018	Change in VA Community Living Centers 2004-2011: Shifting 10.101				keine ACP-Intervention							
62	Törke, Anja M.; Hickman, Susan E.; Hammes, Bernar 2019	POLST Facilitation in Complex Care Management: A Feasibility 10.1111				ACP-Intervention (Respecting Choices/POLST), Fokus auf "vulnerable" patients, Facilitator: nonphysician							
63	Unroe, Kathleen T.; Nazir, Amir; Holtz, Laura R.; 2015	The Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality, an 10.101				ACP-Intervention (OPTIMISTIC) Zielgruppe: long-stay residents Setting: nursing facilities							
64	van den Block, Leve; Hinnen, Elisabeth; Pivodic, 2019	Evaluation of a Palliative Care Program for Nursing Homes in 7 10.101				ACP-Intervention (PACE Steps to Success Program), Palliativversorgung und ACP, Zielgruppe: resident and							
65	van der Steen, Jenny T.; Delens, Leo; Koopmans, 2017	Physicians' perceptions of suffering in people with dementia at 10.101				keine ACP-Intervention							
66	Verschuif, René; Arcand, Marcel; Mison, Lucie; 2018	Quasi-experimental evaluation of a multifaceted intervention to 10.1111				keine ACP-Intervention							
67	Wilkinson, Emma; Randhawa, Gursh; Brown, David; 2016	Exploring access to end of life care for ethnic minorities with 10.1111				keine ACP-Intervention							
68	Yates, Elisabeth; Mitchell, Susan L.; Haldemanian, 2015	Interventions Associated With the Management of Suspected 10.101				keine ACP-Intervention							
69	Ziegler, Sarah; Schmidt, Margareta; Bepp, Matthias; 2018	Continuous Deep Sedation Until Death-a Swiss Death Certificat 10.101				keine ACP-Intervention							

Zwischenergebnisse 3

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				
41	Marin, Ruth S.; Hayes, Barbara; Gregorovic, Kate; 2016	The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing 10.101				ACP-Intervention und Evaluation, Systematisches Review, Setting: nursing homes, Zielgruppe: nursing home							
42	Martinsson, L.; Heedman, P.-A.; Eriksson, M.; Tavel, 2016	Increasing the number of patients receiving information about 10.1111				keine ACP-Intervention, Fokus auf Ed, Care							
43	Mays, Allison Moser; Saliba, Debra; Feldman, Sid; 2016	Quality Indicators of Primary Care Provider Engagement in Nurs 10.101				keine ACP-Intervention							
44	Mitchell, Geoffrey Keith; Senior, Hugh; Edgar, 2016	Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported nur 10.1111				keine ACP-Intervention, Ed, in ruralen Gebieten							
45	Moman, Rajat N.; Loprinzi, Bruce; Catlin E.; Keely, 2017	PREDICTing Mortality in the Emergency Department: External 10.1111				keine ACP-Intervention? Verbesserung des Palliativverständnisses in Notfallambulanz, Therapiekommunikation							
46	Moore, Kristen J.; Candy, Bridget; Davis, Sarah; 2017	Implementing the compassion intervention, a model for integra 10.1111				keine ACP-Intervention							
47	Nadin, Shevaun; Crow, Maïne; Phipps, Holly; Kelly, 2018	Widowhood: development and evaluation of a community-e 10.2216				keine ACP-Intervention, Fokus auf Demenzerkrankten							
48	Nakanishi, Miharu; Yamashiki, Syoko; Nishida, Aki; 2018	In-hospital dementia-related deaths following implementation 10.1111				keine ACP-Intervention, Fokus auf Demenzerkrankten							
49	Ng, Charis Wei Ling; Cheong, S. K.; Goonika Raj, A.; 2016	End-of-life care preferences of nursing home residents: Results 10.1111				ACP-Intervention (CARE), cross-sectional-study, Palliativversorgung und ACP, Zielgruppe/ Setting: Residents in homes for the Elderly							
50	O'Brien, Mary; Kiron, Jennifer; Knighting, Katherine; 2016	Improving end of life care in care homes: an evaluation of the 10.1111				ACP-Intervention? Nicht explizit, Fokus eher auf Ed, ABER improvement in ACP als result institutionelle Implementierung eines konsistent							
51	O'Sullivan, Rosann; Murphy, Aileen; O'Caohain, 2016	Economic impact analysis of systematically implementing a 10.1111				ACP-Intervention (Let Me Decide) - Ökonomische Evaluation, Let Me Decide kombiniert mit Weiterbildungsprogramm Palliativversorgung							
52	Paul, B.; Hooper, B. P.; Robinson, C. A.; Boffert, 2015	Feasibility of a rural palliative supportive service 10.1111				ACP-Intervention? Palliativversorgung in ruralen Gebieten, Zielgruppe: Patienten mit lebenslimitierenden chronischen Erkrankungen, implem							
53	Piers, Ruth; Albany, Gwendolyn; Gilson, Joni; Lepellet, 2018	Advance care planning in dementia: recommendations for health 10.1111				fraglich ACP-Intervention, ACP-evidence based recommendations, Zielgruppe: Patienten mit fortgeschrittenen Demenzerkrankten							
54	Rhodes, Ramona L.; Ewood, Bryan; Lee, Simon C.; 2017	The Desires											

Respecting Choices ® - USA

Next Steps (NS) wird Patienten angeboten:

- wenn chronische Krankheiten weiter fortgeschritten sind
- wenn klinische Auslöser auftreten, wie z. B. Komplikationen, häufige Krankenhausaufenthalte / klinische Begegnungen oder Funktionsminderungen.

Zum Beispiel: bei Patienten mit Herzinsuffizienz kann es sich um einen Herzinfarkt, Komplikationen der Lunge oder verstärkte Symptome während der täglichen Lebensaktivitäten handeln.

Respecting Choices ® - USA

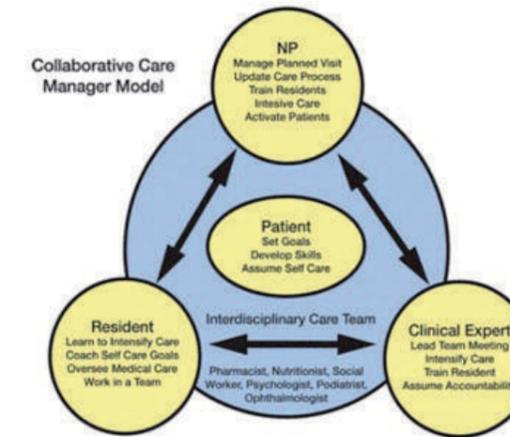
Advanced Steps (AS) wird als Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Pflege am Lebensende für gebrechliche Älteste und für Personen initiiert, deren Tod in den nächsten 12 Monaten nicht unerwartet wäre. (surprise question)

- AS-Planungsgespräch konzentriert sich auf Ziele der Pflege, um zeitnahe, proaktive und spezifische Entscheidungen zum Lebensende zu treffen.
- Im Idealfall werden Entscheidungen in ärztliche Anweisungen umgewandelt (z.B. POLST, Advance Directives), die während des gesamten Versorgungskontinuums befolgt werden können.
- Programm „Ärztanordnungen zur lebenserhaltenden Behandlung“ (POLST) ist das national anerkannte Modell für diese Planungsphase. (POLST = Provider Orders for Life-Sustaining Treatment)

Amerikanische Studie [1]

- Implementierung von ACP in 19 Pflegeheimen in Amerika Indiana
- OPTIMISTIC → Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality, and Improving Symptoms: Transforming Institutional Care (Hinweis: eigene Homepage mit diversen Programmen und Ansprechpartner*innen)
- OPTIMISTIC ist ein kollaboratives Versorgungsmodell, das eine verbesserte Unterstützung bietet, jedoch nicht das Personal der Einrichtung oder die Anbieter der Grundversorgung ersetzt). Implementierung von evidenzbasierten Tools
- Optimierung der Patientenverlegung, ergebniswirksame medizinische Qualität und Verbesserung der Symptome (Umgestaltung der institutionellen Versorgung), Implementierung orientiert an LAST Steps Respecting Choices, kooperierendes Versorgungsmodell (collaborative care model - kommt aus der Behandlung von psychischen Erkrankung, vor allem Depressionen - Bereitstellung von Diensten)

Amerikanische Studie [1]



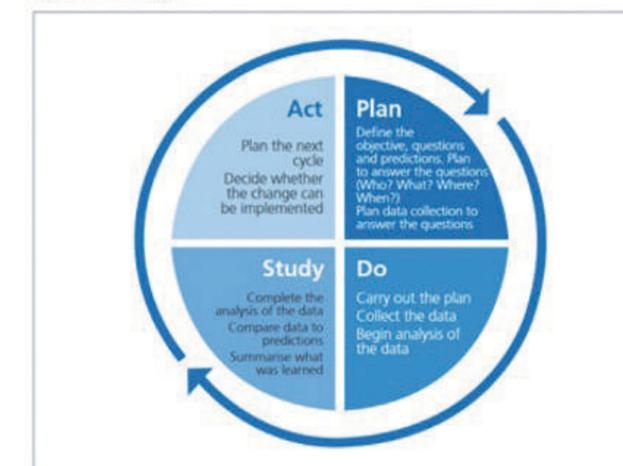
Quelle:[5]

Kanadische Studie [2]

- sechsmonatige Initiative zur Verbesserung der Praxis in 15 kanadischen Pflegeheimen evaluiert
- zwei Lernzyklen, gefolgt von Durchführung der Projekte zur Verbesserung der ACP-Praxis in den Einrichtungen unter Verwendung eines PDSA-Ansatzes durch teilnehmende Kliniker (z. B. Ärzte, Sozialarbeiter, Krankenschwestern).
- Ziele der Initiative:
 - (1) Verwendung des Plan-Do-Study-Act-Modells (PDSA) zur Verbesserung der Vorausplanung (ACP) von Pflegeheimen;
 - (2) zu untersuchen, ob eine verbesserte ACP-Praxis zu einer Änderung der Krankenseinweisung der Bewohner und der ACP-Präferenzen für die häusliche Pflege geführt hat;
 - (3) die teilnehmenden Einrichtungen in die regelmäßige Datenerhebung einzubeziehen und eine Grundlage für Überlegungen zur ACP-Praxis zu schaffen;
 - (4) eine teambasierte partizipative Pflegekultur fördern.

Kanadische Studie [2]

Figure 2: PDSA cycle



Quelle:[6]

Belgische Studie ^[3]

1. Erstellung eines Manuals empfohlen (quasi ein Handbuch)
2. Einladungsbriefe bzw. Informationsschreiben mit entsprechenden informativen Inhalten auf unterschiedlichen Ebenen (1. Geschäftsführung, 2. Personal, 3. niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Angehörige/Bewohner).
3. Trainer gehen in Einrichtungen und schulen ausgesuchtes (geeignetes) Personal für 2 Tage im erstellten Manual. Danach gemeinsame Schulung für alle im Heim ansässigen Hausärzte
4. Start mit Gesprächen bei Bewohnern (mit / ohne Angehörige) anhand ACP-Gesprächsleitfaden

Belgische Studie ^[2]

5. Durchführung vorgegebene ACP-Dokumentation und anschließend Eintragung der Wünsche in einer standardisierten Patientenverfügung (Advance Directive) - hier wurden die Wünsche in auf zwei Ebenen aufgeteilt:
 - 1. vorausverfügte Planung der "Pflegetherapie" bei eintretender Einwilligungsunfähigkeit,
 - 2. Planung medizinischer Maßnahmen in Krisensituationen.
- Hinweis: die folgenden Gesprächsangebote zur Sicherstellung der Aktualität immer jährlich oder dann, wenn sich etwas verändert hat.

Belgische Studie ^[3]

Resultat:

1. ACP-Trainer in Vollzeit während der Implementierungsphase im Haus einstellen,
2. 8 Monate der Implementierung ist zu kurz,
3. angepasste digitale Dokumentation, um ACP in die Patientenakte zu integrieren,
4. extra finanzielle Ressourcen in der Einrichtungen um Zeit zur Verfügung zu stellen, damit ACP-Personal, Pflegepersonal weiterbilden und ACP im Alltag bei Bewohnerinnen und Bewohnern einbinden kann (institutionelle Prozesse),

Belgische Studie ^[3]

Resultat:

5. Materialien und Informationen zur Verfügung stellen: GSF Gold Standards Framework (www.goldstandardsframework.org.uk) *PACE (gefördertes EU-Projekt) (FP7) Bewertung die Schritte PACE für eine erfolgreiche Intervention zur Verbesserung der Palliativversorgung in Pflegeheimen (<http://www.eupace.eu/>),
6. Angebot an Online-Kursen,
7. im Jahr 2017 stellten die Studiengruppe mehrere Broschüren zur Verfügung, um sowohl die Öffentlichkeit als auch Fachleute über die gesundheitliche Vorausplanung zu informieren. Sie haben auch Formulare für Patientenverfügungen entwickelt und verteilt, die vom belgischen Bundesministerium für Gesundheit unterstützt werden (erhöht Einheitlichkeit und somit Achtung).

Theory of change ^[4]

Steps needed when using the tool

Steps in the Theory of Change process adapted to MISO. Source: Adapted from van Es et al., 2015



Diskussion

- Unterschiede in den Versorgungsstrukturen zu Deutschland ersichtlich

(z.B. in Belgien ist eine gewisse Anzahl an Pflegekräften mit Palliative Care Weiterbildung Pflicht; in USA führen Pflegekräfte geriatrische Diagnostik durch und geben Ergebnisse ggf. an Ärzte weiter)

- anwenden bestimmter Formulare
- Kommunikation bei Schnittstellen
- Übernahme von Verantwortung

Diskussion

- Ausbildung- und Weiterbildungsinhalte variieren und können somit Unterschiede im Bereich der Fähigkeiten zu Kommunikation, Einschätzung von Krankheitsbildern, Wissen zu palliativen (nicht-) medikamentösen Behandlungen und Anwendungen

→ Studien in Deutschland zeigen Defizite im Wissen palliativer Pflegemaßnahmen bei Altenpflegekräften [7, 8]

Schlussfolgerung

- Übertragbarkeit von Studienergebnisse auf deutsche Strukturen nicht immer eins zu eins möglich
- Regionale Implementierung muss finanziell gefördert werden – Kommunen können mit §132 g SGB V nichts anfangen, da keine im Gesetz dafür vorgesehene Aufgabe formuliert (wenn dann als freiwillige Aufgabe)
- damit der Wille einer Person im Rahmen der Einwilligungsunfähigkeit geachtet wird, muss das rechtliche und medizinische, pflegerische, psychosoziale Wissen dazu an die Behandler*innen sowie in die Gesellschaft getragen werden

Zitat

Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care. The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness.'

*International Consensus Definition of Advance Care Planning
(Sudore et al 2017)*

Quellen

- [1] Ersek, Hickman, Thimas et. al (2017) Stakeholder Perspectives on the Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality, and Improving Symptoms: Transforming Institutional Care (OPTIMISTIC) Project
- [2] Alexis C. Kezirian, Margaret J. McGregor, Umilla Stead, Janice M. Murphy "Advance Care Planning in the Nursing Home Setting: A Practice Improvement Evaluation." Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care 14(11):1-18. January 2019. DOI: [10.1080/15524265.2018.1547673](https://doi.org/10.1080/15524265.2018.1547673)
- [3] Gilissen J, Pivodic L, Wendrich-van Dael A, Gastmans C, Vander Stichele R, Van Humbeeck L, Deliens L, Van den Block L. „Implementing advance care planning in routine nursing home care: The development of the theory-based ACP+ program“ (2019) PLoS ONE 14(10): e0223586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223586>
- [4] Van Es, M., Gult, I., and Vogel, I. (2015) Hivos ToC Guidelines: Theory of Change Thinking in Practice - A Stepwise Approach, Hivos, The Hague. Im Internet: <http://tinyurl.com/hr53xh2> [Zugriff: 02.02.2020]. Und : Wageningen University & Research "Theory of Change"; Im Internet: <http://www.managingforimpact.org/tool/theory-change> (Zugriff 02.02.2020)
- [5] Collaborative Care Manager Model. Content last reviewed October 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Im Internet: <https://www.ahrq.gov/brevention/curriculum/chroniccaremodel/chronic2a4.html> (Stand 02.02.2020)
- [6] NHS, "Plan, Do, Study, Act(PDSA) cycles and the model for improvement." Im Internet: <https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf> (Zugriff 02.02.2020)
- [7] Pfister D, et al. „German nursing home professionals' knowledge and specific self.efficacy related to palliative care.“ J Palliat Med. 2013
- [8] Schneider W, et. Al. „Abschlussbericht zum BMG-Projekt „Sterben zuhause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege“ Broschüre „Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“, 2017, Im Internet: <http://narrtael-alsopfleeg.de/index.php/pflegerische-versorgung/5-fachinfos-pfleger/6039-broschuere-palliativ-und-hospizversorgung-von-menschen-mit-migrationshintergrund> (Stand 03.02.2020)

2 - Notfalldokumente aus den Projektregionen

Die im Rahmen des Projekts erarbeiteten Notfalldokumente sind bei den jeweiligen Projektpartnerinnen und Projektpartnern erhältlich.

Notfalldokumentation der Region Bielefeld

Ausfüllen vom Arzt, gemeinsam mit dem/der Patient*in/Vertreter*in

Bielefelder Ärztliche Notfall-Anordnung (BÄNA)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____

Vorname _____

Geb. am _____

Ansprechpartner, Telefon _____

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

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, soweit medizinisch vertretbar

A Maximale Notfall- und Intensivtherapie, einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 Notfall- und Intensivtherapie, aber **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**

B1 Notfall- und Intensivtherapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und **keine Intubation und Beatmung**

B2 Notfalltherapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine Intubation und Beatmung und **keine Intensivbehandlung**

B3 Keine Mitnahme ins Krtz, nur ambulante palliative Notfalltherapie: Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine Intubation und Beatmung und keine Intensivbehandlung

THERAPIEZIEL = Leidensminderung / Symptomkontrolle

C Palliative Maßnahmen möglichst zu Hause, Mitnahme ins Krtz, nur wenn für Palliation unvermeidlich

_____ den _____ Unterschrift des Patienten (sofern einwilligungsfähig)

_____ Unterschrift und Stempel des Arztes _____ Unterschrift des Vertreters (Vorsorgebevollm. / Betreuer)

Diese Notfallanordnung gilt solange, wie nicht aufgrund veränderter Indikation oder veränderter Patientenwille eine neue Regelung getroffen wird.
Herausgegeben vom Ärztenetz Bielefeld e.V. in enger Abstimmung mit der AÄK der DAV-BVP e.V. und in Abstimmung mit der Ärztlichen Leitungs Rettungsdienst der Stadt Bielefeld
Version 1.0 vom 21.06.2021 Ärztenetz Bielefeld e.V.

Bielefelder Notfallsausweis*

Herausgegeben vom Ärztenetz Bielefeld e.V. in Abstimmung mit der Ärztlichen Leitungs Rettungsdienst der Stadt Bielefeld

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Datum, Unterschrift Patient _____

Datum, Unterschrift _____

Betreuer Bevollmächtigter Angehöriger

Gesetzlicher Betreuer Vorsorgebevollmächtigter

Name _____

Telefon _____

Engster An-/Zugehöriger _____

Name _____

Telefon _____

* In Anlehnung an den Düsseldorfer Notfallsausweis Version 1.0

Maximale Notfall- und Intensivtherapie, einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Notfall- und Intensivtherapie, aber **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**

Notfall- und Intensivtherapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und **keine Intubation und Beatmung**

Notfalltherapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine Intubation und Beatmung und **keine Intensivbehandlung**

Keine Mitnahme ins Krtz, nur ambulante palliative Notfalltherapie: Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine Intubation und Beatmung und keine Intensivbehandlung

Palliative Maßnahmen möglichst zu Hause, Mitnahme ins Krtz, nur wenn unvermeidlich

Es kann nur ein Kreuz gesetzt werden.
Ergebnis aus der Bielefelder Ärztlichen Notfall-Anordnung (BÄNA).

Hauptdiagnose _____

Palliativ-Arzt/-Ärztin _____

Telefon _____

Pflegedienst/heim _____

Hospizdienst _____

Sonstige _____

Hausarzt _____

Telefon _____

Besonderheiten/Bemerkungen _____

Notfalldokumentation der Region Bonn/Rhein-Sieg

- Ärztliche Anordnung für den Notfall und Krisenbogen Bonn/Rhein-Sieg: Netzwerk zur Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg – info@netzwerk-brs.de
- GVP-Dokumentenmappe in einfacher Sprache und GVP-Dokumentenmappe in einfacher Sprache – Vertreterdokumentation: Bonn Lighthouse – Verein für Hospizarbeit e.V. – info@bonn-lighthouse.de

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name: _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung: _____
 Vorname: _____
 geb. am: _____
 Ansprechpartner/in, Telefon: _____

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

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung – soweit medizinisch vertretbar

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus*
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● Ausschließlich lindernde Maßnahmen*
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

_____ den _____ 20____

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin
 *Ein Krisenplan wurde erstellt

Unterschrift des Patient/in (sofern einwilligungsfähig)
 Unterschrift des/der Vertreter/in (Vorsorgebevollmächtigter/r) / Betreuer/in

Name/Unterschrift des GVP-Begleitenden

! Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht aufgrund veränderter Indikation oder Patientenwillens eine abweichende Regelung vereinbart wird. Sie muss regelmäßig überprüft und angepasst werden!

Weitere Informationen zur Anwendung finden Sie unter www.div-bvp.de

Seite 3 © DIV-BVP e.V.

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben
 der einwilligungsfähigen bzw. nicht einwilligungsfähigen Person

Aktuelle Äußerungen verbal und/oder nonverbal (bei einwilligungsfähigen Personen nur hier ankreuzen)

Patientenverfügung Aussagen in einer Patientenverfügung

Behandlungswünsche frühere mündl. o. schriftl. Äußerungen, die Festlegungen für konkrete Situationen enthalten

Mutmaßlicher Wille Aufgrund konkreter Anhaltspunkte (verbale/nonverbale Äußerungen oder Einstellungen): „Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten (und woher wissen wir das)?“

Wie gerne leben Sie/ wie gerne lebt die vertretene Person?
 Welche Bedeutung hat es für Sie/für die vertretene Person, (noch lange) weiter zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken, was kommt Ihnen da in den Sinn?
 Was ist bekannt darüber, was die vertretene Person über das Sterben denkt oder dachte?
 Wenn Sie/die vertretene Person heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde/h, was würde das für Sie/für die vertretene Person bedeuten?

Darf eine medizinische Behandlung aus ihrer Sicht/aus Sicht der vertretenen Person dazu beitragen, ihr/ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie/wäre die Person bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das so? Gibt es Sorgen und Ängste hinsichtlich medizinischer Behandlungen?

Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten Sie/die vertretene Person nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollte/n? Warum ist das so? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

! WICHTIG: Bei Hinweisen auf veränderte Einstellungen ist diese Dokumentation zu aktualisieren!

Datum / Name, Vorname (Patient/in oder Vertreter/in)

Seite 1 © DIV-BVP e.V.

GVP-Dokumentenmappe in einfacher Sprache

Name: _____

Ich habe diesen Bogen selbstständig mit Hilfe von _____ ausgefüllt.

Mein Leben:
 Was mag ich gerne?
 Was ist mir besonders wichtig?

Meine Fähigkeiten und Sinne:
 Welche sind mir wichtig?
 Welche Einschränkungen kann ich ertragen?

© Bonn Lighthouse e.V. 2020

Wertebogen

Vorname: _____ Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____

Ich habe diesen Bogen selbstständig mit Hilfe von _____ ausgefüllt.

Mein Leben:
 Was mag ich gerne?
 Was ist mir besonders wichtig?

Meine Fähigkeiten und Sinne:
 Welche sind mir wichtig?
 Welche Einschränkungen kann ich ertragen?

© Bonn Lighthouse e.V. 2020

Für eine Notfallsituation

Vorname: _____ Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____ Adresse: _____
 Ich habe eine Vertrauensperson, die meinen Willen unterstützt.
 Der Name ist: _____

Wenn ich in einer lebensbedrohlichen Notfallsituation bin und mich nicht äußern kann, möchte ich (nur ein Kreuz machen):

Entweder

Uneingeschränkte lebensverlängernde Behandlung
 A: Ich möchte, dass alles getan wird, damit ich solange wie möglich weiter leben kann.

oder

Lebensverlängernde Behandlung, aber:
 B0: Ich möchte nicht, dass mein Herz wieder zum Schlagen gebracht wird, wenn es still steht
 B1: Ich möchte keine Luft über einen Schlauch durch eine Maschine in die Lunge bekommen
 B2: Ich möchte in ein Krankenhaus, aber nicht auf eine Intensivstation
 B3: Ich möchte nicht in ein Krankenhaus, sondern zu Hause bleiben

oder

Nur palliative Behandlung
 C: Ich werde ausschließlich so behandelt, dass ich nicht leide

Dieses Formular für eine Notfallsituation entspricht meinem Willen.
 Das heißt, ich will das so.

 Datum und Unterschrift

Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikation dieser Entscheidung.

 Datum und Unterschrift behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin

Nach meiner Einschätzung hat Herr/ Frau _____ den Inhalt dieses Formulars verstanden und seinen/ihren Willen deutlich und klar geäußert.

 Datum und Unterschrift rechtliche Betreuung

© Bonn Lighthouse e.V. 2020

Notfalldokumentation der Region Borken

- Verfügung für den medizinischen Notfall: Kreis Borken - gvp-arbeitskreis@kreis-borken.de

Verfügung für den medizinischen Notfall

WESTFÄLISCHES LANDESKREIS BORKEN
 Erteilt vom Arbeitskreis GVP im Kreis Borken
 Stand: 2.2021

Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung: _____

Name / Vorname: _____
 geboren am: _____

Im Notfall benachrichtigen:
 Name Vorname Telefon Die Person ist auch Befugelter/r Betreuer (Stand: 2.2021)

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

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● Ausschließlich lindernde Maßnahmen
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

_____ den _____ 20____

Diese Verfügung ist Ausdruck des (mutmaßlichen) Behandlungswillens der o.g. Person und der medizinischen Vertretbarkeit.

Diese Verfügung ist Ausdruck meines Behandlungswillens.

Unterschrift des Patienten / Bewusstlosen (sofern einwilligungsfähig)
 Diese hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.

Unterschrift des Vertreters (Vorsorgebevollmächtigter / Betreuer)
 Ich habe den Entscheidungsprozess gem. GVP begleitet.

Unterschrift und Stempel des Arztes
 Krisen-/Notfallplan wurde erstellt.

Name / Unterschrift des Gesprächsleiters GVP n. § 132g SGB V

! Diese Verfügung ist auf der Basis der Gesundheitslichen Versorgungsplanung (GVP) nach § 132g SGB V mit dem Bewusstlos / Patienten, Bevollmächtigten / Betreuer und möglichst mit einem GVP-Gesprächsleiter erarbeitet und mit dem behandelnden Arzt besprochen worden. Mit der Unterschrift der Beteiligten ist diese Verfügung bindend.

ENTWURF Stand: 28.01.2021 AK Notfallbogen

© Bonn Lighthouse e.V. 2020

Erläuterungen

Funktion der Verfügung für den medizinischen Notfall

Diese Verfügung für den medizinischen Notfall erlaubt es,

- den akutmedizinischen Standard (= Beginn potenziell lebensrettender Therapie mit allen vertretbaren Mitteln) individuell zu bestätigen (Option A),
- lebensrettende Maßnahmen individuell einzuschränken (Optionen B0-B3) oder aber
- jegliche Maßnahme mit dem Therapieziel der Lebensrettung / Lebensverlängerung auszuschließen (Option C).

Erläuterungen zum Gesprächsprozess

- Die unterzeichnende Person hat in einem ausführlichen Gesprächsprozess mit dem Arzt über die Chancen und Risiken von Behandlungsmaßnahmen und die individuellen Begnadlungswünsche gesprochen. Hierbei wurde die unterzeichnende Person dabei unterstützt, die irrefühlig genannten Optionen zu verstehen, abzuwägen und zu entscheiden (shared decision making, informed consent).
- Sofern die betroffene Person zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Dokumentes nicht einwilligungsfähig war, wurde ihr (mutmaßlicher) Wille mit dem Vertreter sorgfältig ermittelt. Dabei wurde die Person, soweit möglich und zumutbar, in den Gesprächsprozess einbezogen.

Geltung und Geltungsbereich

- Die hier getroffene Festlegung ist nicht an (z.B. prognostische) Bedingungen geknüpft und gilt ohne zeitliche Begrenzung. Sie muss regelmäßig überprüft und ggf. angepasst werden!
- Die hier getroffene Festlegung reflektiert die Indikationen und den Willen der genannten Person für den Fall einer akuten Krise. Die Verfügung ist -wenn eindeutig ausgefüllt- für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich sofern die genannte Person nicht selbst einwilligungsfähig ist und keine konkreten Hinweise auf eine Willensänderung vorliegen.
- Damit diese Verfügung wirksam werden kann, ist bei einwilligungsfähigen Personen die Unterschrift des Patienten erforderlich. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen haben der Arzt und der recht. Vertreter gemeinsam zu dokumentieren, dass, sofern noch lebensverlängernde Maßnahmen indiziert sind, die getroffenen Festlegungen dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entsprechen.
- Zur Klärung anderer, über die umseitig skizzierten Notfälle hinausreichender Behandlungsfragen (u.a. hinsichtlich Dauer und Grenzen jeder einmal begonnenen lebensverlängernden Therapie) ist die ggf. vorhandene ausführliche Patientenverfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter zu konsultieren.

Ausschluss stationärer Behandlung sowie ambulanter Krisenplan in den Optionen B3 und C

- Der umseitige Ausschluss einer stationären Behandlung (B3, C) bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung. Eine stationäre Einweisung mit dem Ziel der Linderung (Palliation) ist hiervon unberührt zu lässig, wenn dieses Ziel ambulant nicht erreicht werden kann.
- Bei Vorliegen eines Krisenplans/Notfallplans sind die dort hinterlegten Hinweise zu befolgen.

Hinweise zur Umsetzung

Bitte überprüfen Sie vor der Befolgung dieser Anordnung:

1. ob es sich tatsächlich um den hier bezeichneten Patienten handelt,
2. ob die Anordnung korrekt ausgefüllt, nur eine der Optionen A, B0, B1, B2, B3 oder C angekreuzt ist und
3. ob die Anordnung aktuell (sollte nicht älter als 2 Jahre sein) und unterschrieben ist (s.o. Geltung und Geltungsbereich).

ENTWURF Stand: 25.11.2020 AK Notfallbogen

© Bonn Lighthouse e.V. 2020

Erste praktische Hinweise und Empfehlungen zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe	
In der Region	
Thema	Beschreibung
Schnittstellen zwischen Einrichtung und übergeordneten Organisationen	Damit die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner überhaupt umgesetzt werden können, muss eine Einrichtung ihr Konzept der Gesundheitlichen Versorgungsplanung an alle relevanten Netzwerkpartner kommunizieren.
Notfalldokument	Ziel eines Notfalldokuments ist es, in der Akutsituation zielgerichtet und uneingeschränkt im Namen der Bewohnerinnen und Bewohner handeln zu können. Ein einheitliches Notfallinstrument kann mit den Gesundheitsversorgern einer Region entwickelt und abgestimmt werden.
Regionale Weiterentwicklung GVP	Eine Vernetzung der Einrichtungen vor Ort mit weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung in der Region ist eine wichtige Basis für inhaltliche Abstimmungen, für die Vereinbarung von Standards oder für gemeinsame Fortbildungen etc. Ein solches Netzwerk kann auch für die Schaffung einer Koordinationsstelle zur nachhaltigen Steuerung und Weiterentwicklung der Umsetzung von GVP in der Region genutzt werden.
Öffentlichkeitsarbeit	Die Gesundheitliche Versorgungsplanung ist sowohl in vielen Einrichtungen als auch vielen Bürgerinnen und Bürgern noch nicht bekannt. Um die Vorteile und den mit ihr verbundenen Nutzen aufzuzeigen sowie auch deren Nachfrage anzuregen, ist die Verbreitung in der Öffentlichkeit wichtig.
	Die Kommunikation des Konzeptes nach außen ist essentiell und durch die Heimleitung umzusetzen. Es ist hilfreich, wenn Träger/Heimleitungen auch untereinander gut vernetzt sind, unter anderem um sich über Chancen und Grenzen, Fallstricke und Lösungswege in der Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung auszutauschen.
	Die Einführung eines in der Region/Kommune geltenden, einheitlichen und gemeinsam mit den regionalen Netzwerkpartnern (Hausärzt:innen, Palliativversorger, Rettungsdienst, Kommune, etc.) entwickelten Dokuments ist sinnvoll und hilfreich. Eine Orientierung an bereits bestehenden Instrumenten (z.B. aus anderen Regionen oder überregional anerkannten Dokumenten) bietet sich an.
	Die Einführung eines in der Region/Kommune geltenden, einheitlichen und gemeinsam mit den regionalen Netzwerkpartnern (Hausärzt:innen, Palliativversorger, Rettungsdienst, Kommune, etc.) entwickelten Dokuments ist sinnvoll und hilfreich. Eine Orientierung an bereits bestehenden Instrumenten (z.B. aus anderen Regionen oder überregional anerkannten Dokumenten) bietet sich an.
	Relevante Aspekte und Inhalte der Gesundheitlichen Versorgungsplanung sollten in der Region/Kommune gemeinsam erarbeitet und formuliert werden, um sie dann möglichst breit und auf unterschiedlichen Wegen an die Bevölkerung, aber auch an die Politik kommunizieren zu können.

Erste praktische Hinweise und Empfehlungen zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe	
In der Institution	
Thema	Beschreibung
GVP-Gesprächsbegleitende	Die Qualifizierung der GVP-Gesprächsbegleitenden folgt den Vorgaben der Vereinbarung zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V. Es gibt zahlreiche Fortbildungsträger, die dieses Angebot vorhalten.
Beratungsdokumentation	Einer Pflegedokumentation vergleichbar, werden die einzelnen Schritte sowie die Ergebnisse einer Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung dokumentiert. Mit Zustimmung der Bewohnerin oder des Bewohners bzw. der gesetzlichen Vertreter:innen werden die Inhalte und Entscheidungen intern sachlich und bedarfsorientiert kommuniziert.
Datensicherheit	Im Sinne der gesetzlichen Vorgaben für den Datenschutz bedürfen die Vorbereitung, Umsetzung und Dokumentation des Beratungsprozesses einer sensiblen Behandlung aller Gesprächsinhalte und Festlegungen, sowohl innerhalb der Einrichtung als gegenüber ggf. einbezogenen externen Netzwerkpartnern.
Leitbild GVP	Mit der Einführung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung gehen in der Einrichtung möglicherweise inhaltliche, strukturelle und prozessuale Veränderungen einher, die sich im Leitbild wiederfinden. Die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner werden noch einmal mehr in den Mittelpunkt gestellt.
Interne Schnittstellen	Alle Mitarbeitenden (u.a. aus Pflege, Betreuung, Verwaltung oder Hauswirtschaft) werden über das Konzept und die individuelle Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung informiert. Mitarbeitende, die an der gesundheitlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt sind, müssen deren vorausverfügbaren Willen kennen, bzw. wissen, wo diese dokumentiert und verwahrt werden (s.o. Beratungs-Dokumentation)
Externe Schnittstellen	An der gesundheitlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sind auch externe Personen und Dienste beteiligt, wie bspw. Hausärzt:innen und -ärztinnen, Rettungsdienste, Hospizdienste, Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, etc. Auch diese Personenkreise müssen unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen in bestimmten Situationen Kenntnis über die vorausverfügbaren Willen der/des jeweiligen Bewohnerin bzw. Bewohners erhalten.
	Die Einrichtungen sollten für die GVP-Gesprächsbegleitung geeignetes Personal auswählen und ausbilden lassen. Es empfiehlt sich, dafür mehr als eine Person zu qualifizieren oder sich einem regionalen Pool von Gesprächsbegleitenden anzuschließen, um Ausfälle zu kompensieren bzw. vernetzt arbeiten zu können, aber auch um mit den unterschiedlichen Persönlichkeiten der Gesprächsbegleitenden flexibler auf individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner reagieren zu können.
	Eine Recherche und ein Vergleich der Schulungsinhalte und Methoden ist ratsam, da das Angebot der Fortbildungsträger groß ist und unterschiedlichen Qualitätsansprüchen folgt.
	In den Einrichtungen sollte die Dokumentation über die Beratungsprozesse und -ergebnisse einem einheitlichen Standard folgen. Dies ist bedeutsam für ihre Anerkennung und Umsetzbarkeit von einrichtungsinternen Entscheidungen in Akutsituationen, aber auch für den Fall, dass weitere Personenkreise in die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner einbezogen werden (z.B. Ärzt:innen/Ärztinnen, Kliniken, Therapeut:innen/Therapeuten, Hospizdienste etc.).
	Der Aspekt der Datensicherheit sollte in den jeweiligen Standards zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung besondere Berücksichtigung finden und idealerweise durch Datenschutzbeauftragte geprüft werden.
	In den Einrichtungen sollte die Implementierung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung als wichtiger Weiterentwicklungsprozess anerkannt werden. Die Führungskräfte (EL, PDL, WBL, TL etc.) sollten gemeinsam mit allen anderen Mitarbeitenden diesen Prozess mittragen. Dazu ist es wichtig, die Mitarbeitenden frühzeitig in die geplanten Veränderungen einzubinden.
	Mit Blick auf die individuelle Bedarfssituation sollten insbesondere die Ergebnisse des Beratungsprozesses, aber auch die Kommunikationswege und die Ansprechpartnerinnen und -partner bekannt sein, damit die Wünsche der Bewohner:innen auch wirklich umgesetzt werden.
	Dazu müssen die Schnittstellen zwischen den an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Akteuren und Akteuren ermittelt und durchgängig gestaltet werden.
	Wie bei den internen Schnittstellen, sollten die betroffenen externen Personen und Dienste identifiziert und in die Gestaltung der Kommunikationswege miteinbezogen werden. Es sollte geprüft werden, wo bereits Kooperationen bestehen und an welchen Stellen solche noch benötigt werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Print

Coors, M.; Jox, R.; in der Schmitt, J. (2015): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung. Kohlhammer, Stuttgart

Nauck, F.; Marckmann, G.; in der Schmitt, J. (2018): Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin DOI 10.1055/s-0042-118690 Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2018; 53

Reis, C. (2013): Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zugänge, FH Frankfurt

Marckmann, G. (2013): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? Online: <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/prinzipienethik-2013.pdf>

Links

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/81737/Zahl-der-Patientenverfuegungen-gestiegen>

<https://alpha-nrw.de/adressen>

<https://www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/behinderung-und-psychische-erkrankung/haeufig-gestelltefragen/61928>

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___132g.html

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitsliche_versorgungsplanung.jsp

<https://respectingchoices.org>

<https://www.bonn.de/themen-entdecken/wirtschaft-wissenschaft/regionale-zusammenarbeit.php>

<https://hospizforum-bonn-rheinsieg.de>

<https://www.div-bvp.de/die-div-bvp-2/#was-ist-bvp> - Juni 2021

<https://leichte-sprache.de/leichte-sprache/was-ist-leichte-sprache/>,

Letzter Zugriff auf die genannten Internetseiten August 2022

Bildnachweis

Karten:

https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:North_rhine_w_BN.svg

https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:North_rhine_w_AC_region.svg

[https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_AC_\(2009\).svg](https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_AC_(2009).svg)

https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:North_rhine_w_BOR.svg

https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_BOR.svg

Index

A

Aachen	7, 12, 14, 17, 18, 30, 38, 50, 74, 86
ACP	5, 7, 9, 10, 38, 43, 64, 66, 73
ACP-Konzepte	10
Advance Care Planning	2, 5, 9, 10, 38, 73, 90
Akademie für Palliativmedizin	15, 54
ALPHA NRW	5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 34, 35, 50, 55, 71, 73, 95
ALPHA Rheinland	11, 12, 30, 73
ALPHA Westfalen-Lippe	20, 73
Altenhilfe	17, 19, 20, 21, 34, 52, 53, 54, 56, 57, 59, 69, 71
ÄNo-Bogen	50, 73
Ärztetz Bielefeld e.V.	12, 21, 22, 23, 73
Ärztetzwerke	41, 60
Ärztlichen Anordnung für den Notfall	43, 66
Ausbildungskonzepte	10, 51

B

Behandlungswünsche	5, 6, 42, 44, 45, 64
Beratungsangebot	5, 15, 23, 26, 49, 51
Beratungsgespräch	46
Beteiligung	9, 27, 28, 62, 69, 70, 71
Betreuungsrecht	8
Bewohner	5, 7, 8, 9, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 42, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 59, 61
Bielefeld	2, 11, 12, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 40, 45, 47, 49, 50, 73, 74, 83, 87
Bielefelder Hospizinitiative	21
Bonn	2, 11, 12, 14, 15, 16, 23, 32, 45, 50, 54, 55, 73, 74, 84, 95
Bonn Lighthouse – Verein für Hospizarbeit e.V.	54, 84
Bonn/Rhein-Sieg	12, 14, 15, 16, 23, 32, 45, 50, 54, 74, 84
Borken	2, 11, 12, 14, 19, 20, 28, 32, 40, 45, 47, 52, 53, 85
Bundesstadt Bonn	14, 15, 16, 74
BVP	5, 23, 38, 43, 50, 73

D

DiV-BVP	5, 43, 50, 73
Dokumentation	8, 9, 21, 23, 36, 39, 42, 63
Dokumentation für den Notfall	42

E

Eifel	2, 11, 12, 14, 17, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 53, 74
Einfache Sprache	55
Eingliederungshilfe	3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 30, 34, 42, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 63, 64, 66, 67, 69, 71
Einwilligungsunfähigkeit	8, 9, 10, 42, 48, 61
Entwicklungsprozess	23
Erfolgsfaktoren	32, 33, 68, 71
Evaluation	2, 32, 34, 36, 37, 51, 65, 67
Evaluierung	24, 36, 65
Evangelische Johanneswerk	21

F

Finanzierung 59

G

Gesprächsangebot 5, 9
Gesprächsprozess 9, 45, 46
gesundheitliche Versorgung 13, 15, 23, 29, 31, 59, 67
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase 50, 73
Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V 5, 10
Gesundheitsamt 24, 29
Gesundheitsversorgung 11, 17, 19, 21, 22, 39, 40, 41, 56, 57, 68, 71, 72
GVP-Ärztefortbildung 27
GVP-Dokumentation 42
GVP-Dokumente 27, 28, 48, 66, 71
GVP-Netzwerk 3, 19, 23, 24, 26, 32, 53, 56, 60, 63, 65, 69
GVP-Netzwerkarbeit 33
GVP-Projekt 36, 39
GVP-Qualitätskriterien 71
GVP-Schulungskonzepte 56

H

Hausärzteveranstaltung 53
Heimaufsicht 20, 24
Helios-Akademie für Palliativmedizin Bonn/Rhein-Sieg 54
Hospizdienste 15, 17, 20, 24, 59
Hospiznetzwerk Borken 20
Hospiz- und Palliativdienste 13, 41
Hospiz- und Palliativgesetz 9
Hospiz- und Palliativkultur 9, 14, 46, 69
Hospiz- und Palliativversorgung 8, 12, 13, 15, 16, 18, 22, 23, 26, 28, 32, 34, 39, 42, 45, 50, 59, 60, 69, 74, 84

I

Implementierung 3, 4, 7, 10, 11, 15, 17, 19, 23, 28, 29, 32, 34, 38, 39, 44, 46, 47, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 59, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 87
Informationsaustausch 31, 67
Informationsfluss 23, 29, 40, 42, 48, 58
Informationsveranstaltungen 28, 45, 49, 51, 52, 62, 65, 67
Initiierung 3, 4, 23, 36, 57, 62, 65, 66, 67, 70
institutionelle Implementierung 46
Integration 53, 56, 63, 67, 71

K

Kommunale Mitarbeit 29
Konsentierung 64
Konsentierungsprozess 63, 64
Konzepte 5, 10, 31, 34, 39, 52, 55, 61, 69, 71
Kooperation 18, 38, 54
Kreis Borken 2, 11, 12, 14, 19, 20, 28, 32, 40, 45, 47, 52, 53, 85
Krisenbogen 61, 84

L

Landschaftsverband Rheinland 54
Leichte Sprache 55
Leitthemen 13, 57, 66

M

MAGS NRW 7, 27, 34, 39, 73
medizinische und pflegerische Behandlungen 8
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 11, 73, 95
Modelle 5, 39
Modellregionen 43, 53, 68, 70, 71, 72
Monschau 17, 18, 30, 74

N

Netzwerkaktivitäten 29, 30, 36, 61, 62, 65, 67
Netzwerkarbeit 2, 29, 31, 32, 33, 36, 46, 48, 69
Netzwerkentwicklung 2, 22, 24, 31, 36, 39
Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg 12, 16, 74
Netzwerkkoordination 61
Netzwerkpflege 65
Notfalldokumentation 2, 24, 25, 36, 42, 50, 63, 67, 83, 84, 85, 86
Notfalldokumente 4, 10, 39, 44, 54, 63, 64, 66, 68, 69, 83
Notfallmedizin 9, 90
Notfallpass 21
Notfallsituationen 5, 8, 27, 45, 73

O

Öffentlichkeitsarbeit 2, 12, 18, 24, 32, 51, 62, 63, 65, 67, 71
Organisationsentwicklung 3, 23, 46, 69
Organisationsstruktur 29

P

Palliativnetz Bielefeld e.V. 21, 22, 74
Palliativversorgung 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 26, 28, 32, 34, 39, 42, 44, 45, 48, 50, 52, 59, 60, 69, 73, 74, 84, 95
Patientenautonomie 8
Patientenverfügung 5, 6, 8, 9, 10, 50, 54, 55, 90
Patientenverfügung in leichter Sprache 54
Patientenverfügungsgesetz 8
Pflegedokumentation 42
Pflegeeinrichtungen 4, 5, 8, 9, 21, 22, 23, 25, 52, 54, 61, 71
Projekt 2, 4, 8, 10, 11, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 39, 43, 48, 53, 68, 72
Projektregionen 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 42, 46, 48, 50, 83
Prozessentwicklung 25

Q

Qualifikation 8
Qualitätskriterien 4, 11, 71
Qualitätsmanagement 46
Qualitätssicherung 9

R

regionale Implementierung	38, 59, 71
regionale Netzwerke	53
regionale Umsetzung	10, 15, 21, 26, 30, 31, 38, 53, 57, 60, 62, 67, 69, 71
regionale Vernetzung	38
respecting choices®	5
Ressourcen	2, 4, 8, 16, 26, 30, 31, 33, 36, 48, 60, 61, 68, 69, 70, 71
Rettungsdienst	13, 40, 42, 44, 63, 65, 66
Roetgen	17, 18, 30, 74

S

SAPV	24, 40, 48, 67, 73
Schnittstellen	2, 12, 21, 40, 47, 58, 63, 65, 67, 68
Schnittstellenmanagement	24, 41
Schulung	7
Schulungskonzept	45, 56
sektorenübergreifende Abstimmungsprozesse	10
sektorenübergreifende Prozesse	21, 68
sektorenübergreifendes Netzwerk	19, 20, 21, 30
sektorenübergreifende Versorgung	9
Selbstbestimmungsrecht	9
Servicestelle Hospiz	12, 18, 30, 38, 74
Simmerath	17, 18, 27, 30, 74
Städteregion Aachen	7, 17, 18, 30
Stakeholder	34, 48, 60, 63, 66, 67
Stakeholderanalyse	47, 48, 60, 61
Stärken-Schwächen-Analyse	35, 73
stationäre Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe	15, 49, 59
SWOT-Analyse	13, 35, 36, 73

T

Themencafés	13, 58, 62
-------------	------------

U

Überleitungsbogen	21
überregional	18, 34, 39, 66, 69
überregionaler Austausch	34, 38, 53, 69, 71

V

Vernetzung	3, 5, 7, 8, 9, 10, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 30, 38, 39, 52, 54, 56, 57
Von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel	21
Vorsorge	5, 6, 32, 44, 50
Vorsorgeinstrumente	6, 50
Vorsorgevollmacht	6

W

Willensbekundung	28, 44
Wissenstransfer	2, 22, 32, 34, 55, 69

Z

Zielgruppe	26, 52, 58, 64, 69
zukünftige Behandlungsentscheidungen	27

Impressum

Herausgeber:

Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbetreuung (ALPHA NRW) Landesteil Rheinland

Heinrich-Sauer-Straße 15

53111 Bonn

Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbetreuung



Gefördert vom:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Referat IV A 5. Organspende, Palliativversorgung, Kurorte

Fürstenwall 25

40219 Düsseldorf

Gefördert vom

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Autorin und Projektkoordination: Catrin Beu

unter Mitarbeit von: Andrea von Schmude, Martina Kern,

Frank Gunzelmann, Felix Grützner

Layout und Grafik: Stefan Pinkner

© ALPHA NRW 2022

