

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V (GVP)

Handreichung zur regionalen Umsetzung



Inhalt

Vorwort	4
Was beinhaltet GVP?	6
Warum ist GVP relevant?	7
Status Quo von GVP in Nordrhein-Westfalen	10
Regionale Umsetzung von GVP – Ein Projekt für Nordrhein-Westfalen	13
Handlungsebenen und Koordination bei der Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk	15
Initiierung einer regionalen Vernetzung zur Umsetzung von GVP	20
Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse am Beispiel „Notfalldokumente“	36
Förderliche und hinderliche Aspekte bei der Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk	43
Fazit	45
Warum sich für GVP in der Region engagieren?	46
Anmerkungen	48
Impressum	50

Vorwort



Im Jahr 2017 wurde in Deutschland unter dem Begriff Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) im § 132g SGB V ein Vorsorgekonzept gesetzlich verankert mit dem Ziel, die Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe am Ende ihres Lebens zu stärken. Die diesbezügliche Leistung sieht vor, dass besonders ausgebildete Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten sowie Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufzeigen.

Der Beratungsprozess mündet in eine schriftliche Dokumentation der Wünsche und Verfügungen für die Behandlung und Begleitung am Lebensende, die fortlaufend aktualisiert wird. An der Umsetzung dieser Vorsorgewünsche sind nicht nur die stationären Pflegeeinrichtungen beteiligt, sondern es werden auch andere Akteure einbezogen, wie zum Beispiel behandelnde Haus- und Fachärzte, Mitarbeitende aus der sozialen Arbeit, aus der Hospiz- und Palliativversorgung und der Seelsorge. In Notfallsituationen muss die Behandlung entsprechend des verfügbaren Willens auch von Rettungsdiensten und Krankenhäusern sichergestellt werden.

In NRW haben sich in den letzten Jahren nebeneinander unterschiedliche Umsetzungswege für GVP nach § 132 g SGB V entwickelt. Leitend für alle ist die Erkenntnis, dass ohne eine regionale Vernetzung durch verbindliche Vereinbarungen für eine sektorenübergreifende Versorgung die geäußerten Wünsche der Betroffenen häufig ins Leere laufen.

Wie die Etablierung eines solchen Netzwerks gelingen kann, ist von ALPHA Rheinland im Rahmen eines mehrjährigen Projektes beispielhaft in vier Modellregionen untersucht worden. In einem weiteren Projekt von ALPHA Rheinland wurde eine Bestandsaufnahme zu Anzahl, Aufbau, Strukturen sowie zur Arbeitsweise von bestehenden hospizlich-palliativen Netzwerken in NRW durchgeführt. Beide Projektberichte sind auf der Internetseite von ALPHA NRW (www.alpha-nrw.de) veröffentlicht und können die regionale Umsetzung von GVP mit hilfreichen Hintergrundinformationen unterstützen.

ALPHA Rheinland, im Sommer 2022



Die Möglichkeit, Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten, ist im Sozialgesetzbuch im § 132 g SGB V fixiert. Weiterführende Informationen zur Ausgestaltung in der Rahmenvereinbarung nach § 132 g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017. Abrufbar unter:



Was beinhaltet GVP?

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) aus dem Jahr 2015 wurde gesetzlich verankert, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) anbieten können. Diese umfasst eine Beratung zur medizinisch-pflegerischen Versorgung sowie zur Begleitung in der letzten Lebensphase. Entlang den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner kann auf den Sterbeprozess, die medizinische Versorgung in Notfallsituationen sowie palliative und psychosoziale Versorgungsmaßnahmen im Beratungsgespräch eingegangen werden. Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einem oder mehreren aufeinander aufbauenden Gesprächen statt, z.B. bei Änderungen von Behandlungswünschen oder bei Änderung des Gesundheitszustands. Im Beratungsprozess sind die Hausärztin bzw. der Hausarzt und Angehörige bzw. Zugehörige oder weitere Vorsorgebevollmächtigte entsprechend den Wünschen des betroffenen Menschen zu berücksichtigen. Um im Notfall oder am Lebensende die besprochenen Inhalte umzusetzen, sind die regionalen Versorgungsangebote (z.B. Krankenhäuser, Rettungsdienste, Hospiz- oder Palliativdienste) einzubeziehen.

In einer Rahmenvereinbarung (§ 132 g Abs. 3 SGB V) haben sich der Spitzenverband Bund der Kranken-

kassen, die Träger der stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung über die weitere Ausgestaltung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung verständigt. Die Kosten für die Beratungsgespräche zu GVP übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen entsprechend der zuvor genannten Rahmenvereinbarung (§ 132 g Abs. 4 SGB V).

Warum ist GVP relevant?

Voraussetzung für eine medizinische Behandlung ist neben der medizinischen Indikation die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten (§ 630 d BGB). Auch vor dem Hintergrund des Rechts auf Selbstbestimmung (Art. 2 GG) bedeutet dies, dass jede Person selbst entscheiden kann, ob sie in die medizinische Behandlung einwilligt oder nicht. Ist die Person aufgrund des gesundheitlichen Zustands nicht einwilligungsfähig, handelt es sich um eine besondere Situation. Diese besondere Situation kann plötzlich z.B. aufgrund eines Sturzes aus dem Bett oder eines Schlaganfalls, aber auch schleichend durch eine chronische (z.B. demenzielle) Erkrankung eintreten.

Um sicherzustellen, dass der eigene Wille auch in Situationen gewahrt wird, in denen man selbst nicht mehr einwilligungsfähig ist, können die eigenen Wünsche über zukünftige Behandlungen frühzeitig dokumentiert und diese mit Vertrauenspersonen besprochen werden.



Weitergehende Informationen zu den Themen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung stehen auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz bereit: www.bmj.de (Themen – Vorsorge und Patientenrechte). Auch die Broschüre „Was Sie bestimmen, zählt!“ von ALPHA NRW enthält weitere Informationen zu diesem Thema:



Die Dokumentation der eigenen Vorstellungen und Wünsche kann in Form einer **Patientenverfügung** erfolgen (§ 1901 a BGB). Um eine Vertrauensperson zu bestimmen, die im Bedarfsfall dem eigenen Willen Ausdruck und Geltung verschafft, kann eine **Vorsorgevollmacht** erstellt werden. Mit einer Vorsorgevollmacht wird eine andere Person bevollmächtigt, im Namen der Betroffenen bzw. des Betroffenen in den zu bestimmenden Angelegenheiten (hier Gesundheitsversorgung) stellvertretend zu handeln. Ein Austausch über die Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung in Notfallsituationen oder am Lebensende mit der Bevollmächtigten bzw. dem Bevollmächtigten ist angeraten. Sofern keine Bevollmächtigte bzw. kein Bevollmächtigter bestimmt ist und der Fall der Einwilligungsunfähigkeit eintritt, bestellt das Betreuungsgericht eine rechtliche Betreuerin bzw. einen rechtlichen Betreuer. Um vorab festzulegen, welche rechtliche Betreuerin bzw. welcher rechtliche Betreuer bestellt werden soll, kann eine **Betreuungsverfügung** verfasst werden. Liegt in einer Situation von Einwilligungsunfähigkeit keine Patientenverfügung vor oder betreffen die Regelungen in der vorliegenden Patientenverfügung nicht die aktuelle Behandlungssituation, so hat eine Bevollmächtigte bzw. ein Bevollmächtigter oder eine rechtliche Betreuerin bzw. ein rechtlicher Betreuer den Behandlungswunsch festzustellen und auf der Grundlage des sogenannten mutmaßlichen Willens die Entscheidung z.B. zur Einwilligung oder zur Ablehnung der Behandlung stellvertretend im Sinne der betroffenen Person zu treffen. Hierbei sind besonders

die Wertvorstellungen, frühere Äußerungen, ethische und religiöse Überzeugungen der betroffenen Person zu berücksichtigen (§ 1901 BGB).

Die Dokumentation der vorausverfügten Entscheidungen ist eine wichtige Säule zur Wahrung der Patientenautonomie auch in der letzten Lebensphase. Mit dem im Jahr 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz will der Gesetzgeber unter der Überschrift „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (§ 132 g SGB V) die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung stärken. Bewohnerinnen und Bewohner sollen mit dem in der dazugehörigen Rahmenvereinbarung beschriebenen Beratungsangebot befähigt werden, ihren Willen für zukünftige medizinische und pflegerische Behandlungen zu bilden und diesen zu dokumentieren, sodass er im Fall einer Einwilligungsunfähigkeit bekannt ist und von den beteiligten Akteuren der Gesundheitsversorgung, z.B. Pflegeeinrichtung, Rettungsdienst, Krankenhaus, Hausärztinnen und Hausärzten umgesetzt werden kann. Neben dem Gesprächsprozess durch speziell geschulte GVP-Beraterinnen und -Berater ist daher die regionale Umsetzung des Konzepts der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132 g SGB V) von großer Bedeutung. Auf die externe Vernetzung, insbesondere auch mit hospizlich-palliativen Leistungsanbietern, wird in § 11 der Rahmenvereinbarung nach § 132 g Abs. 3 SGB V noch einmal explizit hingewiesen.



In der Rahmenvereinbarung nach § 132 g Abs. 3 SGB V über die Inhalte und die Anforderungen von bzw. an GVP ist in § 12 die Anforderung an die Qualifikation der Beraterin/des Beraters nachzulesen.



In der Rahmenvereinbarung nach § 132 g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist beschrieben, dass unterschiedliche Organisationsformen von GVP-Beratung möglich sind:
 „a) Durchführung durch das qualifizierte eigene Personal der Einrichtung.
 b) Durchführung durch das qualifizierte Personal des Einrichtungsträgers im Rahmen von Kooperationen mehrerer vollstationärer Pflegeeinrichtungen und/oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung; dies ist auch trägerübergreifend möglich. [...]“
 c) Durchführung in Kooperation mit externen regionalen Anbietern.“

Es heißt, dass „durch die Beraterin/den Berater eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern [...] sicherzustellen“ sei.

Status Quo von GVP in Nordrhein-Westfalen

Im Dezember 2017 wurde die bundesweite Rahmenvereinbarung nach § 132 g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen von GVP abgeschlossen, seitdem wird diese in Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Die bislang gewonnenen Erfahrungen zur Umsetzung werden im Folgenden erläutert.

Mit Stand vom 30. Juni 2022 bieten 440 stationäre Pflegeeinrichtungen und 157 Einrichtungen der Eingliederungshilfe ihren Bewohnerinnen und Bewohnern in Nordrhein-Westfalen die Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132 g SGB V) an. Im Jahr 2019 gab es in Nordrhein-Westfalen 2.960 stationäre Pflegeeinrichtungen.

Expertenrunde zum Umsetzungsstand von GVP

Im Januar 2019 hat ALPHA NRW eine Expertenrunde einberufen, um den Stand der Umsetzung von GVP in Nordrhein-Westfalen zu eruieren und einen ersten landesweiten Austausch zum Thema zwischen allen relevanten Akteurinnen und Akteuren zu ermöglichen. Unter den rund 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren Expertinnen und Experten, die konkret mit der praktischen Umsetzung von GVP befasst sind, wie auch Vertreterinnen und Vertreter von Trägerverbänden, Aufsichtsbehörden sowie aus der Wissenschaft. Als ein Ergebnis der Veranstaltung wurden folgende Aussagen gemeinschaftlich formuliert (zitiert aus dem internen Protokoll der Expertenrunde):

- GVP kann sinnvoll nur im Kontext eines einrichtungsumfassenden Konzepts von Hospizkultur und Palliativversorgung implementiert werden und muss in dieses integriert werden.
- 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.
- GVP kann Palliative Care-Kompetenz in der Einrichtung nicht ersetzen.
- Die Besonderheiten der Einrichtungen der Ein-

- gliederungshilfe 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.
 - Für den übergeordneten Austausch zu GVP sollte ein Gremium etabliert oder genutzt werden, wie bspw. die AG Hospiz im MAGS unter Einbeziehung der stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Kommunen und Rettungsdienste.

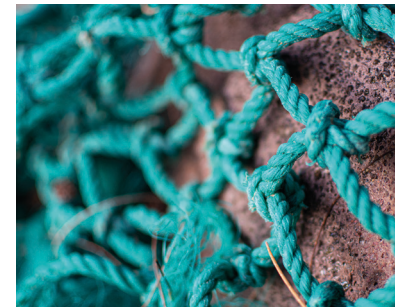
Aus der Expertenrunde heraus konnte die Einsicht gewonnen werden, dass weniger die Beförderung eines bestimmten Schulungs- und Umsetzungs-konzeptes für Nordrhein-Westfalen als chancenvoll zu erachten ist, als vielmehr eine Unterstützung und Vernetzung der unterschiedlichen Initiativen und Angebote im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

Ebenso zeigte sich, dass die in der vertraglichen Vereinbarung zu GVP geforderten Vernetzungsanforderungen bislang nicht oder nur sehr eingeschränkt umgesetzt wurden. Hieraus entwickelte sich die Idee, seitens des Landes im Rahmen eines Projek-

tes von ALPHA NRW den Prozess der regionalen Vernetzung modellhaft anzuregen und zu begleiten. Erkenntnisse aus diesem Projekt werden nun nachfolgend vorgestellt und sollen als Handlungsorientierung bei der Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk dienen.

Regionale Umsetzung von GVP – Ein Projekt für Nordrhein-Westfalen

In vielen Regionen in NRW wird GVP bislang überwiegend auf institutioneller Ebene umgesetzt. Das bedeutet, dass in einzelnen stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe den Bewohnerinnen und Bewohnern Beratungsgespräche zur Vorausplanung angeboten und die Ergebnisse dokumentiert werden. Den beteiligten Personen in den Einrichtungen ist häufig nicht ausreichend bewusst, welche Bedeutung und welche Gestaltungsmöglichkeiten in der Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk liegen und wie diese aktiviert werden können. 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 Diensten, Einrichtungen und Angeboten sowie die Schaffung sektorenübergreifender





Eckdaten des Projekts

- 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 Modellregionen: Stadt Bonn/Rhein-Sieg-Kreis, nördliche Eifel, Kreis Borken, Stadt Bielefeld

Prozesse sind dafür notwendig. Ebenso wichtig ist es, die notwendigen Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit in den einzelnen Einrichtungen zu schaffen.

Zur Unterstützung der unterschiedlichen Umsetzungsbemühungen von GVP initiierte ALPHA NRW ein landesweites Projekt, das umfangreich in dem auf der Internetseite von ALPHA NRW veröffentlichten Bericht dokumentiert ist (www.alpha-nrw.de). Ziel des Projektes war es, die Vernetzung der handelnden Akteurinnen und Akteure zu fördern und sektorenübergreifende Abstimmungsprozesse anzustoßen, damit Verfahren und Abläufe in den Regionen entstehen können. Unterschiedliche Ausbildungskonzepte der teilnehmenden Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter und fehlende einheitliche Vorgehensweisen führten bisher dazu, dass Elemente von GVP (wie z.B. Notfallbögen) von unterschiedlichen Anbietern in einer Region isoliert entwickelt und eingesetzt wurden. Im Rahmen des Projekts wurden gemeinsam regionale Möglichkeiten einer Implementierung entwickelt und deren Implementierung angestoßen. Die aus der exemplarischen Begleitung der Modellregionen gewonnenen Erkenntnisse wurden auf ihre Übertragbarkeit hin geprüft und sollen weiteren Regionen im Land den Einstieg in eine regionale Umsetzung von GVP erleichtern.

Im Rahmen des Projekts haben die Netzwerkpartnerinnen und -partner in den vier Modellregionen verschiedene Maßnahmen zur regionalen Implementierung der GVP initiiert und umgesetzt. Im Verlauf fanden insgesamt vier Auftaktveranstaltungen, 14 Runde Tische, zwei Werkstattgespräche, eine Fach-

tagung, eine Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte, sowie zahlreiche Arbeitsgruppentreffen und Video- und Telefonkonferenzen statt. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse können von anderen Regionen in NRW für die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk genutzt werden und den Aufbau eigener Netzwerke erleichtern.

Handlungsebenen und Koordination bei der Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk

Für die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk konnten im Rahmen des Projekts drei Handlungsebenen herausgearbeitet werden, die ineinandergreifen. Damit GVP überall wirksam werden kann, müssen die unterschiedlichen Maßnahmen innerhalb und zwischen den einzelnen Handlungsebenen koordiniert werden.

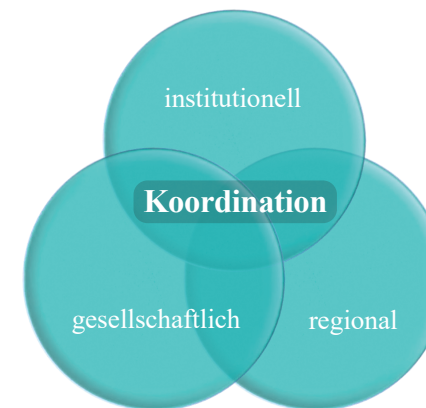


Abbildung 1: Handlungsebenen im Netzwerks GVP

Institutionelle Handlungsebene

Die stationären Pflegeeinrichtungen wie auch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind von der Umsetzung von GVP unmittelbar betroffen. In den Einrichtungen gilt es deshalb, hierzu einen eigenen Prozess zu definieren, ggf. Personal zu qualifizieren und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das in der Einrichtung geltende GVP-Konzept zu informieren. Nachfolgende Fragen können helfen, auf institutioneller Ebene ins Handeln zu kommen:

- Welches Konzept gibt es in der Einrichtung zur Begleitung und Beratung von Menschen in der letzten Lebensphase?
- Welche GVP-Strukturen sind vorhanden?
 - Gibt es geeignete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich für die Gesprächsbegleitung nach § 132 g SGB V qualifizieren lassen können?
 - Wie sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase qualifiziert?
 - Welche Akteurinnen und Akteure in den Einrichtungen sollten zur aktiven Teilnahme an der Umsetzung 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.?
- Wie sind die Abläufe in der Einrichtung organisiert?
 - Wer muss informiert werden? Wie und durch welche Maßnahmen kann informiert werden?
 - Welche Maßnahmen und Personen können dabei unterstützen, GVP zu verbreiten?
 - Wie werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner für die letzte Lebensphase informiert?
 - Welche Kommunikationswege gibt es, um die haus-, fach- und notärztliche Versorgung mit den Bedürfnissen 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 An- und Zugehörige in die Beratung zur Begleitung am Lebensende einbezogen?
- (Wie) Ist die Einrichtung in möglicherweise bestehende regionale Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung eingebunden? Werden externe Angebote zur Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase genutzt (z.B. ambulante Hospizdienste)?

Regionale Handlungsebene

Wenn GVP umgesetzt wird, kommt die regionale Handlungsebene ins Spiel, weil außerhalb der Institution stehende Personen wie beispielsweise Mitarbeitende des Rettungsdienstes und Notärztinnen/Notärzte die Vorsorgeplanung umsetzen müssen. Insofern müssen regionale Gegebenheiten berücksichtigt und Unterstützerinnen und Unterstützer für die Umsetzung von GVP identifiziert und interessiert werden. Die folgenden Fragen helfen dabei, die Handlungsschritte auf der regionalen Ebene zu strukturieren:

- Welche Stakeholder (vgl. regionale Stakeholder, s. „Regionale Stakeholder“ auf Seite 31) sollten zur aktiven Teilnahme motiviert werden?
- Wie können weitere Akteurinnen und Akteure für GVP interessiert und 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 der gesundheitlichen Versorgung z.B. bei einer Aufnahme ins Krankenhaus? Wie können solche Schnittstellen überbrückt werden, um den Informationsfluss zu gewährleisten?
- Wie und durch welche Maßnahmen kann über das Vorhaben informiert werden, eine regionale Vernetzung in Bezug auf GVP auf- bzw. auszubauen?

Gesellschaftliche Handlungsebene

Neben der institutionellen und der regionalen Ebene ist auch die Gesellschaft bei der Umsetzung von GVP zu berücksichtigen und zu beteiligen.

Die nachfolgenden Fragen helfen dabei, die gesellschaftlichen Aspekte bei der Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk aufzugreifen:

- Welche gesellschaftlichen Zielgruppen benötigen welche Informationen?
- Wie kann das Thema GVP gestaltet und informativ aufbereitet werden, damit Menschen darauf aufmerksam werden?
- Wie und durch welche Maßnahmen kann informiert werden?
- Welche Maßnahmen und Personen können dabei unterstützen, das Angebot und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von GVP bekannt zu machen?
- Welche Maßnahmen sind erforderlich, damit die Antragstellung für die Finanzierung der Beratung im Rahmen von GVP über die Krankenkassen vereinfacht wird?
- Wie müsste ein Konzept inhaltlich gestaltet sein, damit es z.B. für finanzielle Unterstützungen oder Kooperationen in der Region attraktiv wird?
- Wo können Gelder für die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk beantragt werden?



Die hier skizzierten Handlungsebenen geben einen ersten Eindruck davon, wie komplex die Aufgaben zur Umsetzung von GVP auf allen Handlungsebenen ist. Die Implementierung von GVP in ein bestehendes System erfordert daher ein umsichtiges Vorgehen sowie die Koordination auf und zwischen den drei Handlungsebenen.

Diese Handreichung beschreibt die Implementierung von GVP auf der regionalen Handlungsebene.

Initiierung einer regionalen Vernetzung zur Umsetzung von GVP

In dem vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projekt hat ALPHA NRW in vier ausgewählten Regionen untersucht, wie die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk gelingen kann und welche Schritte, Entwicklungen und Abläufe dazu nötig bzw. hilfreich sind. Im Folgenden wird von den Projekterfahrungen berichtet und zusammenfassend werden wichtige Erkenntnisse für die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk dargestellt.

Generell empfiehlt es sich, die regionale GVP-Umsetzung als Prozess mit folgenden Schritten zu planen und zu steuern:



Abbildung 2: Prozessschritte zur regionalen Umsetzung von GVP

Bildung einer Steuerungsgruppe

Zum Auftakt ist es im Sinne des Implementierungsprozesses notwendig, eine Steuerungsgruppe zu bilden. Die Gründung der Steuerungsgruppe übernimmt in der Regel die Einrichtung, Institution oder Initiative, die auch den Anstoß in der Region gibt, GVP in einem regionalen Netzwerk umzusetzen. Dies können z.B. Beraterinnen und Berater für den Gesprächsprozess in stationären Einrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, Koordinatorinnen und Koordinatoren von ambulanten Hospizdiensten, kommunale Vertreterinnen und Vertreter sein. An der Steuerungsgruppe sollten Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Bereiche des Gesundheits- und Pflegesektors teilnehmen.

Aufgaben der Steuerungsgruppe:

- Ermittlung und Formulierung von Zielen und Aufgaben für das Netzwerk
- Steuerung des Implementierungsprozesses
- Sicherstellung der personellen und sächlichen Ressourcen inkl. der regionalen Koordination
- Beginn der Ermittlung von regionalen Strukturen
 - 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 Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (konkrete Kontaktpersonen)



Ziele eines Netzwerks

Das übergeordnete Ziel eines regionalen Netzwerks zu GVP ist eine Versorgung am Lebensende, die dem Patientenwillen entspricht. Um dieses zu erreichen, sind Teilziele zu definieren wie z.B.:

- Erfahrungsaustausch zum Umsetzungsstand des Beratungsangebots in den jeweiligen stationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Erfahrungsaustausch unter Beraterinnen und Beratern für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132 g SGB V)
- Etablierung tragfähiger Notfalldokumente
- Kenntnis von und Abstimmung über Konzepte zur Umsetzung von GVP
- Verbesserung der kommunalen Daseinsvorsorge durch ideelle und finanzielle Unterstützung durch die Kommune sowie deren Mitwirkung im Netzwerk
- Re-Evaluation der Prozesse z.B. durch regionale Qualitätszirkel
- Evaluation der Umsetzung von Vorausplanungswünschen

Aufgaben im Netzwerk

Während einige Aufgaben bei der Initiierung von GVP im regionalen Netzwerk einmalig anstehen (z.B. Entwicklung einer grundsätzlichen Arbeitsstruktur, der Abstimmung von Dokumenten zur Anwendung in Notfällen und akuten Krisen), sind andere Themen im Rahmen der Netzwerkpflge und -entwicklung kontinuierlich zu bearbeiten. Vor diesem Hintergrund ist eine klare Aufgabenverteilung zwischen Steuerungsgruppe und Koordination wie auch die Anwendung eines Zeitplans zielführend.

Folgende Aufgaben sollten kontinuierlich bearbeitet und vor allem durch die Netzwerkkoordination angestoßen werden:

- Festigung des bestehenden Netzwerks durch regelmäßige Überprüfung des Selbstverständnisses bzw. der Netzwerkziele; ggf. müssen Anpassungen vorgenommen werden
- Regelmäßige Überprüfung, ob alle wichtigen Stakeholder im Netzwerk präsent sind; ggf. müssen bestimmte Personen, Einrichtungen oder Zielgruppen erneut angesprochen werden
- Kontinuierliche Erweiterung des Netzwerks durch eine systematische Ansprache neuer Akteurinnen und Akteure (auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe)
- Rechtliche Änderungen und Neuerungen im Blick behalten und entsprechend berücksichtigen bzw. umsetzen

- Regelmäßige Evaluation der regionalen Bedarfe sowie ggf. Neudefinition und Priorisierung der zu bearbeitenden Themen
- Regelmäßige Evaluierung der eingesetzten Instrumente und Methoden (z.B. Dokumentation des Beratungsgesprächs, Dokumente zur Anwendung in Notfallsituationen oder akuten Krisen)
- Aufbau und Erweiterung des Verzeichnisses regionaler Beraterinnen und Berater sowie Initiierung, Aufbau und Durchführung eines Qualitätszirkels
- Identifizierung regionaler Schnittstellen im GVP-Prozess, etwa im Übergang zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen (Informationsweitergabe vs. Datenschutz)
- Regionale Öffentlichkeitsarbeit, z.B. Vorstellung des Netzwerks in kommunalen Gremien wie der Pflege- und Gesundheitskonferenz oder kommunalen Arbeitskreisen zu den Themen Geriatrie und Demenz
- Regelmäßiges Versenden von Updates an Beteiligte, Kooperationspartner etc.
- Überregionaler Austausch mit im Bereich GVP tätigen Akteurinnen und Akteuren



Sicherstellung der regionalen Koordination

Früh im Prozess sollten in einer Steuerungsruppensitzung Aufgaben definiert und verteilt werden. Dabei ist es wichtig, vor Beginn der Aktivitäten auch die Koordination und Organisation der Netzwerkaktivitäten mitzudenken. Denn unabhängig von der strukturellen Form und der Größe des Netzwerks braucht es eine „Kümmerein“ bzw. einen „Kümmerer“, der bzw. die die Fäden zusammenhält und unbedingt eine möglichst große Neutralität im Sinne einer institutionellen Unabhängigkeit mitbringt. Wichtige Fragestellungen sind hier z.B.:

- Welche Person ist geeignet, um die Koordination des Netzwerkes zu übernehmen (z.B. Fähigkeiten, Vertrauenswürdigkeit, sachliches Interesse, zeitliche Ressourcen)?
- Wie kann eine solche Koordinierungsaufgabe im Aufbau und dauerhaft finanziert werden?
- Wo könnte die Position der Netzwerkkoordination angesiedelt sein?

Um die Kommunen als Unterstützer (ideell und/oder finanziell) eines Netzwerkes für die regionale Umsetzung von GVP zu gewinnen, empfiehlt sich eine persönliche Ansprache der (Ober-)Bürgermeisterinnen und Bürgermeister bzw. der Landrätinnen und Landräte durch eine Netzwerkpartnerin bzw. einen Netzwerkpartner. Dies können zum Beispiel Vertreterinnen und Vertreter des bereits bestehenden Hospiz- und Palliativnetzwerkes oder eines Ärztenetz-

werkes sein (vgl. regionale Stakeholder, „Regionale Stakeholder“ auf Seite 31). Falls in der Region noch kein entsprechendes Netzwerk existiert, sollte die Ansprache durch die Initiatorinnen und Initiatoren des geplanten Netzwerkes erfolgen.

In persönlichen Gesprächen kann den kommunalen Vertreterinnen und Vertretern das Anliegen und die Relevanz der gemeinschaftlichen Umsetzung von GVP erläutert und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Kommune diskutiert werden.

Möglichkeit der Nutzung weiterer in der Region vorhandener Potenziale

Eine weitere elementare Zielgruppe für die regionale Umsetzung von GVP sind die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte. Sie betreuen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, häufig über einen längeren Zeitraum. Das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und ihren Patientinnen bzw. Patienten ist über diese Zeit gewachsen, sodass die Ärztinnen bzw. Ärzte erste Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragestellungen sind, auch hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung am Lebensende. Hausärztinnen und Hausärzte sind aufgrund ihrer Praxistätigkeit in der Regel zeitlich stark eingebunden. Dies gilt es bei der Netzwerkarbeit im Blick zu halten, damit eine Mitwirkung der Ärztinnen und Ärzte im regionalen Netzwerk grundsätzlich möglich wird.

Kommunale Beteiligung an GVP



Für eine erfolgreiche Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk bedarf es der kommunalen Beteiligung. Das Bekenntnis zum Konzept einer am Willen des schwerkranken Menschen orientierten Gesundheitsversorgung am Lebensende, die aktive Mitarbeit von Vertreterinnen und Vertretern der Kommune im Netzwerk sowie die ideelle Unterstützung des Vorhabens, z.B. durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Netzwerktreffen, sind Beispiele für eine mögliche Unterstützung.

Beeinflusst wird die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk auch von Faktoren wie Flächengröße und Bevölkerungsdichte einer Region.

In Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte gibt es eine große Zahl von Akteurinnen und Akteure und damit verbunden eine hohe Angebotsdichte. Hier sind Abstimmungsprozesse und Schnittstellenprobleme meist komplexer als in weniger dicht besiedelten Regionen. In einer Region geringer Bevölkerungsdichte bei einer geringeren Zahl von Anbietern ist die Komplexität von Abstimmungsprozessen geringer. Dafür fällt die Haltung einzelner Akteurinnen und Akteure zum Thema GVP und deren Bereitschaft zum Engagement im Netzwerk stärker ins Gewicht.



Die örtlichen Gegebenheiten spielen für die Umsetzung von GVP in einem regionalen Netzwerk eine bedeutende Rolle. Sie zu kennen und zu berücksichtigen, wird über den Erfolg der Zusammenarbeit entscheiden. Zu nennen sind hier u.a. soziale, politische, geografische und wirtschaftliche Strukturen ebenso wie die spezifischen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der Region.

Wichtige Fragestellungen lauten:

- Wie ist die jeweilige Region geprägt, eher ländlich oder städtisch, eher dicht oder weitläufig besiedelt? Welche Auswirkungen hat dies auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen am Lebensende?

- Ist die Kommune bereits in die gesundheitliche Versorgungsplanung eingebunden?
- Welche hospizlich-palliativen Versorgungsstrukturen sind vor Ort verfügbar? 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? Gibt es bereits ein Netzwerk für die hospizliche und palliative Versorgung?

Ein besonderer Blick sollte den stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe gelten. Dabei können folgende Fragen relevant sein:

- Welche und wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe gibt es in der Region?
- Sind diese Einrichtungen bestimmten Trägern zugehörig? Handelt es sich um überregional tätige Träger?
- Gibt es in den Einrichtungen eine Hospiz- und Palliativkultur? Wie ist die Hospiz- und Palliativversorgung in den jeweiligen Einrichtungen organisiert?
- Welche Einrichtungen bieten Beratungsgespräche zu GVP an? Werden die Gespräche von intern tätigen oder von außen in die Einrichtung kommenden Beraterinnen und Beratern durchgeführt?

Abfragen zur Umsetzung von GVP in den stationären Einrichtungen können gut per E-Mail und per Telefon erfolgen. Dabei kann ein in den Einrichtungen bekannter Absender, wie z.B. ein regional bekanntes Hospiz- und Palliativnetzwerk, ein ambulanter Hospizdienst oder eine kommunale Vertretung (z.B. Dezernat für Gesundheit, Pflegekonferenz) positiv wirken und einen schnelleren und höheren Rückfluss an Informationen ermöglichen.

Bei der Recherche von Daten und Informationen über die regionalen Strukturen sollte stets transparent gemacht werden, von wem und zu welchem Zweck die Daten erfragt werden. So können datenschutzrechtliche Bedenken der Befragten minimiert werden. Möglicherweise muss die Vertraulichkeit im Umgang mit den Daten und Informationen schriftlich zugesichert werden. Der Erhalt von Informationen hängt häufig von einem persönlichen und vertrauensvollen Kontakt zwischen den Beteiligten ab. Es ist daher relevant, im Vorfeld zu planen, welche Person die Anfrage stellt oder wer bereits über persönliche Kontakte verfügt.

Vorhandene Netzwerke

In einigen Regionen existieren bereits Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung oder Ärztenetzwerke. Dort kann es sinnvoll sein, ein GVP-Netzwerk mit den schon bestehenden Strukturen zu verknüpfen. So können vorhandene Ressourcen und Synergien genutzt werden.

Eine solche Nutzung des schon Bestehenden ist dem Aufbau von Parallelstrukturen unbedingt vorzuziehen. Bereits existierende Netzwerke bieten den Vorteil, dass diese in der Regel über einen gewissen Bekanntheitsgrad in der Region verfügen und Kontakte zu relevanten Zielgruppen von GVP unterhalten. Parallelstrukturen erhöhen die Komplexität in der Region. Sie erschweren den Zugang der Nutzerinnen und Nutzer zu den Angeboten, da sie zu einer Unübersichtlichkeit von Angeboten und Zuständigkeiten führen, was letztlich zu einer Schwächung aller Beteiligten führt, auch der Versorgerinnen und Versorger.

Regionale Stakeholder

Parallel zur Recherche der regionalen Strukturen und Netzwerke sollten die relevanten Stakeholder ermittelt werden, die an der GVP beteiligt sind. Stakeholder sind hier Personen, deren Position, Haltung und Verhalten Einfluss auf den Erfolg des geplanten Netzwerkes haben können. Hier geht es darum, die jeweiligen Interessenslagen der Akteurinnen und Akteure in ihren Positionen und Ämtern zu ermitteln und einzuschätzen. Erst nach der Ermittlung möglichst aller relevanten Kontaktpersonen sollte ihre zielgerichtete systematische Ansprache erfolgen.

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?

Durchführung von Informationsveranstaltungen und Qualitätszirkeln

Ein regionales GVP-Netzwerk kann dann umfassend wirken, wenn es in der Region ausreichend bekannt gemacht wird. Um die regional beteiligten Akteurinnen und Akteure zu informieren, können Qualitätszirkel und Informationsveranstaltungen für spezielle Zielgruppen förderlich 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 bzw. einen Physiotherapeuten. Aber auch regionale, trägerübergreifende Veranstaltungen für die Beraterinnen und Berater der gesundheitlichen Versorgungsplanung einer Region können hilfreich sein; insbesondere dann, wenn unterschiedliche Ausbildungskonzepte der Beraterinnen und Berater in den Einrichtungen identifiziert werden. GVP kann ihre Wirksamkeit dann vollständig entfalten,

wenn der Zugang zum Angebot nicht nur in den stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, sondern auch in der Öffentlichkeit bekannt ist. Deshalb sind auch allgemeine Informationsveranstaltungen zur Versorgungsplanung für Bürgerinnen und Bürger ein sinnvolles Angebot.

Der regionale Start: Auftaktveranstaltungen

Eine gute Möglichkeit für die Initiierung eines regionalen GVP-Netzwerks ist der gemeinsame Start im Rahmen einer Kick-off-Veranstaltung. Hier kommen erstmalig alle interessierten Akteurinnen und Akteure der gesundheitlichen Versorgung einer Region zusammen (vgl. Ermittlung und Einbindung regionaler Strukturen).

Dazu zählen z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Tätigkeitsbereichen in den stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Vertreterinnen und Vertreter des Rettungsdienstes, Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen, haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Hospizdiensten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste und der regionalen Krankenhäuser, Palliative-Care-Teams und Palliativmedizinische Konsiliardienste sowie Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen.



Ziel der Kick-off-Veranstaltung ist es, die geplante Netzwerkarbeit bekannter zu machen, für das Thema GVP zu sensibilisieren sowie weitere Akteurinnen und Akteure für eine aktive Mitarbeit im Netzwerk zu gewinnen. Bei der Veranstaltung wird das geplante Netzwerk mit seinen übergeordneten Zielen vorgestellt und es werden Informationen über verschiedene Themenbereiche im Kontext von GVP gegeben. Ein erstes Kennenlernen der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure untereinander wird ermöglicht. Zusätzlich können in kleineren Diskussionsrunden erste Stimmungsbilder und Bedarfe der Region in Bezug auf die Umsetzung von GVP ermittelt werden.

Neben Kick-off-Veranstaltungen stellen Informationsveranstaltungen oder zielgruppenspezifische Expertengespräche eine weitere Möglichkeit dar, um auf die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk aufmerksam zu machen. Die Wahl des Veranstaltungsformats hängt von den örtlichen Gegebenheiten ab, wie z.B. Veranstaltungskultur, Öffentlichkeitsarbeit in der Region.

In der Frage der Räumlichkeiten für eine Kick-off-Veranstaltung kann die Kommune gut einbezogen werden. Mit der Bereitstellung von Räumlichkeiten kann sie ihre Unterstützung des GVP-Netzwerks öffentlichkeitswirksam sichtbar machen.

Runde Tische, themenbezogene Arbeitsgruppen und Werkstattgespräche

Um die Arbeit im GVP-Netzwerk aufzunehmen, gilt es nach dem ersten Kennenlernen, Maßnahmen zu planen und zu bearbeiten. Ein regelmäßiger persönlicher Austausch und das gemeinsame Arbeiten an Themen sind wichtige Faktoren für das Gelingen der regionalen Vernetzung. Mit einem sektorenübergreifenden Austausch kann sichergestellt werden, dass bei der Erarbeitung von Prozessen, Instrumenten und Dokumenten alle unterschiedlichen Perspektiven einbezogen und beachtet werden können.

Auch eine strukturierte Weitergabe von Informationen an alle interessierten und beteiligten Personen, die nicht an den Runden Tischen aktiv teilnehmen (können), sollte von Beginn an sichergestellt werden, z.B. durch Protokolle, regelmäßige E-Mail-Updates oder größere Netzwerktreffen.

Je nach Zielen und Aufgabendefinitionen eines Netzwerks kann die Einrichtung themenspezifischer Arbeitsgruppen sinnvoll oder sogar notwendig sein. In kleineren Arbeitsgruppen können einzelne Themenpakete vertiefend bearbeitet werden. So kann bspw. die Erarbeitung eines regionalen Notfalldokuments Aufgabe einer solchen Arbeitsgruppe sein. An den Arbeitsgruppen nehmen im Gegensatz zu den Runden Tischen weniger Personen teil. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen können anschließend bei den Runden Tischen besprochen und das weitere Vorgehen abgestimmt werden.

Runde Tische



- geeignet für regelmäßige Treffen aller Netzwerkakteurinnen und -akteure
- optimale Gruppengröße: max. 15 Teilnehmende
- Mitwirkung von Vertreterinnen und Vertretern aller an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Bereiche
- gemeinsame Arbeit an übergeordneten Themen (in Unterscheidung zu thematischen Arbeitsgruppen)
- Vorstellung und Diskussion der Zwischenstände bzw. Ergebnisse aus thematischen Arbeitsgruppen



In Werkstattgesprächen können ergänzend bestimmte Themen rund um die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk diskutiert werden. Werkstattgespräche ermöglichen einen informellen, praxisbezogenen Erfahrungsaustausch während der Umsetzungsphase. Im Mittelpunkt steht die gemeinsame Bearbeitung von Fragestellungen aus verschiedenen Perspektiven, nicht die Präsentation fertiger Lösungen. Wie auch bei den Arbeitsgruppen werden die Ergebnisse der Werkstattgespräche in die darauffolgenden Runden Tische eingebracht.

Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse am Beispiel „Notfalldokumente“

Wenn in einem komplexen Geschehen, z.B. bei einer Änderung des Therapieziels oder des Gesundheitszustandes einer Bewohnerin oder eines Bewohners, viele Akteurinnen und Akteure beteiligt sind, können unterschiedliche Auffassungen und Überzeugungen zu Tage treten. Für die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk ist es daher wichtig, konsentrierte Instrumente und Umgangsstrategien zu entwickeln, die bei strittigen Fragestellungen zur Umsetzung des Patientenwillens eingesetzt werden können. Diese Instrumente und Strategien sollen in Notfallsituationen die Agierenden unterstützen, die Reflexion der unterschiedlichen Perspektiven aller Beteiligten ermöglichen und eine belastbare Grundlage für Entscheidungen schaffen.

Die Entwicklung solcher zuverlässiger, von allen relevanten Akteurinnen und Akteuren anerkannter Dokumente für eine lebensbedrohliche Notfallsituation ist für die Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk von hoher Relevanz. Zugleich ist dies eine sehr komplexe Aufgabe, da in Notfallsituationen sehr viele Prozesse unterschiedlicher Akteure ineinandergreifen. Aus diesem Grund wird nachfolgend der Entwicklungs- und Abstimmungsprozess innerhalb eines Netzwerks am Beispiel Notfallmanagement vorgestellt.

Gründung einer Arbeitsgruppe „Notfalldokumente“

Die themenspezifische Arbeitsgruppe umfasst ca. sechs bis acht Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, des Rettungsdienstes, der stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie GVP-Beraterinnen und Berater sollten Teil der Gruppe sein. Die Arbeitsgruppe verständigt sich über das Ziel, definiert Arbeitspakete und berät einen Zeitplan. Sie verständigt sich über die gemeinsame Arbeitsweise und legt zukünftige Termine für die Besprechung der Ergebnisse und des weiteren Vorgehens fest.

Recherche und Analyse regional genutzter Dokumente

Relevante Arbeitspakete in diesem Zusammenhang sind Recherche und Analyse regional genutzter Notfalldokumente. Dabei können folgende Fragen hilfreich sein:

- 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 Unterschiede weisen die Dokumente auf?

Ergänzend zu der regionalen Recherche und Analyse kann es hilfreich sein, Notfalldokumente aus anderen Regionen oder überregionale Dokumente zu recherchieren und zu analysieren. Als Beispiel für ein überregionales Dokument ist die weit verbreitete „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ (kurz: „ÄNo-Bogen“) von Advance Care Planning Deutschland e.V. (acp-d.org) zu nennen.

Erarbeitung eines regionalen Dokuments für eine lebensbedrohliche Notfallsituation

Auf Basis der bereits existierenden Formulare und einer Analyse der Bedingungen in der Region wird ein eigenes Dokument für eine lebensbedrohliche Notfallsituation erarbeitet oder ein bestehendes Dokument weiterentwickelt. Zu berücksichtigende Charakteristika eines Notfalldokuments sollten sein:

- Validität der Bögen bzw. Nutzung valider Instrumente (wissenschaftlich begründet und erprobt)
- umfassende Verwendbarkeit ohne Beschränkung auf eine spezielle Zielgruppe wie z.B. Palliativ- oder Krankenhauspatientinnen und -patienten
- Übersichtlichkeit
 - schnelle Erfassbarkeit der gewünschten medizinischen Behandlung(en)
 - kompakte Form, d. h. auf einer DIN-A4-Seite

- Verbindlichkeit
 - verpflichtende Unterzeichnung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt
 - verpflichtende Unterzeichnung durch den Betroffenen
 - Unterzeichnung der Beraterin bzw. des Beraters für die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132 g SGB V), wenn diese bzw. dieser in den Prozess involviert war
- ggf. Kontaktangabe von bevollmächtigten Personen

Abstimmungs- und Implementierungsprozess eines erarbeiteten Dokumentenentwurfs

Nachdem die Arbeitsgruppe den Entwurf eines Notfalldokuments erstellt hat, ist dieser möglichst zeitnah mit verschiedenen Beteiligten auf unterschiedlichen Ebenen abzustimmen, um ihn im Anschluss implementieren zu können:

Wenn urheberrechtlich geschützte Dokumente verwendet werden oder als Basis für die Entwicklung eines eigenen Dokuments genutzt werden sollen, müssen die Urheber zuvor informiert und eine Einwilligung eingeholt werden.

Der gesamte Abstimmungsprozess erfordert einen konstruktiven und vertrauensvollen Austausch sowie Zeit und Geduld. Erst wenn die Abstimmung innerhalb einer Ebene erfolgt ist, sollte mit der Abstimmung auf der nächstgrößeren Ebene begonnen werden.

Bei der Erstellung regionaler Notfalldokumente sollten die Kommunen beteiligt werden. Die Unterstützung durch die Stadt oder den Kreis verleiht dem Dokument Gewicht und kann zur Verbreitung und Anerkennung maßgeblich beitragen.

Nach der breitgefächerten Abstimmung des Dokumentenentwurfs kann die Einführung des neuen Notfalldokuments in der Region erfolgen. Dafür ist es wichtig, Schulungen für die GVP-Beraterinnen und Berater sowie für Hausärztinnen und -ärzte anzubieten, in denen die Anwendung des Dokuments vermittelt wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes müssen ebenfalls im Umgang mit dem Notfalldokument geschult werden. Darüber hinaus sollten weitere Informationsveranstaltungen durchgeführt und weitere Formen der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden (z.B. Informationsverbreitung in ärztlichen Qualitätszirkeln oder über Newsletter), um breitflächig über das neue regionale Notfalldokument aufzuklären.



Regelmäßige Evaluation der Dokumente

Nach der erfolgreichen Etablierung muss das Notfalldokument kontinuierlich evaluiert werden. Es muss rechtlich und inhaltlich immer auf dem neusten Stand sein. Regelmäßig ist zu prüfen, ob es weiterhin von allen Beteiligten unterstützt und getragen wird. Bei Bedarf muss eine Überarbeitung des Dokuments erfolgen.

Zur Evaluation können bspw. regelmäßige Befragungen der Akteurinnen und Akteure erfolgen, die mit dem Dokument arbeiten. Dabei sollte der Fokus auf den Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken liegen.

Förderliche und hinderliche Aspekte bei der Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk

Als ein Ergebnis des landesweiten Projektes können folgende Aspekte benannt werden, die hinderlich oder förderlich den Auf- und Ausbau eines regionalen Netzwerks zur Umsetzung von GVP beeinflussen.

Hinderliche Faktoren

- mangelnde kommunale Unterstützung
- fehlende personelle und räumliche Ressourcen
- mangelnde Berücksichtigung von Schnittstellen (z.B. Rettungsdienst, Krankenhaus)
- unabgestimmte Kommunikation
- viele unterschiedliche/individuelle Umsetzungs-konzepte und Notfalldokumente in der Region
- Konkurrenzdenken und -handeln
- Angst vor Veränderung



Förderliche Faktoren

- kommunale Unterstützung
- etablierte Hospiz- und Palliativkultur in der Institution und Region
- Kultur gemeinsamer Netzwerkarbeit und Abstimmungsprozesse in der Region
- Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Interessengruppen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt
- gemeinsames Interesse am Thema GVP

- gemeinsame Ziele und Planung
- strukturierter und regelmäßiger Austausch
- transparente Strukturen (Satzung, Organisationsform, z.B. Verein)
- Vertrauen
- regelmäßige Einholung eines Stimmungsbildes zur Netzwerkarbeit bei allen aktiv Beteiligten
- Strategien für den Umgang mit Konflikten
- sektorenübergreifende Kooperationen und Prozesse
- überregionaler Austausch

Fazit

Die hier beschriebenen Herangehensweisen haben sich in allen vier Modellregionen als förderlich erwiesen. Jede weitere Region, die sich auf den Weg machen will, muss jedoch den Implementierungsprozess eigenständig initiieren. Die in dieser Broschüre formulierten Handlungsanweisungen können dabei eine Hilfe sein. Bei Fragen und Herausforderungen in der Umsetzung von GVP besteht die Möglichkeit, mit den beiden ALPHA-Stellen in Bonn und Münster Kontakt aufzunehmen. Für die Zukunft ist denkbar, dass GVP-Aktivitäten landesweit vernetzt werden und bspw. ein Erfahrungsaustausch aller GVP-Berater/innen in NRW auf- und ausgebaut wird.



Abb. 3: Abstimmungs- und Implementierungsebenen von GVP

Warum sich für GVP in der Region engagieren?

Argumente zur Ansprache und Gewinnung von Netzwerkpartnern

Kommunen

- Städte und Kreise, in denen GVP regional vernetzt umgesetzt wird, können im Rahmen der Daseinsfürsorge Bürgerinnen und Bürgern ein höheres Maß an Sicherheit hinsichtlich der Umsetzung von Verfügungen und Wünschen für die letzte Lebensphase gewähren.
- Übergänge zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen können geschmeidiger gestaltet werden und unter der Wahrung der Datenschutzrichtlinien wichtige Informationen an die Handelnden im Gesundheitswesen weitergegeben werden.

Hausärztinnen und -ärzte

- Die Begleitung und Versorgung von Patientinnen und Patienten kann auch in den Übergängen zwischen unterschiedlichen Sektoren (ambulant, stationär) so gestaltet werden, dass Willen und Wünsche umfassend berücksichtigt bzw. umgesetzt werden.
- Eine formalisierte und organisierte Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Dienste und Einrichtungen entlastet im Einzelfall, da Fragen wie die datenschutzkonforme Datenweitergabe u.a. grundsätzlich geregelt sind.

Stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

- Verfügungen und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner können nach den im Netzwerk festgelegten Regeln an mögliche Versorgerinnen und Versorger außerhalb der Einrichtungen weitergegeben werden und so eine bedürfnisorientierte und individuelle Begleitung und Versorgung auch außerhalb der Einrichtung ermöglichen.

Rettungsdienste

- Über eine regionale Vernetzung aller an der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen beteiligten Dienste, Einrichtungen und Personen, können rechtlich verbindliche Anordnungen für Notfallsituationen individuell für die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erstellt werden.

Anmerkungen



- (1) Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf, Abruf am 10.08.2022
- (2) Die kommunale Daseinsvorsorge umfasst die von der Stadt/dem Kreis bereitgestellten wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Dienstleistungen für alle Bürgerinnen/Bürger, die auch Leistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung beinhaltet.

Impressum

Herausgeber:



Ansprechstellen im Land NRW zur
Palliativversorgung, Hospizarbeit
und Angehörigenbegleitung

Unter Mitarbeit von:

Catrin Beu, Frank Gunzelmann, Dr. Felix Grützner,
Martina Kern, Andrea von Schmude

Kontakt:

ALPHA Rheinland
Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
0228/746547
rheinland@alpha-nrw.de

1. Auflage 2022

© 2022 / ALPHA NRW

Gefördert vom:

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



Weitere Informationen: www.alpha-nrw.de

Bildnachweis: U1, U4, S.4: freshidea - stock.adobe.com; S.13: Brown Moose Design - stock.adobe.com; S.15
ALPHA NRW; S.16: helene - stock.adobe.com; S.19: Jenny Sturm - stock.adobe.com; S.21: ALPHA NRW;
S.22: Ralf Gosch - stock.adobe.com; S.25: farbkombinat - stock.adobe.com; S.28: roostler - stock.adobe.com;
S.33: sweasy - stock.adobe.com; S.36: Erika Wehde - stock.adobe.com; S.41: SINSU1980 - stock.adobe.com;
S.43: Carl & Karl - stock.adobe.com; S.45: ALPHA NRW; Illustration „Knoten“ (Seitenränder): Thomas Kern

