

Georg Marckmann. Jürgen in der Schmitt

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU

BMBF-Projekt RESPEKT/*beizeiten begleiten*[®]

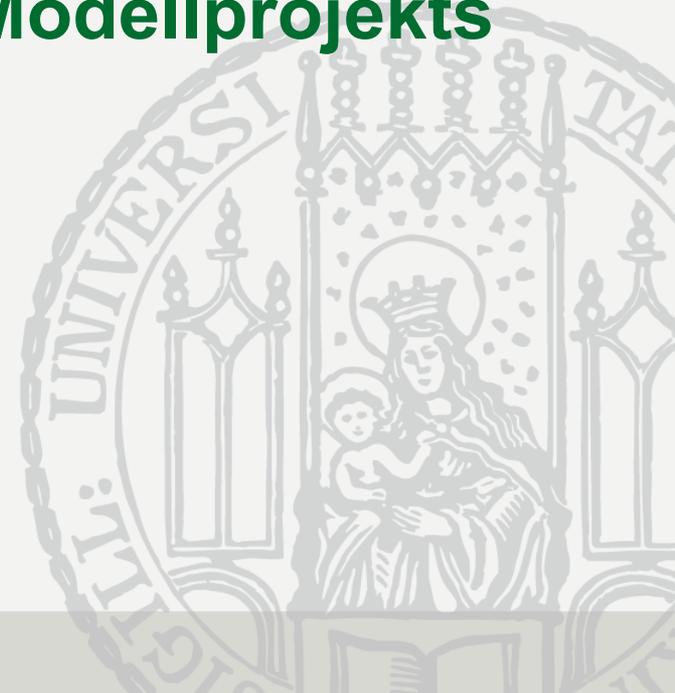
(Koordination: Jürgen in der Schmitt)

Implementierung des ACP-Modellprojekts *beizeiten begleiten*

Workshop „Advance Care Planning – mehr als
Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“

9. Forum Palliativmedizin

Berlin, 06. November 2015





Ziel: *Selbstbestimmte* Gestaltung von Behandlung & Betreuung bei
Einwilligungsunfähigkeit ermöglichen

Erstellung



- vorhanden?
- aussagekräftig?
- verlässlich?

Patienten-
verfügung

Umsetzung



- auffindbar?
- beachtet?



Gesundheitliche Vorausplanung in einer Region

Erstellung

professionell begleiteter
Gesprächsprozess
(facilitation)

Patienten-
verfügung

Umsetzung

regionale
Implementierung
(Standards, Routinen)

Informed consent-Standard:
⇒ Aussagekraft
⇒ Klinische Relevanz
⇒ Verlässlichkeit (Validität)

Umsetzung der Pläne:
⇒ Verfügbarkeit
⇒ Achtung der dokumentierten
Wünsche in der Praxis



1. Aufsuchendes Gesprächs-Angebot
 2. Qualifizierte Unterstützung (*Begleitung*)
 3. Professionelle Dokumentation \Rightarrow PV, VV & Notfallbogen
-
4. Archivierung, Zugriff und *Transfer*
 5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf (*Prozess*)
 6. Beachtung & Befolgung durch Dritte
 7. Kontinuierliche Qualitätssicherung

in der Schmitt J, Marckmann G. Sackgasse Patientenverfügung. Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten. Zeitschrift für medizinische Ethik 2013;59(3):229-243.



Rhein-Kreis Neuss

Grevenbroich

Begleiter- Qualifizierung

3 Altenheime:
20h Seminar
16h Supervision
10 x 4h Plenum
→ Zertifikation

Hausarzt- Fortbildung

4h Einführung
4 x 2h Plenum

Formular- Entwicklung

Patienten-
verfügung

„Vertreter-
Verfügung“

Notfall-
bogen

Information Standards & Routinen

Altenheime

Rettungsdienst

lokales
Krankenhaus

Betreuungsgericht
Berufsbetreuer

Regionale
Verwaltung

Landes-
Ärztekammer

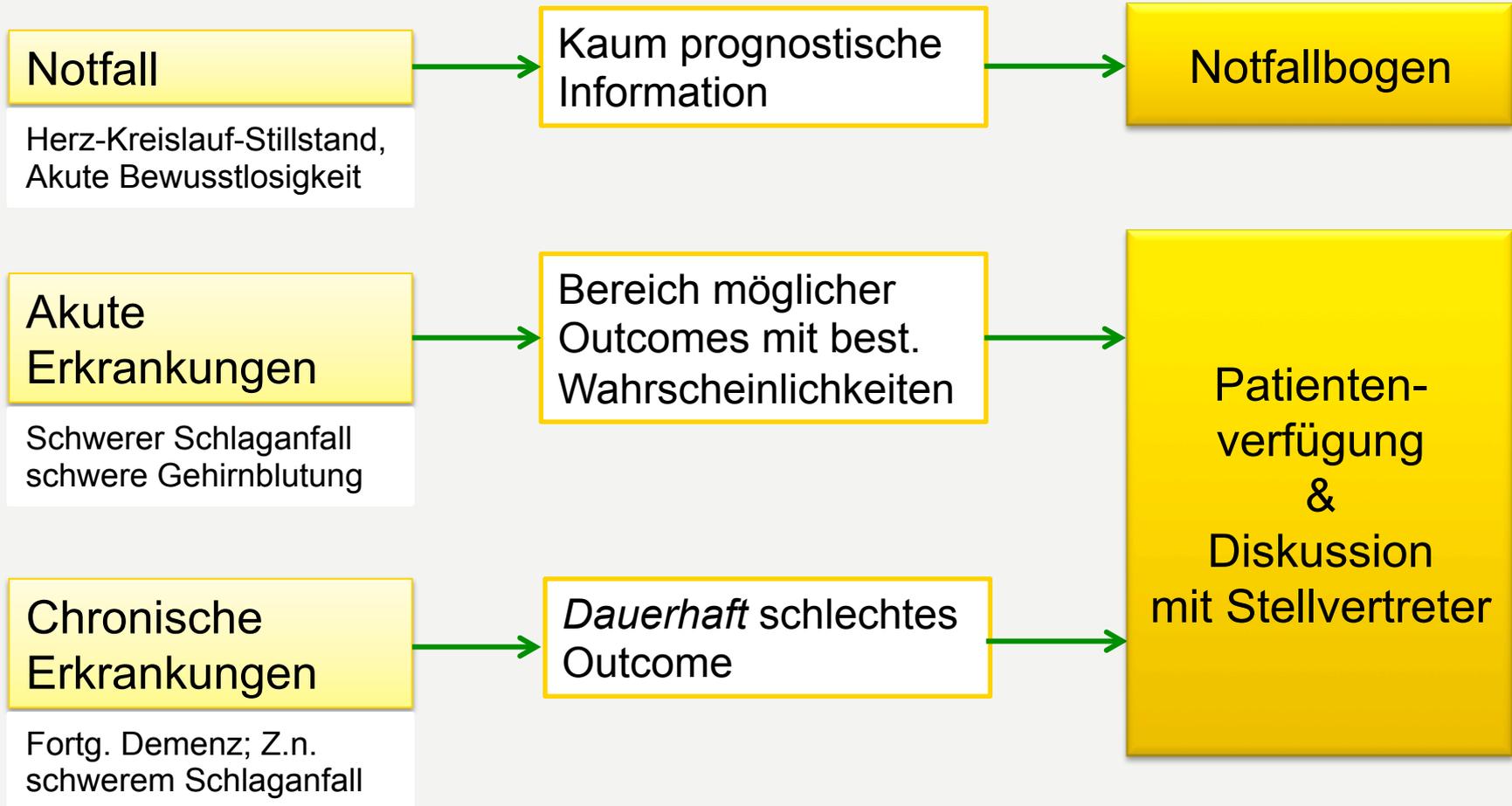
Träger & Ltg.
Sen. Einricht.



Szenarien

Prognose

Instrumente



Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)

Name: _____

Vorname
geboren

Für den
Fall

Modellprojekt in Grevenbroich:

Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus

Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Diese Anordnung ist ein ärztliches Dokument und verwendet Fachsprache. Bitte lassen Sie sich von Ihrem Begleiter und / oder Ihrem Hausarzt erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist, und lassen Sie diese das Dokument gemäß Ihren Festlegungen ausfüllen.

Das allseits unterschriebene Original dieses Dokuments wird im Bewohnerraster des Wohnbereichs abgelegt.

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

A 

Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

B0 

Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1 

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

B2 

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

B3 

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung, keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)

C 

Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

Diese
Anordnungen

Die vorliegende HANo reflektiert den Willen des Bewohners bzw. seines Vertreters und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bewohnermächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

en kann,
Ihre Un-

st es, die
Arzte bzw.

d / oder

hier re-
mit den

handlun-
gen Ein-
können

erten ist,
biotikum

gelegten
HANo
rdungen

(kreuzt),

Vertreterverfügung

für eine aufgrund von _____ (Erkrankung/en) dauerhaft nicht einwilligungsfähige Person, im Folgenden als »der Betroffene« bezeichnet:

Name: _____
 Vorname: _____
 geb. am: _____

Modellprojekt in Grevenbroich:
 Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus
 Seniorenhaus Lindenhof
 Caritashaus St. Barbara
 Seniorenstift St. Josef Gustorf

Übersicht

- A Ethisch-rechtliche Grundlagen dieser Vertreterverfügung
- B Legitimation des unterzeichnenden Vertreters für diese Verfügung
- C Behandlung im Notfall
- D Behandlungen von geringerer zeitlicher Dringlichkeit
- E Persönliche Hinweise für die Pflege
- F Schmerz- und Palliativtherapie
- G Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Vertreterverfügung
- H Besonderheiten
- I Unterschriften
- J Aktualisierung und Fortschreibung

A Ethisch-rechtliche Grundlagen dieser Vertreterverfügung

In Ermangelung oder in Ergänzung einer eigenhändigen Patientenverfügung dient dieses

A Ethisch-rechtliche Grundlagen dieser Verfügung

- Mündliche Behandlungswünsche
- Mutmaßlicher Wille - aufgrund
 - früherer Äußerungen
 - Kenntnis der Persönlichkeit
- Wohlergehen („bestes Interesse“)

I Unterschriften

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20__

Legaler Stellvertreter

x _____
 Unterschrift des legalen Stellvertreters

(Weitere) Angehörige:

Ich / wir habe/n diese Vertreterverfügung besprochen.
 Ich / wir verstehe/n und respektiere/n die darin getroffenen Festlegungen.

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20__

1. _____ x _____
 2. _____ x _____
 Angehörige Unterschrift

Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis mindestens zweier ausführlicher Gespräche. Dabei habe ich eine Urteilsbildung im Sinne des Betroffenen nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Hierzu bin ich durch das *beizeiten begleiten*® Training qualifiziert.

Datum und Uhrzeit des ersten Gesprächs: ____ . ____ . 20__, ____:____ Uhr

Datum und Uhrzeit des zweiten Gesprächs: ____ . ____ . 20__, ____:____ Uhr

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20__ x _____
 Unterschrift Begleiter/in

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen mit dem unterzeichnenden Stellvertreter im Sinne von *beizeiten begleiten*® erörtert. Ich bestätige, dass der Stellvertreter bezüglich dieser Festlegungen einwilligungsfähig ist und die medizinischen Implikationen dieser Vertreterverfügung für den Betroffenen ausreichend verstanden hat. **Der notfallmedizinisch relevante Teil dieser Verfügung ist in einer separaten Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HANo) niedergelegt.** Die in dieser Vertreterverfügung niedergelegten Eckpunkte der Behandlung werde ich respektieren.

Grevenbroich, den ____ . ____ . 20__

Hausarzt

x _____
 Unterschrift und Stempel des/der *beizeiten begleiten*® -qualifizierten Hausarztes/Hausärztin



Programm-Koordinator („leadership“)

- Institutionelle Anbindung? Aufgaben? Zeitlicher Umfang?

ACP-System („Infrastruktur“)

- ACP-Team mit Arbeitsabläufen: Alle sind verantwortlich, Kernteam mit Begleiter & Arzt
- Standardisierte Dokumente: PV, VV, Notfallbogen
- Archivierung, Zugriff & Transfer

Qualifizierung der Gesprächsbegleiter („*facilitator*“)

- Ersts Schulung, Zertifizierung, Nachschulung...

Einbezug der Bevölkerung („*community engagement*“)

- Organisationen, ACP-Botschafter, Medien

Kontinuierliche Qualitätssicherung

- Plan für nachhaltige Implementierung und Sicherung der Qualität
- Ressourcen: ACP-Führungsteam, fortgesetzte Schulung, etc
- Evaluation von Prozessen & Ergebnissen



Deutscher Bundestag

18. Wahlperiode

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Drucksache 18/5170

12.06.2015

Gestern verabschiedet!

„§ 132g SGB V

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-

Die Krankenkasse des Versicherten trägt die Kosten für die
„Gesundheitliche Versorgungsplanung“

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Literatur:

Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J (Hrsg.). Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2015.

Internetseiten Projekt beizeiten begleiten:

<http://www.beizeitenbegleiten.de>

Vortragsfolien & Publikationen: www.dermedizinethiker.de

Kontakt: marckmann@lmu.de

Coors, Jox, in der Schmitt J (Hrsg.)

Advance Care Planning

Von der Patientenverfügung zur
gesundheitlichen Vorausplanung

Kohlhammer



1. Welche Herausforderungen sehen Sie – vor dem Hintergrund Ihrer eigenen Erfahrungen – bei der Implementierung eines regionalen/institutionellen ACP-Programms? (ca. 15 min)
2. Bitte entwickeln Sie in der Gruppe Lösungsansätze, wie die Herausforderungen bewältigt werden können. (ca. 30 min)

Berücksichtigen Sie dabei die verschiedenen Elemente einer erfolgreichen ACP-Implementierung

- Kooperationspartner, Führung (Institutionen & Personen)
- Programm Koordinator
- ACP-System („Infrastruktur“)
- Qualifizierung der Gesprächsbegleiter („facilitator“)
- Einbezug der Bevölkerung
- Plan für nachhaltige Implementierung / Qualitätssicherung



Herausforderungen & mögliche Barrieren

- Irritationen beim Personal
- Radikale Patientenzentrierung
- Konfrontation mit fehlender Reichweitenbeschränkung (z.B. Abbruch PEG-Sonde)
- Palliative Kompetenz vor Ort (PP, HÄ, RD, Netz...)
- Neue Wege im Khs
- Unerfüllbare Erwartungen auf Patientenseite
- Überforderte Patienten – Unterstützungsbedarf (Autonomie fördern)
- Neue Fehlerqualität: „err on the side of death“



Change Management

- Grundlegender *kultureller* Wandel auf verschiedenen Ebenen
 - Irritationen & Widerstände
 - Geduld & langer Atem erforderlich
 - Nicht ohne Leitungen & Führungspersonen!
 - Voraussetzung: gemeinsame Vision!
 - Nachhaltige Strategie für stetigen, schrittweisen Wandel
- Rolle des Gesprächsbegleiters („*facilitator*“) etablieren
 - Team-Ansatz: Kern-Team + jeder ist verantwortlich
- Führungsrollen und Verantwortlichkeiten festlegen
- Start small! (niemanden zum Jagen tragen...)
- Vernetzung: Berufsgruppen & Institutionen
- Ressourcen nicht unterschätzen: längerer Prozess (**Vorlauf-
Qualifikation-Konsolidierung-Erhaltung**)



- (Informieren Sie sich selbst über Patientenverfügungen (PV) und Vorsorgevollmachten (VV))
- **Machen Sie den ersten Schritt:** Sprechen Sie Ihre Patienten auf die Erstellung einer PV & VV an
 - ab einem bestimmten Alter (60?) & bei schwerer Erkrankung
- Halten Sie **Unterlagen zur PV & VV** bereit
 - Broschüren des BMJV bzw. Bayerischen Justizministeriums
- Bieten Sie ein **Gespräch** zur PV & VV an
- Verweisen Sie auch auf **Beratungsangebote in der Region**
 - Hospizvereine, Patienten-Beratungsstellen, etc.
- Regen Sie an, **nahestehende Personen** in die Gespräche einzubeziehen
- Planen Sie bei schwerkranken Patienten und Bewohnern im Altenheim **Notfallsituationen** voraus ⇒ **ärztliche Anordnung für den Notfall**
- Sprechen Sie bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten mit den **gesetzlichen Vertretern** über zukünftige medizinische Entscheidungen



- **Keine Verpflichtung** zu GVP, Einrichtungen können GVP anbieten („fakultativ“, „freiwillig“)
- Beratung über medizinisch-pflegerische Versorgung „in der **letzten Lebensphase**“ und mögliche Notfallsituationen; Aufzeigen von Angeboten der Sterbebegleitung; persönliche Vorstellungen über „Ausmaß, Intensität und Grenzen med. Behandlung“ entwickeln
- **Hausarzt** / behandelnder Facharzt ist einzubeziehen
- Auf Wunsch des Patienten: Angehörige & Vertrauenspersonen beteiligen
- Einbeziehung anderer **regionaler Betreuungsangebote**
- Einrichtungen können GVP **selbst** durchführen oder in **Kooperation** mit „regionalen Beratungsstellen“ (Hospizdienste, SAPV...)
- Inhalte und Anforderungen werden **vereinbart** zw. Einrichtungsträgern und Spitzenverband Bund der KK (auf Bundesebene)
- **Kosten** tragen die KK (Angebot + Einzelleistungen); „unterer mittlerer zweistelliger Millionenbetrag“ jährlich, Verdoppelung in den nächsten Jahren; 1 Stelle/400 Bew.



- 09:00 – 09:10 Begrüßung, Einführung
- 09:10 – 09:30 Input: Grundkonzept ACP & Implementierung des ACP-Projekts *beizeiten begleiten* (Marckmann)
- 09:30 – 09:35 Instruktion für Gruppenarbeit
- 09:35 – 10:20 Arbeit in 3 Gruppen nach Ausgangspunkt der ACP-Initiative
- (1) *Krankenhaus (akutstationär)*
 - (2) *Stationäre Pflegeeinrichtungen*
 - (3) *Ambulanter Sektor (Palliativnetz, Hospiz)*
- 10:20 – 10:50 Bericht & Diskussion der Ergebnisse
- 10:50 – 11:00 Abschlussrunde

TABELLE 4

Aufwand für die „beizeiten begleiten“ Gesprächsbegleitungen*

Bewohner/Vertreter, mit denen mindestens 1 Begleitungsgespräch geführt wurde (n = 74)

Alter der Bewohner: Median (Bereich)	85 (79–99) Jahre
Anzahl Gespräche pro Bewohner: Median (Bereich)	2 (1–5)
Dauer eines Gesprächs: Median (Bereich)	39 (10–70) Minuten
Dauer einer Gesprächsbegleitung (über alle Gespräche): Median (Bereich)	92,5 (10–240) Minuten

Bewohner/Vertreter, deren Gesprächsbegleitung in eine Vorausverfügung mündete (n = 60)

Anzahl Gespräche pro Bewohner: Median (Bereich)	2,5 (2–5) Minuten
Dauer eines Gesprächs: Median (Bereich)	40 (23,3–70) Minuten
Dauer einer Gesprächsbegleitung (über alle Gespräche): Median (Bereich)	100 (60–240) Minuten

Bewohner/Vertreter, deren Gesprächsbegleitung nicht in eine Vorausverfügung mündete (n = 12)

Anzahl Gespräche pro Bewohner: Median (Bereich)	2 (1–3) Minuten
Dauer eines Gesprächs: Median (Bereich)	33,3 (10–60) Minuten
Dauer einer Gesprächsbegleitung (über alle Gespräche): Median (Bereich)	60 (10–100) Minuten

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