

# Advance Care Planning

## Mit vorausschauender Behandlungsplanung zur effektiven Patientenverfügung

Der 74. Bayerische Ärztetag beschloss im Oktober vergangenen Jahres, „die ärztliche Beratung beim Erstellen von Patientenverfügungen deutlich zu stärken.“ Mit dem angestrebten „System zur vorsorglichen Beratung im Sinne von Advance Care Planning (ACP)“ greift die Bayerische Ärzteschaft eine aktuelle Entwicklung auf, die unter anderem durch den neuen §132g SGB V („Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“) auch in Deutschland zunehmend an Fahrt gewinnen dürfte. Der vorliegende Beitrag erläutert Hintergrund, Konzept und Implementierung der vorausschauenden Behandlungsplanung. Für eine ausführlichere Darstellung sei auf den jüngst erschienenen Sammelband zum Advance Care Planning verwiesen [1].

### Hintergrund und Grundkonzept des Advance Care Planning

Mit der gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügung im Jahr 2009 wurde eine aus ärztlicher Sicht notwendige, aber noch nicht hinreichende Voraussetzung für die effektive Wahrung der Selbstbestimmung von Patienten nach Verlust der Einwilligungsfähigkeit getroffen. Trotz aller Bemühungen sind Patientenverfügungen nach wie vor zu wenig verbreitet, bei Bedarf oft nicht zur Hand, häufig nicht aussagekräftig, von fragwürdiger Validität und bleiben vom medizinischen Personal nicht selten unbeachtet [2]. ACP besitzt das Potenzial, diese Defizite der konventionellen Patientenverfügung durch ein regional implementiertes System der „vorausschauenden Behandlungsplanung“ erfolgreich zu kompensieren.

ACP ruht auf zwei Säulen: Zum einen erhalten Menschen im Rahmen eines professionell begleiteten Gesprächsprozesses Gelegenheit, eigene Präferenzen für medizinische Behandlungen bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit zu entwickeln und auf aussagekräftigen, regional einheitlichen Patientenverfügungen zu dokumentieren. Zum anderen werden die in den relevanten regionalen Versorgungsstrukturen tätigen Personen so geschult bzw. informiert, dass die resultierenden Patientenverfügungen bei Be-

handlungsentscheidungen regelmäßig verfügbar sind und zuverlässig respektiert werden. Die internationalen Erfahrungen belegen, dass mit umfassenden ACP-Programmen nicht nur die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase effektiv respektiert, sondern auch die Qualität der Versorgung von Patienten und Angehörigen signifikant verbessert werden kann [3, 4]. Auch in Deutschland konnten erste ACP-Programme erfolgreich implementiert werden (vgl. zum Beispiel [www.beizeitenbegleiten.de](http://www.beizeitenbegleiten.de); [5]).

Kernelemente eines ACP-Programms [6]:

- » Aufsuchendes Gesprächsangebot
- » Qualifizierte Gesprächsbegleitung
- » Professionelle Dokumentation
- » Archivierung, Zugriff und Transfer
- » Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf
- » Beachtung und Befolgung durch Dritte
- » Kontinuierliche Qualitätssicherung

### Qualifizierte Gesprächsbegleitung

Das zentrale Element eines ACP-Programms ist ein qualifizierter Gesprächsprozess zur Unterstützung der Betroffenen bei der Entwicklung und Dokumentation ihrer Präferenzen für künftige Behandlungen. Spezifisch hierfür ge-

schulstes nicht-ärztliches und ärztliches Personal begleitet den meist mehrzeitigen Gesprächsprozess, der in der Regel in eine individuelle schriftliche Vorausverfügung mündet. Um den nicht-direktiven Charakter der Unterstützung zu verdeutlichen, wird die neue, meist von nicht-ärztlichem Personal übernommene professionelle Rolle im Englischen als „facilitator“ bezeichnet, wir sprechen von „ACP-Gesprächsbegleiter“. Sofern möglich und gewünscht sollten die designierten Vertreter (Bevollmächtigte) und/oder Angehörige aktiv an den Gesprächen beteiligt werden, denn sie sind es, die später den Patientenwillen umsetzen sollen. Falls noch nicht erfolgt, aber möglich und gewünscht, wird dabei eine Bevollmächtigung unterstützt. Die qualifizierte Gesprächsbegleitung soll im Rahmen eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses (shared decision making) letztlich einen „Informed-Consent-Standard“ für die vorausverfügten Entscheidungen annähern und damit aussagekräftige und valide (verlässliche) Vorausplanungen für zukünftige medizinische Entscheidungen ermöglichen. Der Prozess ist mit der erstmaligen Niederschrift einer Patientenverfügung nicht beendet, sondern wird zwischen dem Patienten und seinen Behandlern lebenslang stets rechtzeitig fortgesetzt, um Anpassungen bei Änderungen der Präferenzen und/oder der gesundheitlichen Situation zu ermöglichen.

### Ärztliche Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen

Der 74. Bayerische Ärztetag forderte in einem Beschluss, die ärztliche Beratung beim Erstellen von Patientenverfügungen deutlich zu stärken. Ziel soll ein System zur vorsorglichen Beratung im Sinne von „Advance Care Planning“ (ACP) sein. In der Begründung heißt es, dass in den nächsten fünf Jahren mit der Erstellung von ca. vier Millionen Patientenverfügungen (eigene Recherche) zu rechnen sei. Dies geschehe in aller Regel in Form von vorgefertigten Formularen, zusammengesetzt aus Textbausteinen. Es gebe derzeit über 300 Vorlagen im Internet. In der Praxis zeige es sich immer wieder, dass die Verfügungen nicht mit der notwendigen Sachkenntnis erstellt würden, den Erfordernissen eines „Informed Consent“ also nicht entsprächen. Das Instrument der Patientenverfügung sei ein wichtiger Schritt in Richtung Patientenautonomie gewesen, es berge aber ohne ärztliche Beratung die Gefahr, die Ziele der Verfasser zu verfehlen, weil „Unkenntnis über die medizinischen Implikationen besteht“, so der Beschluss.

*Die Redaktion*

Inhaltlich ist eine qualifizierte Gesprächsbegleitung daran orientiert, aussagekräftige und valide Äußerungen des Patienten zu fördern, die häufige klinisch relevante Szenarien abdecken. Typischerweise werden dabei angestrebt:

- » eine ausführliche Klärung von Therapiezielen sowie – aus heutiger Sicht – (in)akzeptablen Therapieergebnissen,
- » eine konkrete Vorausplanung für akute Entscheidungsunfähigkeit im Notfall (insbesondere Reanimation, Beatmung, Krankenhauseinweisung),
- » eine Vorausplanung von Eckpunkten der Behandlung bei fortgesetzter akuter Entscheidungsunfähigkeit und schwerer Erkrankung im weiteren Verlauf und
- » die Festlegung von Behandlungspräferenzen für den Fall einer permanenten Entscheidungsunfähigkeit (zum Beispiel Demenz).

Behandlungspräferenzen, die in einem validen Prozess der vorausschauenden Behandlungsplanung entwickelt und artikuliert wurden, bedürfen nicht zuletzt einer professionell unterstützten Dokumentation, die diese Präferenzen im Bedarfsfall auch erkennen lässt. Dazu zählt insbesondere ein Notfallbogen, der für Notarzt und Rettungsteam eindeutige Festlegungen enthält [7].

## Regionale Implementierung

Neben der qualifizierten Gesprächsbegleitung ist die regionale Implementierung ein unverzichtbares Element eines ACP-Programms. Dieser Systemwandel ist von einzelnen Akteuren kaum zu leisten. Es bedarf vielmehr der konzertierten Anstrengung eines Teams, dem Leitungen bzw. Führungskräfte verschiedener Bereiche der Region angehören sollten, insbesondere der Hausärzte, der Pflegeeinrichtungen, der Notärzte und des Rettungsdienstes, des Krankenhauses, der Hospizbewegung sowie der allgemeinen und speziellen ambulanten Palliativ-Versorgung. Ein solches Team benötigt überdies zumindest für die ersten ein bis zwei Implementierungsjahre einen verantwortlichen Projektleiter. Bei Beginn der regionalen Implementierung eines ACP-Programms wie „bei-

zeiten begleiten“ sollte nur mit Institutionen und Personen gearbeitet werden, die von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des hierfür erforderlichen Systemwandels überzeugt sind und das gerade in der Anfangsphase erforderliche Engagement mitbringen. Auch ein kleines multiprofessionelles Team, das zum Beispiel aus drei Altenheimen, den darin am stärksten präsenten fünf Hausärzten, dem zugehörigen Rettungsdienst und dem internistischen Chefarzt des wichtigsten Einzugskrankenhauses bestehen könnte, kann erfolgreich eine regionale Implementierung beginnen. Sie wird von den Mitarbeitern wie auch den Patienten meist dankbar angenommen und entfaltet häufig eine Sogwirkung auf die umliegenden Institutionen und Strukturen, wie die internationale Erfahrung lehrt [8].

## Aktuelle Entwicklungen

Mit dem Ende 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) werden nun die Voraussetzungen für eine bundesweite Etablierung von ACP geschaffen [9]. Der neue §132g SGB V „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ ermöglicht den vollstationären Pflegeeinrichtungen, ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten – zulasten der Krankenkasse des Versicherten. Ausdrücklich sind dabei der behandelnde Hausarzt, für den ebenfalls eine spezifische Vergütung vorgesehen ist, und andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote einzubeziehen, mit Blick auf mögliche Notfallsituationen insbesondere auch Rettungsdienste und Krankenhäuser. Bis Ende 2016 wird der GKV-Spitzenverband mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen die weiteren Details zu Inhalt und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung vereinbaren. Für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist es sicher günstig, dass bereits verschiedene ACP-Initiativen ihre Arbeit aufgenommen haben, auch in verschiedenen Regionen Bayerns. So gründete beispielsweise der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München bereits im Jahr 2013 einen Ausschuss „Gesundheitliche Vorausplanung“, der Caritasverband der

Erzdiözese München und Freising implementiert ACP in einigen Pflege- und Behinderten-Einrichtungen und auch die Christophorus-Akademie an der Klinik für Palliativmedizin der Uni München hat das Thema aufgegriffen. Eine Vernetzung der Initiativen auf Bundes- und Landesebene wäre zur Einhaltung klar definierter Qualitätsstandards bei der Etablierung von ACP wünschenswert.

*Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.*



### Autoren

**Universitätsprofessor Dr. Georg Marckmann, MPH**

Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Lessingstraße 2, 80336 München, E-Mail: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

**Universitätsprofessor Dr. Jürgen in der Schmitt, MPH**

Professur für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Lehre und Lehrforschung, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, E-Mail: [jjds@med.uni-duesseldorf.de](mailto:jjds@med.uni-duesseldorf.de)