

# **Implementierung der vorausschauenden Behandlungsplanung nach dem Modell bb im Palliativnetzwerk der Stiftung EVK Düsseldorf (ID-Nr.: 244459)**

Palliativnetzwerk der Stiftung "Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf"

## **Angaben zum Projektträger**

### **Kurzbezeichnung der Institution/Organisation**

Palliativnetzwerk der Stiftung "Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf"

### **Name der Institution/Organisation**

Palliativnetzwerk der Stiftung "Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf"

### **Adresse**

Kirchfeldstrasse 40  
40217 Düsseldorf  
Deutschland

### **Leitung der Institution:**

Frau Dr. Carla Hennig

### **Kontakt:**

Tel.: 0049-211-5989590  
Fax.: 0049-211-59895977  
carla.hennig@PCTduesseldorf.de  
[http://www.evk-duesseldorf.de/Netzwerk/Palliativnetzwerk.asp?Menue=26\\_evk\\_dus\\_2008&Knoten=317\\_514&Knoten\\_ID=-1](http://www.evk-duesseldorf.de/Netzwerk/Palliativnetzwerk.asp?Menue=26_evk_dus_2008&Knoten=317_514&Knoten_ID=-1)

## **Allgemeine Angaben zum Projekt**

### **Titel des Projektes:**

Implementierung der vorausschauenden Behandlungsplanung nach dem Modell bb im Palliativnetzwerk der Stiftung "EVK Düsseldorf"

### **Kooperationspartner des Projektes:**

- Frau Dr. med. Sandra Vierbaum, hausärztliche Internistin
- Herr Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt, Entwickler/Initiator des Advance Care Planning Programms beizeiten begleiten®

### **Ansprechpartner des Projektes:**

Frau Dr. Carla Hennig  
Funktion: Ärztliche Leiterin Palliativnetzwerk der Stiftung "Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf"

### **Kontakt:**

Tel.: 0049-211-5989590  
Fax.: 0049-211-59895977  
carla.hennig@PCTduesseldorf.de

<http://www.evk-duesseldorf.de/>

**Laufzeit des Projektes:**

Beginn / geplanter Beginn: Januar 2015

Ende / geplantes Ende: keins

## **Zielgruppe(n) und Setting(s) des Projektes**

**Das Angebot richtet sich an die folgende(n) Altersgruppe(n):**

- Junge Erwachsene (19-29 Jahre)
- Erwachsene im mittleren Alter (30-44 Jahre)
- Ältere Erwachsene (45-59 Jahre)
- Seniorinnen / Senioren (ab 60 Jahre)

**Das Projekt umfasst geschlechtersensible Angebote für:**

**Richtet sich das Angebot gezielt an sozial benachteiligte Personengruppen?**

**Art des/r Settings:**

- Familie
- Krankenhaus
- Alten- oder Pflegeheim

**Richten sich die Aktivitäten auf die Umgestaltung des Umfelds, der Strukturen oder von Abläufen im Setting?**

Ja

## **Handlungsfeld und Angebotsart des Projektes**

**Das Projekt zielt in der Hauptsache auf:**

Verbesserung der Versorgung bzw. Behandlung

**Projektschwerpunkt(e) nach Handlungsfeldern/Themenbereichen:**

- Sonstiges: Förderung der Selbstbestimmung in gesundheitsbezogenen Entscheidungen

**Angebotsart(en):**

- Beratungsangebot, fortlaufend

## **Projektbeschreibung**

**Zielstellung des Projektes:**

Gemäß § 1901a BGB hat jeder volljährige und einwilligungsfähige Bundesbürger die Möglichkeit, seinen Behandlungswillen für den künftigen Fall einer gesundheitlichen Krise mit Unfähigkeit, sich dann zu äußern, verbindlich festzulegen. Dabei ist die Vorausverfügung des Patientenwillens von der Art und dem Stadium der Erkrankung unabhängig, also in ihrer Reichweite nicht begrenzt. Leider gestaltet sich die Umsetzung der Patientenverfügung bisher schwierig, da

Patientenverfügungen häufig nicht vorhanden, nicht auffindbar, nicht aussagekräftig und nicht valide sind, wie zahlreiche empirische Studien aus dem In- und Ausland belegen.

Die mangelnde Aussagekraft und Validität der im Anwendungsfall vorliegenden Verfügungen stellt sowohl den Vertreter des Verfügenden als auch den behandelnden Arzt vor eine besondere Herausforderung, vor allem für die Vertreter kann dies lebenslange emotionale Belastungen zur Folge haben. Ein Teil der Patientenverfügungen kann nicht im Sinne des Patienten interpretiert werden und wird daher letztlich nicht befolgt und umgesetzt.

Manche Bemühungen im Rahmen von regionalen Initiativen der Palliativmedizin wie z.B. der Göttinger Palliativkrisenbogen oder der Essener Palliativausweis/Pass führen indirekt und sicherlich unbeabsichtigt eine Reichweitenbegrenzung ein, da eine Umsetzung für Patientenverfügungen nur für Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen bzw. mit „Palliativstatus“ unterstützt wird. Des Weiteren beziehen sich Palliativausweise/pässe auf eine inhomogene Basis an zugrunde liegenden Patientenverfügungen, welche aus o.g. Gründen auch die Umsetzung der Inhalte des Palliativausweises/passes erschwert. Zusätzlich ist das Konzept bisher auf den ambulanten Sektor begrenzt und daher noch nicht sektorenübergreifend, was eine zusätzliche Begrenzung in der Reichweite darstellen könnte und die Umsetzung der Patientenverfügung zusätzlich erschwert.

Neben den sogenannten Palliativausweisen und Palliativkrisenbögen gibt es eine Reihe weiterer Initiativen, die einzelne Elemente der vorausschauenden Behandlungsplanung nutzen, um das Dilemma der mangelhaften Umsetzung von Patientenverfügungen zu verbessern. Da jedoch die einzelnen Elemente nicht suffizient in das Gesamtsystem der Patientenversorgung integriert werden, kann hierdurch allenfalls eine punktuelle Verbesserung der Umsetzung von Patientenverfügungen erreicht werden.

In USA ist dies Problem bereits seit rund 20 Jahren erkannt. Um dem zunehmenden Recht des Patienten auf Selbstbestimmung im Gesundheitssektor eine Möglichkeit zur Umsetzung zu geben, wurde daher das Konzept des Advance Care Planning (ACP; vorausschauende Behandlungsplanung) entwickelt. Hierbei handelt es sich im Kern um einen durch einen speziell ausgebildeten, in der Regel nicht-ärztlichen Gesprächsbegleiter moderierten Gesprächsprozess. Dieser hat zum einen zum Ziel, den Patienten bei der Bildung und Formulierung seines Behandlungswillens zu unterstützen, zum anderen soll sein Vertreter befähigt werden, diesen Willen umzusetzen. Verbunden damit ist in der Regel die Verankerung eines komplexen, spezifischen Systems zur Eruierung und Beachtung des vorausverfügten Patientenwillens in der Region. Dabei sind die einzelnen Elemente dieses Gesprächsprozesses nicht neu. Die Innovation besteht darin, diese einzelnen Elemente zu einer geschlossenen effektiven Systemintervention zusammenzufassen.

Die vorausschauende Behandlungsplanung nach dem Modell *bb* verfolgt – ähnlich wie andere internationale Programme der vorausschauenden Behandlungsplanung (Advance Care Planning) – das Ziel, dass Patienten in gesundheitlichen Krisen auch dann so behandelt werden, wie sie das wünschen, wenn sie sich aufgrund akuter oder chronischer Erkrankung einmal nicht selbst äußern können. Zudem unterstützt *bb* die Berücksichtigung medizinischer Indikationen und ihrer Grenzen in der Notfallversorgung, zum Beispiel durch einvernehmliche Vorausplanung des Verzichts auf lebensrettende Maßnahmen wie der Reanimation (sowie statt dessen gegebener hilfreicher Ressourcen) bei Menschen mit schwersten bzw. absehbar zum Tode führenden Grunderkrankungen. Diese vermehrte Patientenzentrierung medizinischer Maßnahmen bewirkt eine verbesserte Versorgungsqualität durch Vermeidung nicht erfolgversprechender und nicht gewollter Maßnahmen sowie der damit häufig verbundenen Traumatisierung der unmittelbar Betroffenen und ihrer Angehörigen. Umgekehrt werden die vorhandenen kurativen und palliativen Ressourcen auf diese Weise dorthin gelenkt, wo sie indiziert und gewünscht sind, also benötigt werden.

Die Implementierung von *bb* erfordert in den ersten 1-2 Jahren einen erheblichen Aufwand und verursacht auch für die langfristige Aufrechterhaltung jährliche Kosten, die nach Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes (s. § 132g SGB V) voraussichtlich zum großen Teil durch die GKV getragen werden; der übrige Bedarf wird aus Ressourcen lokaler Institutionen der Palliativbetreuung (in diesem Fall die Stiftung „EVK Düsseldorf“) gedeckt werden.

### **Wurde eine Bedarfsermittlung vorgenommen?**

Ja, und zwar durch:

- Expertenbefragung

## **Inhalt und Methode des Projektes:**

Bei der vorausschauenden Behandlungsplanung nach dem Modell *bb* handelt es sich im Kern um einen moderierten Gesprächsprozess. Ziel des Gesprächsprozesses ist es, den Patienten bei der Bildung und Formulierung seines Behandlungswillens zu unterstützen. Zusätzlich soll sein Vertreter befähigt werden, diesen Willen umzusetzen. Verbunden damit ist in der Regel die Verankerung eines komplexen, spezifischen Systems zur Eruerung und Beachtung des vorausverfügt Patientenwillens in der Region.

Der Gesprächsprozess erfolgt durch einen speziell ausgebildeten, in der Regel nicht-ärztlichen, Gesprächsbegleiter. Die Qualifizierung der Gesprächsbegleiter erfolgt in einer 3-tägigen Präsenzschiung (3x 8h) mit anschließender mindestens 6-monatiger Qualifikationsphase, welche intensiv durch zertifizierte Trainer nach dem Modell *bb* begleitet wird. Details zur Qualifikation von Gesprächsbegleitern und entsprechenden Trainern für Gesprächsbegleiter finden sich auf [www.beizeitenbegleiten.de](http://www.beizeitenbegleiten.de).

In dem konkreten Fall der Implementierung der vorausschauenden Behandlungsplanung nach dem Modell *bb* im Palliativnetzwerk der Stiftung "EVK Düsseldorf" erfolgt ein aufsuchendes Angebot durch speziell ausgebildete Gesprächsbegleiter für Bewohner der Pflegeeinrichtungen und von Patienten, welche durch das Palliative Care Team (SAPV) zu Hause versorgt werden. Perspektivisch soll das Angebot für Patienten aus allen Elemente des Palliativnetzwerks des "EVK Düsseldorf" erweitert werden. Als nächstes ist die Einführung auf der Palliativstation des "EVK Düsseldorf" in Planung. Sollte der Bewohner/Patient/Vertreter des Patienten sich für das Angebot der Gesprächsbegleitung entscheiden, wird ein kontinuierlicher Gesprächsprozess initiiert. Die zertifizierten Gesprächsbegleiter ermöglichen es den Bewohnern bzw. Patienten in mehreren, insgesamt (im Mittel) 1-2 Stunden in Anspruch nehmenden Gesprächen, ihre persönlichen Behandlungswünsche zu klären, mit ihren Angehörigen / Vertretern zu diskutieren und in aussagekräftigen, validen Patientenverfügungen zu dokumentieren. Hierfür werden die einheitlichen Formulare des Projekts *bb* verwendet.

Mit den Gesprächsbegleitern kooperieren die Haus- und Palliativärzte der betroffenen Bewohner / Patienten. Diese wurden in einer 4-stündigen Fortbildung für die kooperierenden Haus- und Palliativärzte, mit der vorausschauenden Behandlungsplanung nach dem Modell *bb* vertraut gemacht.

Durch die Unterschrift der kooperierenden Ärzte unter Vorausverfügungen und Notfallbögen attestieren sie den unterzeichnenden Bewohnern und / oder Vertretern Einwilligungsfähigkeit sowie das Verständnis der Implikationen ihrer Entscheidungen – direkt vergleichbar mit der ärztlichen Unterschrift unter eine Aufklärung zu einem aktuellen ärztlichen Eingriff. Die Ärzte benötigen in der Regel nur ein kurzes Gespräch mit dem Betroffenen, um sich im Sinne eines Vier-Augen-Prinzips in den genannten Punkten zu vergewissern. In Einzelfällen stehen sie bei anspruchsvolleren medizinischen Fragestellungen für eine Fortsetzung und Vertiefung des Gesprächs zur Verfügung. Die mit Unterstützung von zertifizierten Gesprächsbegleitern und zertifizierten (Haus-)Ärzten entwickelten Vorausverfügungen werden auf einheitlichen, im Laufe mehrerer Jahre eigens für *bb* entwickelten Formularen dokumentiert: Patientenverfügung, Vertreterverfügung und Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo®). Diese Formulare ermöglichen es, die sorgfältig eruierten und erwogenen Behandlungswünsche der Betroffenen in angemessener Form und Detailliertheit abzubilden, so dass die Verfügungen sich in Praxis und Klinik auch tatsächlich bewähren.

Zur Qualitätssicherung der Gesprächsbegleitungen und kontinuierlichen Verbesserung der Prozessabläufe wird pro Quartal je 1 gemeinsamer Qualitätszirkel mit (Haus-)Ärzten und Gesprächsbegleitern erfolgen.

## **(Erwartbare) Hauptergebnisse des Projektes:**

Die Klärung des Behandlungswillens, die Befähigung des gesetzlichen Vertreters in Kombination mit einer einheitliche Verwendung dieser Formulare – anstelle der gegenwärtigen Vielfalt von über 200 Textvariationen– ermöglicht es, dass bei allen Beteiligten im Laufe der Zeit ein klares Verständnis der getroffenen Festlegungen erwächst, sowohl beim Ausfüllen wie auch beim Interpretieren und Anwenden. Neben dieser grundlegenden Veränderung auf der Mikroebene trägt eine tiefgreifende Systemintervention auf der Makroebene dafür Sorge, dass solcherart entstandene Patientenverfügungen rechtzeitig aktualisiert werden, im Bedarfsfall zur Hand sind und dann auch zuverlässig befolgt werden – gleich, an welcher Stelle in der Versorgungskette der Patient sich gerade befindet. So wird perspektivisch sichergestellt, dass Patienten so behandelt

werden, wie sie das möchten, selbst wenn sie es selbst nicht mehr formulieren können. Dies führt zu einer starken Förderung der Selbstbestimmung von Patienten zu jedem Zeitpunkt im Leben.

## **Dokumentation und Evaluation des Projektes**

**Wird für das Projekt eine Dokumentation erstellt?**

Ja, geplant

**Ist das Vorgehen (bzw. die Konzeption) allgemein evidenzbasiert oder gibt es plausible Annahmen zur Wirksamkeit für den Ansatz?**

Ja, die Wirksamkeit des Vorgehens (Konzepts) ist nachgewiesen.

**Quellenangabe:**

[www.beizeitenbegleiten.de](http://www.beizeitenbegleiten.de)

**Wird eine Projektevaluation durchgeführt?**

Ja, geplant

**Die Evaluation wird durchgeführt:**

Nur durch Projektbeteiligte (Eigenevaluation)

**Folgende Informationen werden ausgewertet, um die Wirkungen des Projektes festzustellen:**

- Spontane Rückmeldungen aus der Zielgruppe bzw. den Zielgruppen
- Sonstiges: Prozessevaluation (s.u.)

**Ergänzende Beschreibung der Evaluationsmethode:**

Folgende Parameter werden erhoben und ausgewertet werden:

1. Datum des aufsuchenden Gesprächsangebots
2. Datum der Erstellung einer validen aussagekräftigen PV
3. Dauer des Erstellungsprozesses
4. Anzahl der für den Erstellungsprozess notwendigen Gespräche und deren kumulative Dauer
5. Erfolgte im Falle einer Verlegung des Patienten ein suffizienter Informationstransfer (wurde PV und Notfallbogen mitgegeben?)

**Wird ein Evaluationsbericht veröffentlicht?**

Nein, nicht vorgesehen

## **Fortsetzung der Projektaktivitäten**

**Ist ein Anschluss- bzw. Folgeprojekt geplant, beantragt, oder läuft dieses bereits?**

Nein

**Werden entsprechende Aktivitäten nach Abschluss dieses Projektes durchgeführt?**

Fortsetzung der vorausschauenden Behandlungsplanung im Palliativnetzwerk der Stiftung EVK Düsseldorf

**Entstehen im Rahmen des Projektes Produkte, die auch nach Projektende genutzt werden?**

Flyer, Patientenverfügung, Vertreterverfügung incl. Notfallbogen (HAnNo) Regionalversion  
Düsseldorf, nach dem Modell *bb*

## **Projektfinanzierung**

**Das Projekt finanziert sich über:**

- Spenden
- Sonstiges: Krankenkassen §132g SGB V

**Geschätzter Gesamtaufwand (inklusive Planung, Ausführung, Evaluation etc.) in  
Personentagen oder in Euro:**

-- Euro  
100 Personentage

**Ist die Finanzierung bis Projektende gesichert?**

Ja