



# **Konzept Advance Care Planning**

**- was ist der Nutzen für die palliative  
Praxis?**

22. September 2021  
Pflegefachtagung Palliative Care  
RKH Akademie Markgröningen

---

**CAROLA FROMM, M.A.  
DIPLOM PFLEGEPÄDAGOGIN**  
[WWW.PFLEGEUNDETHIK.DE](http://WWW.PFLEGEUNDETHIK.DE)  
[CAROLA@FROMMINET.DE](mailto:CAROLA@FROMMINET.DE)

# Worum geht es eigentlich?

---

- Advance Care Planning = ACP
- Behandlung im Voraus planen = BVP



Abb. 1

# Definition ACP

---

*„ACP ermöglicht Menschen, ihre **Ziele und Präferenzen** für **zukünftige medizinische Behandlungen und Pflege** zu bestimmen, diese Ziele und Präferenzen mit ihren **Zu- und Angehörigen** sowie dem **Gesundheitspersonal** zu **besprechen**, sie zu **dokumentieren** und bei Bedarf zu **überarbeiten** [deutsche Übersetzung]*

(Wosko 2017, 36).

# Ziele von ACP/BVP

---

- **Stärkung**
  - der Autonomie der Betroffenen
- **Entlastung**
  - des sozialen Bezugsnetzes
  - der professionellen Helfenden
  - der Einrichtungen des Versorgungssystems



# Säulen von ACP

---



# Kernelemente von ACP

---

- Aufsuchendes Gesprächsangebot
- Qualifizierte Gesprächsbegleitung
- Professionelle Dokumentation

- 
- Archivierung, Zugriff und Transfer
  - Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf
  - Beachtung und Befolgung durch Dritte
  - Kontinuierliche Qualitätssicherung

(vgl. Marckmann /in der Schmitt 2016)

# Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)



HANo: Hinweise zum Ausfüllen

**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 alsbald unterschriebene Original dieses Dokuments wird im Bewohnerzimmer des Wohnbereichs abgelegt.

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 geboren: \_\_\_\_\_

Modellprojekt in Grevenbroich:  
 Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus

**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!*

Für die  
 nicht

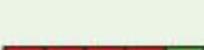
**A**  **Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung**

**Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):**

**B0**  **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**

**Gründe**  
 Die vorliegende 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.  
 Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die zusätzliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Blindestärkteste bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

Georg Marckmann

© Dr. med. Jürgen in der Schmitz, Düsseldorf

Wenn Änderungen des Willens oder des Zustands / die Prognose eine Aktualisierung der HANo erforderlich machen, ist eine neue HANo auszufüllen und die bisherige HANo durch ganzseitige diagonale Striche (mit Datum, Angabe und Unterschrift) zu entwerfen. Die entwerfende HANo bleibt als solche gültig, bis die neue HANo in Kraft tritt.

06.11.15

# 7

en kann  
 Ihre Un  
 des, die  
 into bow  
 2 / oder  
 klar re-  
 mit den  
 sandun-  
 von Ein-  
 können  
 ston ist  
 vorläum  
 gelagten  
 HANo  
 dlungen  
 creant),

Abb.2

# Pilotprojekt „beizeiten begleiten“

---

- Begleiter Qualifizierung
- Hausarztfortbildung
- Formularentwicklung
- Information, Standards und Routinen

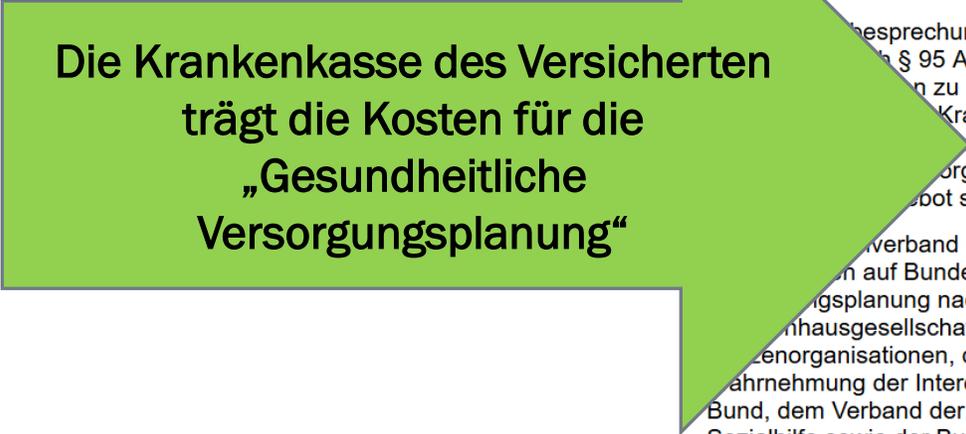


Abb. 3

(vgl. Coors, in der Schmittgen 2015)

# § 132g SGB

## Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



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

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im 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-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung sollen nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei richtiger Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

Die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Personen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Krankenhäuser vorbereitet werden. Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen in der umfassenden medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und seelsorgerischen Begleitung nach Maßgabe der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können diese Versorgung selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

Der Verband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum 31. Dezember 2016 das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Hospizorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst Bund, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132g Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der

Abb. 4

# Mensch sein / Video



Abb. 5 [www.dialog-ethik.ch/medien](http://www.dialog-ethik.ch/medien)

# Dialogleitfaden

von Susanne Haller Hospiz Stuttgart

---



Abb. 6

## Dialog

- über kompetente medizinische Unterstützung jetzt und später
- über Entscheidungen
- über kompetente pflegerische Unterstützung und mein Wohlergehen
- mit den Menschen, die mir besonders wichtig sind

# Qualifizierungsmöglichkeiten

---



**ELISABETH  
KÜBLER-ROSS AKADEMIE**  
**HOSPIZ**  
STUTTGART

**Qualifikation zur/zum  
Gesprächsbegleiten-  
den für die gesund-  
heitliche Versorgungs-  
planung (gVP)**  
gemäß §132g SGB V

**Beginn: 22. November 2021**

Abb. 7



**ELISABETH  
KÜBLER-ROSS AKADEMIE**  
**HOSPIZ**  
STUTTGART

**Expertenforum für  
Gesprächsbegleitende  
der gesundheitlichen  
Versorgungsplanung  
(gVP) gemäß  
§132g SGB V**

**14. Juli 2021**

Abb. 8

# Nutzen für die palliative Praxis

---

- „ACP kann dazu beitragen, nicht gewünschte Notfalleinweisungen in ein Krankenhaus zu vermeiden und die Angehörigen zu entlasten.“

(Tanja Krones, Universität Zürich)

- „Es muss alles vermieden werden, was bei den Betroffenen das Gefühl einer Verpflichtung zu ACP fördern könnte.“

- ...

(Jochen Taupiz, Vorsitzender der ZEKO)

**ACP – Advance Care Planning?**

**und/oder**

**ACD- Advance Care Dialogue?**

**Was braucht die palliative Praxis?**

Resümee

# Literatur

---

**Bundesärztekammer (2019):** Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer „Advance Care Planning (ACP)“. Deutsches Ärzteblatt | DOI: 10.3238/arztebl.2019.zeko\_sn\_acp\_01

**Behringer, D.; Henzler, D.; Badrakhan, C.-D. et al (2021):** Behandlung im Voraus Planen- ein Praxisprojekt zur Implementierung vorausschauender Versorgungsplanung in einer onkologischen Abteilung. In: Palliativmedizin, 5, August 2021, 22. JAHRGANG; 265-270.

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

**Haller, S.; Schnell, M. (2016):** Advance Care Planning (ACP) in der Palliativversorgung. Die Entwicklung und Bewertung eines Gesprächsleitfadens als Instrument für ACP anhand einer Delphi-Studie. In: Pflegezeitschrift 2016, Jg. 69, Heft 2, 103 g-o.

**Heller, A.; Schuchter, P. (2017):** Patientenverfügungen und Planungseuphorie oder: Die politische Dimension der Vorsorge als ACD (Advance Care Dialogue). In: Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt, 37/2017, 43-45.

# Literatur

---

**Klie, T. (2017):** Advance Care Planning (ACP)- Autonomieerhalt oder Rechtssicherheit für Medizin und Pflege. In: Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt, 37/2017, 24-26.

**Marckmann,G.; in der Schmitt, J. (2016):** Advance Care Planning. Mit vorausschauender Behandlungsplanung zu effektiven Patientenverfügung. In: Bayerisches Ärzteblatt 4/2016, 152-153.

**Pleschberger, S. (2017):** Von Sinn und Unsinn der Vorausplanung. Advance Care Planning. In: Universum Innere Medizin 03/201790-91.

**Richter-Kuhlmann, E.: (2019):** Advance Care Planning. Bislang wenig gelebtes Konzept. In: Deutsches Ärzteblatt, jg.116, Heft 50, 13. Dezember 2019.

**Wosko, P. (2017):** Das EPAC White Paper on Advance Care Planning- ein internationales Konsenspapier. In: Praxis Palliative Care. Für ein gutes Leben bis zuletzt, 37/2017, 36-37.

# Abbildungsverzeichnis

---

Abb.1: [www.praktisch-unschlagbar.de](http://www.praktisch-unschlagbar.de) (20.08.2020)

Abb.2: <https://expydoc.com/doc/9041031/implementierung-des-acp-modellprojekts-beizeiten-begleiten> (20.09.21)

Abb. 3: [www.uniklinik-duesseldorf.de](http://www.uniklinik-duesseldorf.de) (20.09.21)

Abb.4: [www.sozialgesetzbuch-sgb.de](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de)

Abb.5: Video Mensch sein [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch) (09.09.21)

Abb. 6: [www.hospiz-stuttgart.de/akademie/](http://www.hospiz-stuttgart.de/akademie/) (20.09.21)

Abb.7: [www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de](http://www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de) (20.09.21)

Abb.8: [www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de](http://www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de) (20.09.21)