



## HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

### Was bedeuten die Abkürzungen ACP und BVP und wie hängen sie zusammen?

ACP steht für „Advance Care Planning“, die deutsche Übersetzung lautet „Behandlung im Voraus planen“ (BVP). Ziel ist es, dass Menschen im Fall einer zukünftigen gesundheitlichen Krise so behandelt werden, wie sie es sich wünschen, auch wenn sie dann selbst nicht entscheiden können. Die ACP Deutschland e.V. hat hierzu Standards entwickelt. [§ 132g SGB V](#) wurde im Jahr 2015 als Teil des sogenannten Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) verabschiedet. Er ermöglicht den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung anzubieten, die durch die Krankenkassen finanziert werden.

### Was ist der Vorteil von einer im Rahmen von BVP erstellten Patientenverfügung gegenüber bisherigen („konventionellen“) Patientenverfügungen?

Viele Patienten wissen von sich aus nicht, für welche Situationen eine Vorausplanung relevant sein könnte, welche Optionen ihnen dann jeweils zur Verfügung stehen und was deren Vor- und Nachteile sein könnten. Patientenverfügungen, die ohne dieses Verständnis ausgefüllt und unterschrieben werden, müssen als wenig verlässlich (valide) angesehen werden, da sie nicht die wohlinformierten Wünsche des Betroffenen wiedergeben.

BVP wählt hier eine grundlegend andere Herangehensweise. BVP geht davon aus, dass der angemessen aufgeklärte Patient der beste Experte für sein eigenes Wohl ist und die für ihn richtigen Entscheidungen treffen wird – auch wenn das bedeuten kann, in einer kritischen Situation auf eine erfolgversprechende Maßnahme der Lebensverlängerung zu verzichten.

Bei BVP nach den Standards der ACP Deutschland wird der Bewohner bzw. der Patient im Gespräch mit einem qualifizierten **Gesprächsbegleiter** dabei unterstützt, für sich individuelle Grenzen weiterer medizinischer Behandlung festzulegen oder aber den medizinischen Standard zu bestätigen. Der Fokus liegt auf dem Gespräch. Grundlage für die Festlegungen sind die Einstellungen der individuellen Person zu Leben, Krankheit und Sterben. Es wird nur dokumentiert, was die vorausplanende Person auch vollumfänglich verstanden, gewürdigt und gewollt hat. Die BVP-Patientenverfügung der ACP Deutschland ermöglicht es, separate Festlegungen für den akuten Notfall aus dem aktuellen Gesundheitszustand heraus sowie für die anschließende Behandlung im Krankenhaus zu treffen und getrennt davon für einen

Dauerzustand, in dem man nicht mehr selbst entscheiden kann. Dabei können auch einzelne Maßnahmen ausgeschlossen werden. Sie geht damit inhaltlich deutlich über die in den meisten bisher in Deutschland verbreiteten Patientenverfügungen hinaus.

### Was ist der Inhalt einer Vorausplanung nach den Standards der ACP Deutschland?

Die Vorausplanung nach den Standards der ACP Deutschland enthält mehrere **Module**. Grundlegend sind die Einstellungen zu Leben, schwerer Erkrankung und Sterben (link). Darauf aufbauend können medizinische Situationen wie die des Notfalls, der Situation bei Krankenhausbehandlung und der dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit besprochen werden. Ist der Betroffene selbst nicht in der Lage eine Patientenverfügung zu verfassen, kann das Gespräch mit seinem rechtlichen Vertreter (Vorsorgebevollmächtigter/ rechtlicher Betreuer) geführt werden. Ergänzend werden auch Wünsche an die psychosoziale und spirituelle Begleitung in der letzten Lebensphase festgehalten und die Möglichkeiten hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung besprochen.

### Warum ist eine Vorausplanung für den Notfall sinnvoll?

Ein Notfall ist ein Ereignis, das mit einer akuten Bedrohung des Lebens einhergeht und schnelle Entscheidungen erfordert. Der Betroffene selbst kann in der Notfallsituation häufig nicht selbst über seine Behandlung entscheiden. Patientenverfügungen sind oft nicht vorhanden oder enthalten keine Aussage für den Notfall. Viele Angehörige sind in der Situation überfordert und/oder wissen nicht, was sich der Betroffene für diese Situation wünschen würde. Wenn der Wille des Patienten nicht bekannt ist, wird zunächst, im Rahmen des medizinisch indizierten, mit den lebenserhaltenden Maßnahmen begonnen. Manche Menschen wünschen dies nicht oder möchten bestimmte Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Wiederbelebung oder eine künstliche Beatmung ausschließen. Dann ist eine Vorausplanung für den Notfall sinnvoll.

### Wer kann diese Formulare mit mir ausfüllen?

Eine umfassende Vorsorge wird durch speziell dafür in Schulungen qualifizierte Gesprächsbegleiter angeboten. Ein flächendeckendes Angebot nach diesem Konzept besteht aktuell noch nicht. Zurzeit sind diese Gesprächsbegleiter, gefördert durch § 132g SGB V, hauptsächlich in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe tätig. Zunehmend qualifizieren sich aber auch z.B. Mitarbeiter von Hospizvereinen oder Ärzte zu Gesprächsbegleitern, so dass das umfassende Angebot auch außerhalb der Einrichtungen wächst.

### Warum sollten die umfassenden BVP-Formulare der ACP Deutschland nur mit einem speziell dafür geschulten Gesprächsbegleiter ausgefüllt werden?

Die Inhalte die anhand der BVP-Formulare der ACP Deutschland besprochen und dokumentiert werden können, sind sehr differenziert. Die darin getroffenen Festlegungen haben weitreichende Konsequenzen. Wenn sie nicht gut verstanden und durchdacht sind, können sie zu einer nicht gewünschten Über- oder Untertherapie führen. Es ist daher wichtig, die verschiedenen Szenarien und die damit verbundenen Chancen und Risiken gut zu verstehen und abzuwägen, bevor Festlegungen getroffen

werden. Die nach den Standards von ACP Deutschland qualifizierten Gesprächsbegleiter sind speziell für die Arbeit mit diesen Dokumenten geschult. Sie unterstützen den Vorausplanenden insbesondere durch Informationen, aber auch eine Gesprächsführung, die viel Raum zum Nachdenken gibt.

Um zu vermeiden, dass Festlegungen getroffen werden, die nicht gut durchdacht sind, werden die Formulare daher durch ACP Deutschland nur an speziell dafür geschulte Gesprächsbegleiter ausgegeben. Vor einer Verwendung ohne eine Gesprächsbegleitung nach diesen Standards wird dringend abgeraten.

## Was ist ein Gesprächsbegleiter?

Ein Gesprächsbegleiter ist eine Fachperson aus dem Gesundheitswesen, die Gespräche zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen für den Fall, dass der Betroffene sie nicht mehr selbst treffen kann, anbietet (Patientenverfügung, Vertreterdokumentation). Die Gesprächsbegleiter, die nach den Standards von ACP Deutschland geschult wurden, haben eine 8-9-tägige [Qualifizierung](#) durchlaufen, die durch Praxisanteile ergänzt wurden. Ihre Aufgabe ist es, den Vorausplanenden durch non-direktive, achtsame Gesprächsführung und Informationen dabei zu unterstützen, sich über seine Wünsche für den Fall schwerer Erkrankung klar zu werden. Diese werden anwendungstauglich dokumentiert. In die Gespräche werden möglichst der (zukünftige) rechtlicher Vertreter, der Arzt sowie weitere wichtige Personen einbezogen.

## Welche Rolle hat der Hausarzt, wenn die Gespräche von „nicht-ärztlichen“ Gesprächsbegleitern geführt werden?

In Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe sollten die Hausärzte bei der Erstellung dieser Notfallpläne Hand in Hand mit den dort tätigen Gesprächsbegleitern arbeiten. Der Hausarzt ist also immer in den [Vorausplanungsprozess](#) mit eingebunden. Er prüft die Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung, kann Bezug auf die bisherige Krankengeschichte nehmen und spezifische medizinische Fragen (er)klären. Durch seine Unterschrift auf dem Notfallbogen wird dieser zu einer „Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo)“, und seine Unterschrift auf der Patientenverfügung gewährleistet ein Vier-Augen-Prinzip, das zusätzliche Sicherheit bedeutet und die Qualität der Vorausverfügung erhöht.

## Warum sollte bei einem Gespräch zur Patientenverfügung mindestens bei einem Gespräch der rechtliche Vertreter (Bevollmächtigter, Betreuer) anwesend sein?

Der rechtliche Vertreter hat die Aufgabe, den Willen des Vorausplanenden zu ermitteln und umzusetzen, wenn dieser selbst nicht mehr entscheiden kann. Wenn der Vertreter schon bei dem Vorausplanungsgespräch dabei war und den Prozess der Willensbildung miterlebt, fällt es ihm in der Entscheidungssituation viel leichter, dem Behandelteam den Willen der betroffenen Person zu erläutern und für eine angemessene Umsetzung zu sorgen. Er/sie hat dann nicht mehr das Gefühl, „selbst“ entscheiden und verantworten zu müssen, was geschehen soll, sondern kann entsprechend einer vorher in seinem Beisein getroffenen Festlegung der betroffenen Person stellvertretend entscheiden. Dies kann auch zu einer geringeren psychischen Belastung des rechtlichen Vertreters beitragen.

## Was kann man machen, wenn die Person schon jetzt nicht mehr einwilligungsfähig ist (durch z.B. eine fortgeschrittene Demenzerkrankung) und man aber trotzdem eine Vorausplanung für zukünftige medizinische Entscheidungen erstellen will?

Zunächst wird überprüft, ob der Betroffene durch Unterstützung noch die Schwelle zur Einwilligungsfähigkeit überschreiten kann. Ist dies nicht möglich, kann der rechtliche Vertreter mit dem Gesprächsbegleiter eine [Vertreterdokumentation](#) erstellen. Dabei werden gemeinsam mit dem Arzt und weiteren Vertrauenspersonen alle verfügbaren Informationen hinsichtlich des geäußerten oder mutmaßlichen Willens bezüglich weiterer Therapieziele und Behandlungsoptionen gesammelt. Der Betroffene wird dabei so weit wie möglich und zumutbar aktiv einbezogen. Das Ergebnis der Willensermittlung wird in einem speziell hierfür vorgesehenen BVP-Formular dokumentiert.

## Wie lange dauern die Gespräche mit einem Gesprächsbegleiter, um eine Patientenverfügung nach den Standards der ACP Deutschland zu erstellen?

Das ist sehr unterschiedlich und hängt auch von der Aufmerksamkeitsspanne des Vorausplanenden ab. Zudem spielt es eine Rolle, ob die gesamte Patientenverfügung oder nur die „Einstellungen“ und der Notfall, d.h. die „ÄNo“ besprochen werden. Häufig dauert das erste Gespräch 1-1,5 Stunden und das zweite ca. 1 Stunde. Grundsätzlich sollte die Dokumentation nicht beim ersten Gespräch bereits abgeschlossen werden, um dem Vorausplanenden Zeit zu geben zunächst in Ruhe über das Besprochene nachzudenken, bevor es zu konkreten Festlegungen kommt. Manchmal sind auch mehr als 2 Gespräche notwendig.

## Warum ist die Patientenverfügung bei BVP so „medizinlastig“, geht es nicht um die Begleitung in der letzten Lebensphase in umfassendem Sinne?

Da aktuell häufig medizinische Entscheidungen mit weitreichenden Folgen getroffen werden, die nicht dem Willen des Bewohners bzw. Patienten entsprechen und weil es hier leicht zu Missverständnissen und Irrtümern kommen kann, liegt der Schwerpunkt der Gespräche auf der medizinischen Behandlung und den damit einhergehenden Wünschen für den Fall, dass man selbst nicht mehr entscheiden kann. Diese werden ausführlich, konkret und präzise besprochen. Auch werden die Gespräche nach § 132g SGB V über die Krankenkassen finanziert, die klargestellt haben, dass die Gespräche zu Klärung medizinischer Fragestellungen beitragen sollen. Dennoch wird auch in BVP-Gesprächsprozessen den nicht-medizinischen Aspekten der Begleitung bei schwerer Erkrankung Rechnung getragen: Es gibt einen Gesprächsabschnitt, in dem persönliche Vorstellungen, Vorlieben und Abneigungen bezüglich der pflegerischen, sozialen und spirituellen Versorgung in der letzten Lebensphase erfragt und dokumentiert werden können.

## Wo können die Dokumente so hinterlegt werden, dass sie im Krisenfall auch gefunden und beachtet werden?

In stationären Einrichtungen können Notfallbogen und die übrige Patientenverfügung bei der Bewohnerakte an einem festen Ort hinterlegt werden. Es ist darauf zu achten, dass sie jederzeit, also insbesondere auch im Notfall schnell zur Hand sind.

### **Wenn lebensverlängernde Maßnahmen vom Bewohner nicht mehr gewünscht werden und dieser in Not gerät, darf dann nicht mehr der Notarzt gerufen werden?**

Häufig ist es nicht erforderlich, in einer Krise bei einem palliativmedizinisch behandelten Patienten den Rettungsdienst zu rufen, insbesondere wenn der palliativmedizinisch behandelnde Arzt klare Informationen und Anweisungen hinterlassen hat und mit allen Beteiligten gut kommuniziert wurde.

In Einzelfällen kann es dennoch erforderlich und richtig sein, den Notarzt zu rufen.

Wenn der Bewohner in einer Krise nicht mehr entscheidungsfähig ist und zum Beispiel verfügt hat, dass er nicht mehr mit dem Ziel der Lebenserhaltung in ein Krankenhaus gebracht werden möchte, darf und muss der Notarzt gerufen werden, wenn der Bewohner in Not ist, z.B. Atemnot hat, und diese mit den vor Ort vorhandenen Mitteln nicht ausreichend gelindert werden kann. Es ist dann die Aufgabe des Notarztes, gemäß dem individuell vorausverfügten Therapieziel zu handeln. Dies kann z.B. eine symptomatische Therapie zur Linderung von Atemnot sein, wenn der Patient ein ausschließlich palliatives Behandlungsziel vorausverfügt hat, ohne dass der Bewohner mit in ein Krankenhaus genommen wird. Ist eine Linderung vor Ort nicht möglich, kann es in Ausnahmefällen sein, dass der Bewohner zur palliativen Behandlung mit in ein Krankenhaus genommen wird. Über diese seltene Ausnahme sollte vorher informiert werden.

### **Wird es in Zukunft Einrichtungen geben, in denen die Erstellung solch einer Patientenverfügung verpflichtend ist?**

Nein, das wäre nicht rechtens. Es sollte allen Bewohnern angeboten werden, ein solches Gespräch zu führen. Dieses Gesprächsangebot wahrzunehmen, muss aber immer freiwillig bleiben.

### **Warum ist eine Implementierung von BVP „in der Region“ so wichtig?**

Die regionale Implementierung des BVP-Konzeptes in einer Region ist eine Voraussetzung für die Beachtung im Bedarfsfall. Nur wenn diejenigen, die mit den Dokumenten in Kontakt kommen, diese auch kennen und sich auf die Qualität in der Erstellung verlassen können, ist eine Beachtung und Umsetzung des verfügbaren Willens möglich.

ACP Deutschland e.V.  
c/o Würdezentrum gUG (hb)

Geleitsstraße 14  
60599 Frankfurt am Main  
Tel: 069 34868 5335