



Landeshauptstadt  
München  
Referat für Gesundheit  
und Umwelt

Fachgespräch Münchner Hospiz-  
und Palliativnetzwerk

## „Gesundheitliche Voraus- planung - Advanced Care Planning“

Dienstag, 16. Mai 2017  
14.00 - 17.00 Uhr

#### Anmeldung

Um Anmeldung unter Angabe von Namen und Kontaktdaten wird bis zum 9.5.2017 gebeten:  
Telefon (089) 2 33 4 73 37, Fax (089) 2 33 4 75 42  
E-Mail [versorgung.pflege.rgu@muenchen.de](mailto:versorgung.pflege.rgu@muenchen.de)

Die Anmeldung gilt als angenommen, wenn keine Absage erfolgt.

Die Teilnahme ist kostenlos.

#### Zertifizierung

Für Ärztinnen und Ärzte sind Fortbildungspunkte bei der Bayerischen Landesärztekammer beantragt.

Für Pflegende sind Fortbildungspunkte bei der Registrierung beruflich Pflegender GmbH beantragt.

#### Veranstalterin

Landeshauptstadt München  
Referat für Gesundheit und Umwelt  
Versorgung und Pflege

#### Veranstaltungsort

Referat für Gesundheit und Umwelt  
Bayerstr. 28a, 80335 München  
Raum 1009, 1. OG

Der Zugang ist barrierefrei.

#### Verkehrsverbindungen

S 1 bis S 8, Haltestelle Hauptbahnhof  
oder Hackerbrücke  
U1, U2, U3, U4, U5, U7, U8, Haltestelle  
Hauptbahnhof  
Tram 18, 19, Haltestelle Hermann Lingg Straße  
Bus 58, Haltestelle Holzkirchner Bahnhof

#### Herausgeberin:

Landeshauptstadt München  
Referat für Gesundheit und Umwelt  
Bayerstr. 28a,  
80335 München  
[www.muenchen.de/rgu](http://www.muenchen.de/rgu)  
Foto: Eleana Hegerich  
Gedruckt auf 100% Recyclingpapier, das mit dem  
Blauen Engel ausgezeichnet ist  
Stand: März 2017



Landeshauptstadt  
München  
Referat für Gesundheit  
und Umwelt

Fachgespräch Münchner Hospiz-  
und Palliativnetzwerk

## „Gesundheitliche Voraus- planung - Advanced Care Planning“

Dienstag, 16. Mai 2017  
14.00 - 17.00 Uhr

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

das im Jahr 2015 erlassene Hospiz und Palliativgesetz ermöglicht es erstmals, eine kassenfinanzierte, individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten, welche in ihrem Inhalt weit über die Patientenverfügung hinaus geht.



Konzepte zur gesundheitlichen Vorausplanung sind unter der Bezeichnung "Advanced Care Planning ACP" bereits international etabliert und auch in Deutschland und München in Modellprojekten in der Umsetzung.

Das Fachgespräch "Gesundheitliche Vorausplanung Advanced Care Planning" richtet sich an Fachkräfte aus Münchner Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der vollstationären Pflege. Es bietet die Möglichkeit, sich über Konzepte zur Umsetzung sowie den Herausforderungen zu informieren, Ideen zur Umsetzung zu sammeln und Kontakte zu knüpfen.

Ich freue mich auf Ihr Interesse und Ihre Teilnahme!

*S. Jacobs*

Stephanie Jacobs  
Referentin für Gesundheit und Umwelt  
der Landeshauptstadt München

#### Programm

- 13.30 Uhr Einlass
- 14.00 Uhr Begrüßung  
*Sabine Lacour Krause*  
Koordinatorin des Münchner Hospiz und Palliativnetzwerkes
- 14.15 Uhr Warum brauchen wir Advanced Care Planning?  
*Prof. Dr. Georg Marckmann*  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU München
- 14.45 Uhr Institutionelle Implementierung in Münchner Pflegeeinrichtungen: Erste Erfahrungen  
*Dr. Sabine Petri*  
Caritasverband der Erzdiozese München und Freising e.V.
- 15.15 Uhr Pause
- 15.45 Uhr Regionale Implementierung: Erste Ansätze  
*Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen*  
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), Klinik für Palliativmedizin der LMU München
- 16.15 Uhr Diskussion
- 17.00 Uhr Ende der Veranstaltung
- Moderation *Susann Schmidt*  
Referat für Gesundheit und Umwelt

Programmänderungen bleiben vorbehalten.

# Individualisierte Patientenverfügung

Gesetzliche Grundlage

## Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 4.4.2017 I 778

### § 132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

(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 Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll 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 der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

(2) In 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 Vertrauenspersonen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

(3) Der Spitzenverband 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 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 Spitzenorganisationen, 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 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 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. § 132d 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 benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und zu der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 3 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach alle drei Jahre über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung nach Absatz 3. Er legt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen fest.

#### Definition ACP

Viele Entscheidungen den Therapieverlauf beeinflussend müssen zu einem Zeitpunkt getroffen werden, wenn der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist. Damit sind Dritte (Angehörige, Betreuer, Hausärzte, Not- und Klinikärzte, Klinik-Personal, u.a.) gefordert eine Entscheidung im Sinne des betroffenen Patienten zu treffen.

Advanced Care Planning kann diese Dritten in die Lage versetzen die Therapie-Verlaufs-Entscheidung im Sinne des betroffenen Patienten zu treffen.

ACP lässt sich als eine dynamisierte Form der Patientenverfügung verstehen, bei der der Wille des (potenziellen) Patienten nicht nur punktuell festgeschrieben, sondern wiederholt und unter wechselnden Bedingungen erfragt wird.

Dieses im Vergleich zur Patientenverfügung aufwendigere Verfahren ist bisher in Deutschland nur vereinzelt erprobt worden. Die Willensbildung wird hierbei durch eine Fachkraft unterstützt, die den Betroffenen Informationen über die zu erwartenden Krankheitsverläufe und ihre Auswirkungen auf Patient und Umfeld vermittelt und als konstanter Dialogpartner für die Ausbildung, Ausdifferenzierung und Ausformulierung der Wünsche an die spätere Verlaufsbehandlung fungiert. Dieser Dialog wird partnerschaftlich und nicht direktiv geführt.

Weitere Informationen unter

[http://www.teichreber.de/Seniorenbeirat.htm#Dwnload\\_Unterlagen](http://www.teichreber.de/Seniorenbeirat.htm#Dwnload_Unterlagen)

- Patientenverfügung Advanced Care Planning

Hinterlegung im Zentralen Vorsorgeregister unter [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de) (auch ohne Notar durch jede (Privat)Person möglich)

<http://www.vorsorgeregister.de/>



#### **Eingabe einer bestehenden Vorsorgeurkunde durch Privatperson**

Sie können mit diesem Formular nur eine **bereits existierende** Vorsorgeurkunde melden. Die Registrierung ersetzt **nicht** die gesonderte vorherige Erteilung der Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung. Bitte füllen Sie zur Registrierung das folgende Formular aus und beenden die Dateneingabe unten mit "Eingabe abschließen". **Pflichtfelder** sind mit einem \* gekennzeichnet.

Für die Eintragung wird eine Gebühr von 15,50 € erhoben



[http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/aktuelle\\_startseite/aktuelles/150903\\_acp-kongress/](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/aktuelle_startseite/aktuelles/150903_acp-kongress/)

## **Advance Care Planning: Das Lebensende planen**

Mit dem sogenannten Advance Care Planning (ACP), der Gesundheitlichen Vorausplanung, erhalten Menschen in kritischen Erkrankungsphasen lebensverlängernde Therapie nur in dem Umfang, in dem sie das möchten – selbst wenn sie sich nicht mehr äußern können. Das Konzept ist in den aktuellen Gesetzesentwurf zur Hospiz- und Palliativversorgung eingegangen (geplanter §132g SGB V). An der LMU findet nun vom 9. bis 12. September 2015 der fünfte Weltkongress zu ACP statt.

"Advance Care Planning hilft Menschen, die schwer erkrankt sind, insbesondere in der letzten Lebensphase. Das Konzept ermöglicht, Patienten-Wünsche für künftige medizinische Behandlung auch dann zu berücksichtigen, wenn sich die Patienten selbst nicht mehr äußern können, zum Beispiel den Wunsch, in bestimmten Konstellationen auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten", sagt Prof. Georg Marckmann, Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der LMU und Tagungspräsident des ACP-Kongresses.

Der aktuelle Gesetzesentwurf zur Hospiz- und Palliativversorgung sieht die Finanzierung von ACP-Programmen, die individuelle Gesprächsbegleitungen durch qualifiziertes Personal ermöglichen, in Einrichtungen der Seniorenpflege vor. "Das ist nur ein erster Schritt. Natürlich ist der Bedarf bei Bewohnern von Pflegeheimen am größten. Momentan läuft häufig die ganze lebenserhaltende Rettungsmaschinerie an, auch wenn die Betroffenen das abgelehnt hätten, wenn sie gefragt worden wären. Aber ACP sollte langfristig nicht auf diesen Personenkreis beschränkt bleiben. Es macht auch bei gesunden jüngeren Personen Sinn vor auszuplanen, etwa für den Fall eines Unfalls, vor allem aber bei Menschen, die das Rentenalter erreicht haben und unter bestimmten Umständen eine Maximaltherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung kritisch sehen", sagt Marckmann.

### **Ziel: Mängel der Patientenverfügung ausgleichen**

ACP soll das Instrument der Patientenverfügung stärken. "Seit 2009 ist die Patientenverfügung zwar gesetzlich verankert, aber nur ein geringer Anteil der Bevölkerung hat eine solche Verfügung und beim Ausfüllen sind viele überfordert. Oft sind die Formulare unscharf formuliert. Dazu kommt, dass sie häufig im entscheidenden Moment nicht vorliegen und daher nicht berücksichtigt werden", fasst Marckmann die aktuelle Problematik zusammen.

Das Konzept des Advance Care Planning, das in den USA entwickelt wurde, sieht eine professionelle Gesprächsbegleitung beim Ausfüllen einer individuellen Verfügung vor. "Die hausärztliche Praxis wäre dafür ein günstiger Ort", sagt Marckmann. Zudem ist damit ein Notfallplan verknüpft, der Rettungskräften und Ärzten vorgibt, wie sie sich im Notfall verhalten sollen. Auch die Entwicklung regionaler Standards für die Umsetzung gehört dazu. In einem ersten Pilotprojekt in Nordrhein-Westfalen ("*beizeiten begleiten*") konnte die Aussagekraft von Patientenverfügung durch ACP deutlich gesteigert werden.

Ziel des Kongresses, zu dem mehr als 300 Entscheidungsträger und Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen mehrerer europäischer Länder zusammenkommen, ist es daher auch, die Voraussetzungen für die Umsetzung von Advance Care Planning in Deutschland zu schaffen. "Die gesellschaftliche Relevanz der Gesundheitlichen Vorausplanung wird zunehmen. Künftig werden immer mehr Menschen am Lebensende nicht für sich selbst entscheiden können, da die Zahl der Älteren steigt und auch die Verbreitung von Demenzerkrankungen zunehmen wird", sagt Marckmann.

# 1. Vortrag – Warum brauchen wir Advanced Care Planning Prof. Dr. Georg Marckmann

In seinem (ersten) Referat stellte Prof. Marckmann fest, dass

- 80 % an chronischen Erkrankungen sterben, davon
  - die meisten in medizinischen Versorgung

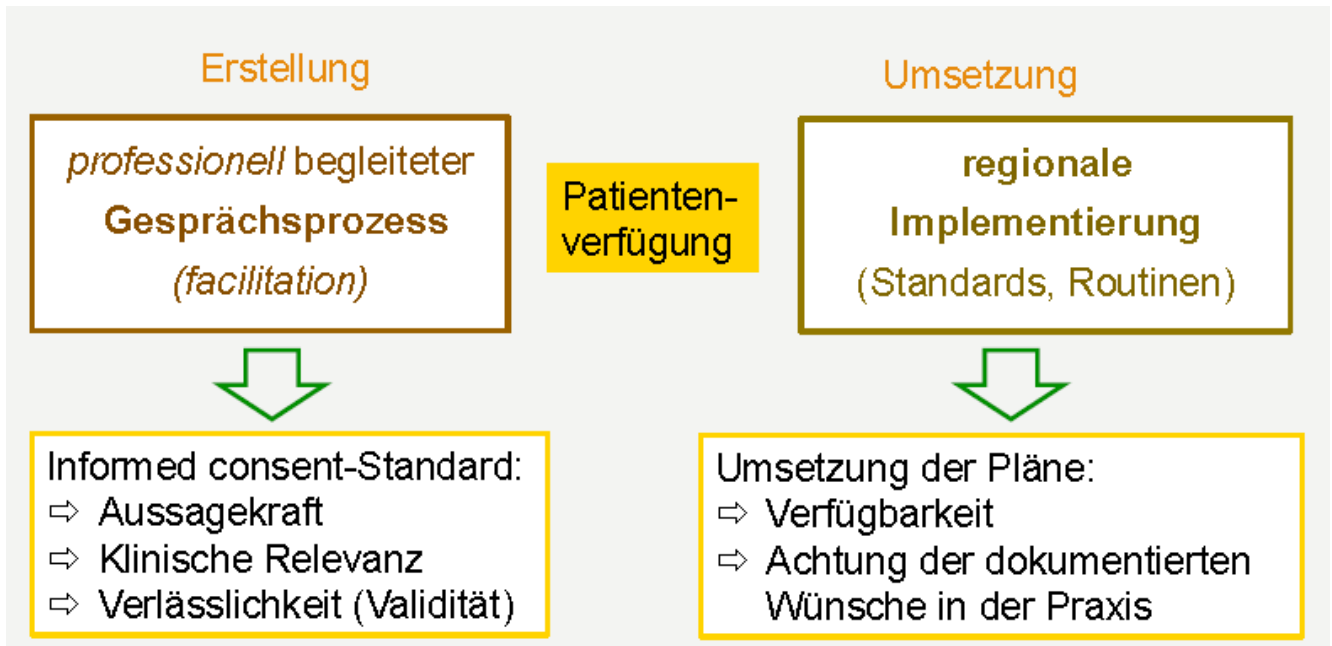
Damit sind Therapie-Änderungs-Entscheidungen (führt eine geänderte Therapie zu einer -Besserung / Linderung der diagnostizierten Situation; kann eine geänderte Therapie zu einer erträglicheren Situation für den Patienten führen) zwangsläufig erforderlich. Patientenverfügungen sind in einem solchen Falle hilfreich, eigentlich zwingend erforderlich.



Dabei stellen sich die Fragen,

- ist eine Patientenverfügung überhaupt vorhanden ?
- wenn ja :
  - ist die aktuell zu treffende Entscheidung damit abgedeckt ?
- wenn nein :
  - ist eine solche überhaupt vorhanden ?  
(was nur in etwa in 10 – 20 % der Fälle, in höherem Alter etwa 35 der Fälle überhaupt der Fall ist)
  - ist diese Patientenverfügung im Bedarfsfalle auffindbar ?
  - ist diese Patientenverfügung aussagekräftig ?
  - ist diese Patientenverfügung verlässlich ?
  - wird / wurde ist diese Patientenverfügung ärztlicherseits befolgt ?

Das Grundkonzept der Advanced Care Planning versucht auf diese Fragen Antworten zu geben :



Die Elemente bei der Erstellung – auf die institutionelle und die regionale Implementierung wird in weiteren Vorträgen eingegangen – sind

1. Aufsuchendes Gesprächs-Angebot
2. Qualifizierte Unterstützung (*facilitation, Gesprächs-Begleitung*)
3. Professionelle Dokumentation ⇒ PV & Notfallbogen, (Vertreterverfügung)

---

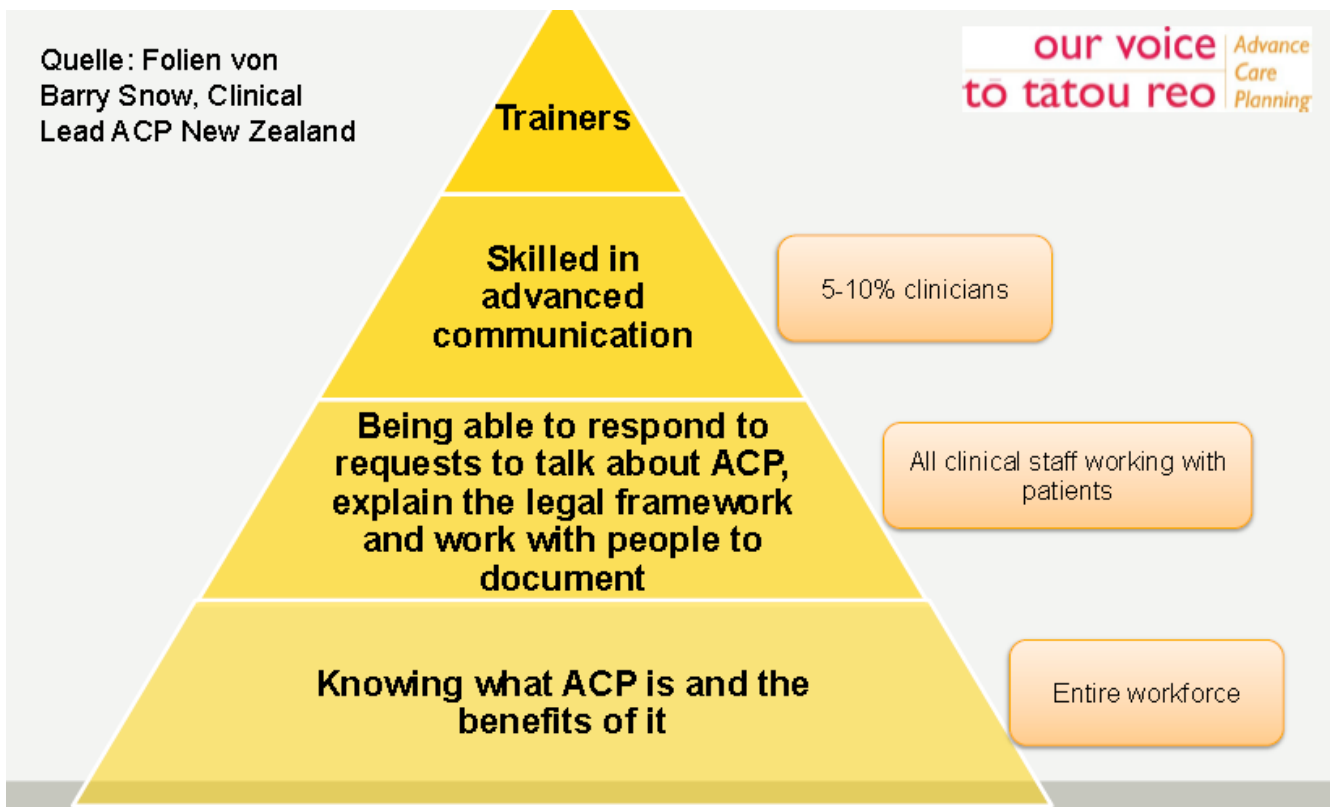
4. Archivierung, Zugriff und *Transfer*
5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf (*Prozess*)
6. Beachtung & Befolgung durch Dritte
7. Kontinuierliche Qualitätssicherung

Dass Advanced Care Planning die derzeit bestmögliche Lösung darstellt, ergibt sich aus Untersuchungen, die in Grevenbroich in Deutschland und LaCrosse in den USA durchgeführt wurden :



ärztlicherseits befolgt	99,6%
aussagekräftig (90%: Wiederbelebung?)	93%
verfügbar	99,6%
verlässlich (vorausgegangene <i>Begleitung</i> )	100%
Schriftliche Vorausplanung (bei 400 Todesfällen)	96%

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung der Advance Care Planning sind



1. eine umfassende Gesprächsbegleiter-Qualifizierung
2. die Einbindung der Hausärzte
3. eine qualitativ hochwertige Formular-Entwicklung
4. Information, Information, Information aller Beteiligten
  - a. Alten- und Pflegeheime
  - b. Rettungsdienste
  - c. Notaufnahmen
  - d. Krankenhäuser
  - e. nicht zuletzt der Patienten, ihrer Angehörigen und Betreuer

Der Nutzen der Advanced Care Planning ist die Beachtung und Umsetzung der Patienten-Autonomie. Dies fördert Patientenseits das Gefühl die Kontrolle zu behalten und damit das Vertrauen gegenüber medizinischem und nicht-medizinischem Personal. Patienten und ihren Angehörigen wird somit ein besser Vorbereitung und ein besserer Umgang mit dem Sterbeprozess und letztlich mit dem Tod ermöglicht.

Festzustellen sind zunehmende Implementierungsbemühungen und seit kurzem die Gründung einer deutsch-sprachigen Vereinigung „Behandlung im Voraus“.

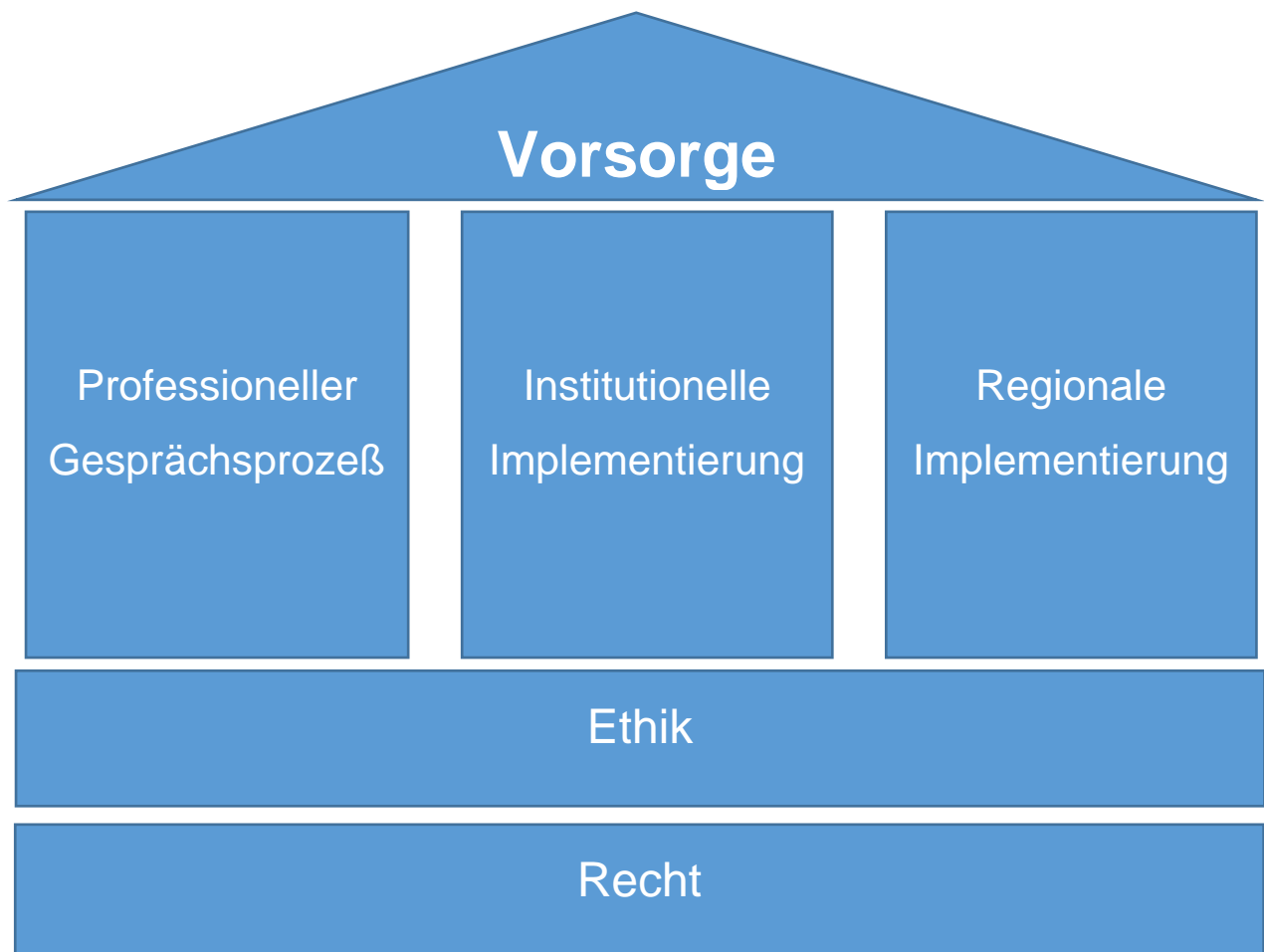
Advanced Care Planning Beratungsangebote für Patienten und deren Angehörige müssen über Ärzte (Hausärzte, Klinikärzte), Alten- und Pflegeheime und Krankenhäuser in Form von Gesprächsbegleitung(en) erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass eine solche Beratung als Angebot unter Ausschluß Gruppen-psychologischer Einflüsse („Frau Meyer gegenüber hat sich bereits beraten lassen“ oder „Unsere ganze Station hat sich bereits beraten lassen, nur sie fehlen noch“) durchgeführt wird.

## 2. Institutionelle Implementierung in Münchner Pflegeeinrichtungen : Erste Erfahrungen Dr. Sabine Petri

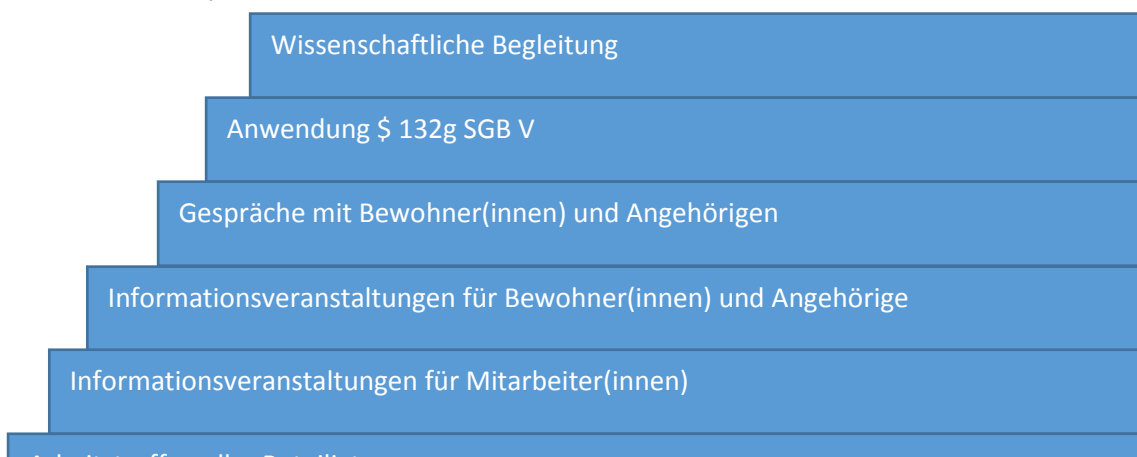
Frau Petri stellte das Caritas Pilotprojekt zur Entwicklung und Verbesserung der Vorausplanung vor. Ziele dieses Projektes sind

- Behandlung des Bewohners / Patienten entspr. seinem / ihrem (mutmaßlichen) Willen
- Unterstützung und Entlastung der / des Vorsorgebevollmächtigten
- Schaffung von Handlungssicherheit der Einrichtungen und Mitarbeiter(innen)

Das Konzept des Pilotprojektes basiert auf folgendem Denkmodell



Der Projektablauf baute systematisch aufeinander auf :



Der professionell begleitete Gesprächsprozess ist ein aktives aufsuchendes Gespräch entspr. § 132g SGB V durch die Einrichtung (im vorliegenden Fall durch das Caritas Alten- / Pflegeheim).

Die qualifizierte Gesprächsbegleitung – so zeigten die Erfahrungen – unterscheidet sich je nach Zustand der Bewohner(in) zum Durchführungszeitpunkt. Dabei ist zu berücksichtigen und zu unterscheiden zwischen

<b>Notfall</b>	<b>Akute schwere Erkrankung</b>	
Akute Einwilligungsunfähigkeit	Einwilligungsfähigkeit unklarer Dauer	Dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit

sowie der grundsätzlichen Einstellung des bewohners / der Bewohnerin zu Gesundheit / Krankheit / Leben / Tod.

Teilnehmer an diesem Gespräch waren (und sollten sein) :

- Bewohner(in) / Patient(in)
- Angehörige(r)
- Bevollmächtigte(r)
- Hausarzt
- Pflegekräfte und Wohnbereichsleitung

Eine professionelle, medizinischen / ärztlichen Ansprüchen genügende Dokumentation des Gesprächsverlaufes und des Willen des / der Bewohner(in) sollten ebenso natürlich selbstverständlich sein wie die lfd. Aktualisierung und Konkretisierung / Weiterentwicklung der Dokumente im weiteren (Krankheit-)Verlauf.

Eine kontinuierliche Qualitätssicherung des gesamten Arbeitsprozesses im Rahmen des Einrichtungs-Qualitätsmanagements ist dabei natürlich auch Grundvoraussetzung.

Eine derartige institutionelle Implementation verlangt Voraussetzungen in den jeweiligen Einrichtungen. Dazu gehören neben der Einbindung von haupt- und ehrenamtlichen Kräften deren Auswahl für eine Ausbildung zum Gesprächsbegleiter. Diese sollten über eine hervorragende seelische und psychische Stabilität im Umgang mit Krankheit, Leiden, Sterben und Tod verfügen. Darüber hinaus über eine hohe Kommunikationsfähigkeit und die Bereitschaft zur Weiterbildung in anspruchsvollen Themengebieten im Bereich Recht, Medizin und Psychologie verfügen.

Die Einbindung rechtlicher Vertreter (Rechtsanwälte, gesetzlich bestellte Betreuer, etc.) gehört ebenso zu den Voraussetzungen wie die Einbindung der Hausärzte in den gesamten Einrichtungs-internen Prozess.

Die Erfahrungen des Pilotprojektes zeigen, dass dieser sicherlich hohe Aufwand durch die Bewohner(innen) und deren Angehörigen aber hoch geschätzt wird, sie fühlen sich „sicherer“, sicherer aufgehoben und in / mit ihren Ängsten und Befürchtungen ernst genommen und eingebunden.

Für Rückfragen steht Frau Dr. Sabine Petri zur Verfügung :

Caritasverband der Erzdiözese  
München und Freising e. V.

**Caritas**  
Nah. | Am Nächsten

**Dr. Sabine Petri**  
MAS Palliative Care, Juristin  
Fachreferentin  
Abt. Spritzenverband und  
Fachqualität

Hirtenstraße 4  
80335 München  
Telefon: (089) 55169-290  
Telefax: (089) 55169-284

sabine.petri@caritasmuenchen.de



### 3. Regionale Implementierung Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen

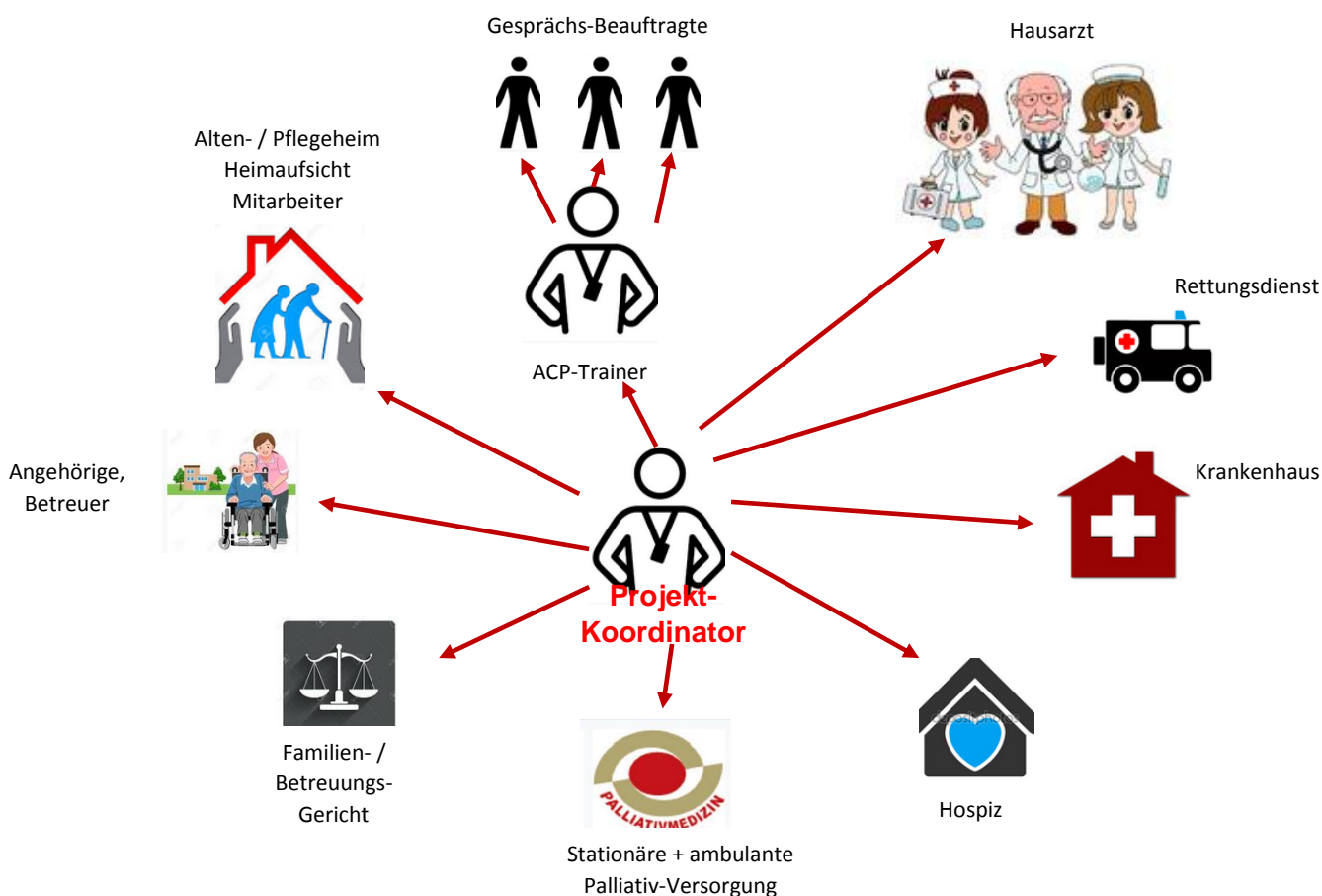
Feddersen schilderte eigenwillig kabarettistisch illustriert den bisherigen Ablauf eines Notfalls im Altenheim und hinterfragte die einzelnen Prozessschritte kritische aus Sicht des / der betroffenen Bewohner(in). Sodann zeigte er Lösungsmöglichkeiten mittels der Advanced Care Planning auf. Insbesondere sprach er auch die für den Prozessablauf notwendige erforderliche Dokumentation auf der Basis praktischer Erfahrungen – auch aus dem Pilotprojekt der Caritas – an.

Die Dokumentation ist zu differenzieren zwischen

- Akuter Notfall → Notarzt
- Zustand von unklarer Dauer → Krankenhaus
- Zustand dauerhaft → Pflegeeinrichtung

wobei auch eine im Prozeßverlauf eintretende Alzheimer- / Demenzerkrankung zu berücksichtigen ist.

Die Einbindung eines resp. durch einen *Regionalen Projekt-Koordinator(s)* ist dabei sehr wichtig :



Insgesamt stellten die referenten übereinstimmend fest, dass sich durch die gesetzliche Änderung / Einfügung des § 132g SGB V grundsätzlich erheblich etwas ändern / weiterentwickeln wird, allerdings muss durch die Politik nachgebessert werden, so sind bspw. die ambulanten Pflegedienste derzeit noch nicht in das System eingebunden.