

**Geschäftsstelle**  
Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.  
Aachener Str. 5  
10713 Berlin

**ADVANCE CARE PLANNING (ACP)  
in stationären  
Pflegeeinrichtungen**

**Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und  
Palliativgesetzes (HPG)**

23.02.2016

**Sie erreichen uns unter:**  
Telefon 030 / 8200758-0  
Telefax 030 / 8200758-13  
info@dhpv.de  
www.dhpv.de

**Geschäftsführender  
Vorstand:**  
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus  
Vorstandsvorsitzender  
Dr. Anja Schneider  
Stellvertr. Vorsitzende  
Erich Lange  
Stellvertr. Vorsitzender

**Amtsgericht Berlin:**  
VR 27851 B  
Gemeinnützigkeit anerkannt  
durch das Finanzamt Berlin

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft  
Konto 834 00 00  
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205  
0000 0834 0000  
BIC: BFSWDE33XXX

## Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Das Thema „Versorgungsplanung“ im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) .....	4
3	Einführung in Advance Care Planning .....	5
3.1	Definition, Ziele und Nutzen von ACP .....	5
3.2	Der ACP-Prozess: Elemente und Rollen.....	8
4	Systematische Implementierung von Advance Care Planning in stationären Pflegeeinrichtungen .....	9
4.1	Besonderheiten von Menschen in der letzten Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen.....	9
4.2	Die Kernelemente des ACP-Prozesses und ihre Instrumente .....	10
4.2.1	Aufsuchendes Gesprächsangebot .....	10
4.2.2	Qualifizierte Gesprächsbegleitung .....	11
4.2.3	Standardisierte Dokumentation - Aktualisierung und Verlauf .....	13
4.2.4	Archivierung, Transfer und Qualitätssicherung .....	13
4.3	Finanzierung.....	14
4.4	Praxisbeispiele und weiterführende Literatur .....	15
5	Quellen .....	16

## 1 Einleitung

Alte und sterbende Menschen und Ihre An- und Zugehörigen auf mögliche Symptome und Szenarien am Lebensende vorzubereiten, ihren Wünschen und Vorstellungen Raum zu geben und damit Sicherheit und Würde zu ermöglichen, dies sind Aufgaben und Ziele von Fachkräften aus dem Hospiz- und Palliativbereich. Die adäquate Umsetzung dieser Idee erfordert zwangsläufig eine vorausschauende und vorausplanende Kommunikation aller an der Versorgung und Begleitung beteiligten Personen, um unnötigen Krankenhauseinweisungen, falschen oder Fehlinformationen im konkreten Handlungs- oder Notfall, in Krisen oder dem Sterbeprozess entgegenzutreten (Wegleitner & Medicus 2012: 220).

Advance Care Planning (ACP) wird im Deutschen vielfältig übersetzt, z.B. als „gesundheitliche Versorgungsplanung“, „vorausschauende Versorgungsplanung“ oder „Vorausplanung der gesundheitlichen Versorgung“. Es ist ein Konzept, das in den USA, Australien, Neuseeland oder Großbritannien bereits fest in regionalen und nationalen Strukturen des Gesundheitswesens etabliert ist.

Auch in Deutschland rückt ACP ins Zentrum der Betrachtung, was einerseits auf Themen des öffentlichen Diskurses und Gesetzgebungsverfahren, wie das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), zurückzuführen ist. Andererseits sind besonderes die Entwicklungen zur Stärkung der Patientenautonomie von Bedeutung. Aufgeklärte Patientinnen und Patienten begeben sich in ambulante und stationäre Einrichtungen und möchten selbst festlegen, welchen Behandlungen vorgenommen oder unterlassen werden. Wenn Patientinnen und Patienten bzw. deren juristische Vertreterinnen und Vertreter ihren gesetzlichen Anspruch wahrnehmen und diesen Willen formulieren, dann reagieren sie und ihre Angehörigen auch darauf, wenn gegen diesen formulierten Willen gehandelt wird. Der Forderung nach einer Umsetzung des Patientenwillens muss damit unbedingt begegnet werden.

Vor diesem Hintergrund stellt ein funktionierendes ACP-System auch eine Chance für alle begleitenden und betreuenden Fachpersonen des Gesundheits- und Pflegebereiches dar, als Entscheidungsgrundlage für etwaige Behandlungssituationen, aber auch im Hinblick auf den möglichen Vorwurf einer Zwangsbehandlung.

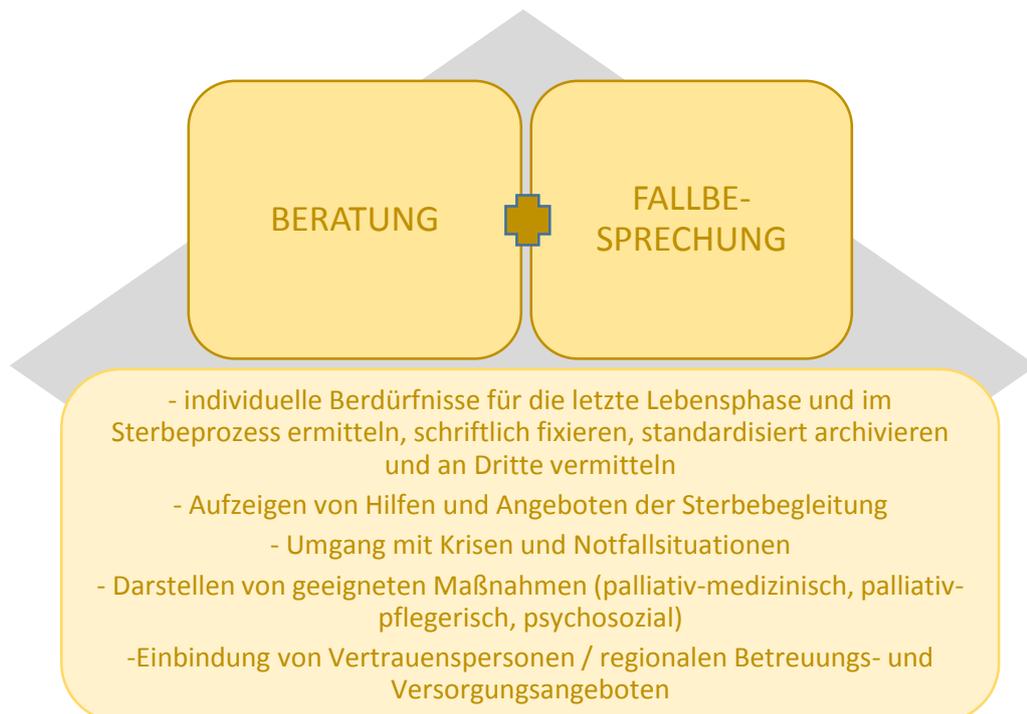
## 2 Das Thema „Versorgungsplanung“ im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Welche Anforderungen an die Implementierung von Advance Care Planning bzw. einer gesundheitlichen Versorgungsplanung in stationären Pflegeeinrichtungen ergeben sich aus dem HPG?

Die Anforderungen des HPG werden in der folgenden Tabelle einzeln anhand der Änderungen des SGB V beschrieben:

<b>SGB / §</b>	<b>Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen</b>
	Konkrete Regelungen werden spätestens zum 31.12.2016 erwartet.
<b>VERSORGUNGSPLANUNG</b>	
SGB V § 132g	Zugelassene Pflegeeinrichtungen (nach SGB XI §43) können den versicherten Personen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten
Abs. 1	Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden
Abs. 1	Ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden
Abs. 1	Im Rahmen von Fallbesprechung (nach Bedarf auch mehrfach) soll nach den individuellen Bedürfnissen der Versicherten bzw. des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen werden, Notfallsituationen besprochen und geeignete Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden
Abs. 2	In die Fallbesprechung ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder sonstige Vertragsärzte, die die versicherte Person behandeln, einzubinden
Abs. 2	Auf Wunsch der versicherten Person sind Angehörige und Vertrauenspersonen zu beteiligen
Abs. 2	Vorbereitung der versicherten Person auf mögliche Notfallsituationen für eine erforderliche Übergabe der Person an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser
	Regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um eine umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung auf Basis der individuellen Versorgungsplanung am Lebensende sicherzustellen -> Beratungsangebot kann von den Pflegeeinrichtungen selbst (mit entsprechender Qualifikation) angeboten oder in Kooperation mit anderen Beratungsstellen durchgeführt werden

Zusammengefasst lassen sich aus den einzelnen Punkten des HPG zum Thema „gesundheitliche Versorgungsplanung“ die Schwerpunkte „Beratung“ und „Fallbesprechung“ ableiten, die in den nachfolgenden Kapiteln im Rahmen des Advance Care Planning näher erläutert werden:



### 3 Einführung in Advance Care Planning

#### 3.1 Definition, Ziele und Nutzen von ACP

ACP ist ein andauernder „Kommunikationsprozess zwischen Individuen, ihren gesetzlichen Vertretern und ihren Behandelnden und Betreuenden. Es verfolgt das Ziel, mögliche künftige Behandlungsentscheidungen für den Fall, dass die Betroffenen selbst nicht entscheiden können, zu verstehen, zu überdenken, zu erörtern und voranzuplanen“ (ACPEL-Society 2016; In der Schmittgen & Marckmann 2015a: 84).

„Fehlt eine vorausplanende Kommunikation, führt dies oft zu vermeidbaren [...] Krankenhauseinweisungen und inadäquaten Behandlungen. Die Wünsche der Betroffenen

können nicht berücksichtigt werden, was zu Belastungen bei allen Beteiligten führen kann“ (Bischofberger-Lechmann, Rogner & Fringer 2015: 1).

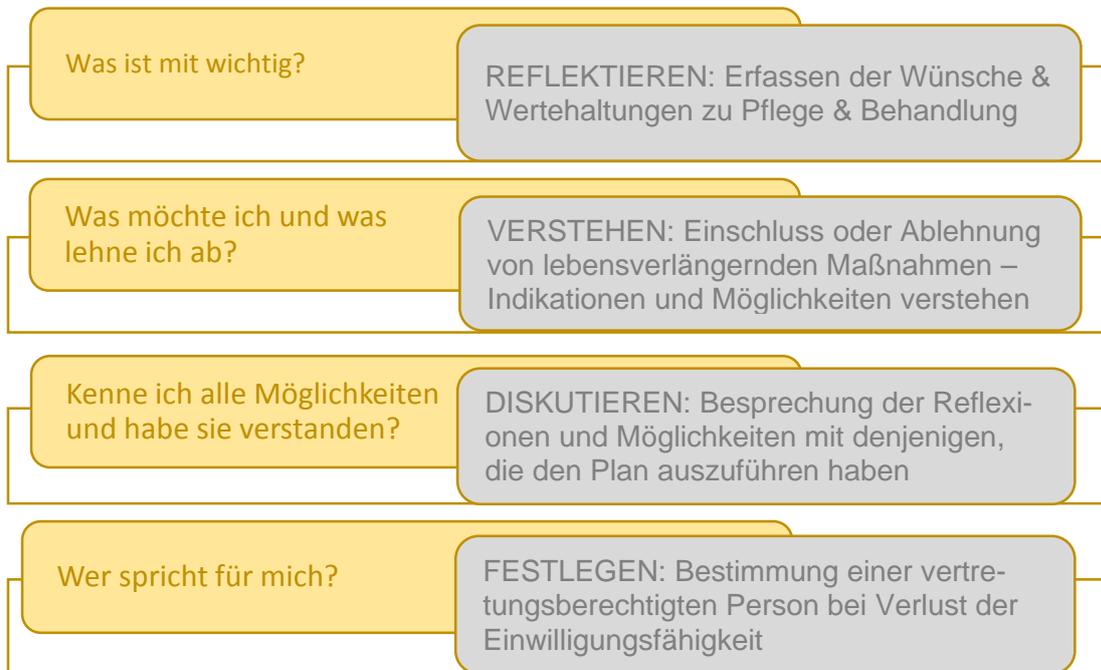
Advance Care als gesundheitliche Versorgungsplanung beschreibt demnach nicht nur das Erstellen einer Patientenverfügung. Es geht vielmehr darum, eine regionale Kultur der Vorausplanung einzuführen, die wesentlich mehr umfasst.

Ziele von ACP (ACPEL-Society 2016; In der Schmitt & Marckmann 2015a: 85) sind:

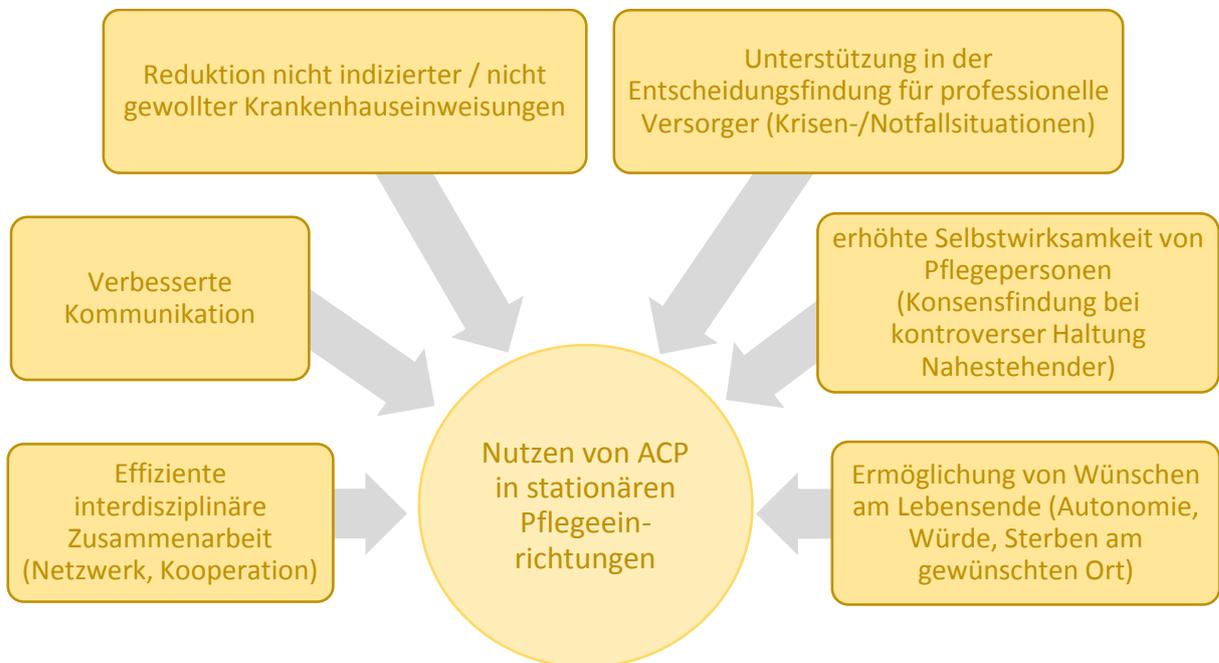
- Das Verständnis der Patientin bzw. des Patienten<sup>1</sup> sowie ihren Angehörigen über die vorliegende Erkrankung zu vertiefen (Prognose, Behandlungsmöglichkeiten, Chancen und Risiken der Optionen)
- Eine effektive Vorausplanung zu schaffen, die folgende Elemente enthält:
  - Die Auswahl eines gut vorbereiteten Stellvertreters (Bevollmächtigter oder Betreuer)
  - Spezifische Festlegungen (sofern möglich), die wohlinformierte, an den Gesundheitszustand oder die Erkrankung der betreffenden Person angepasste Behandlungsentscheidungen reflektieren
  - Überprüfung von Behandlungsmaßnahmen, die zwar gewollt sind, aber zu denen die Indikation fehlt sowie Beratung dazu
  - Ein gemeinsames Verständnis der relevanten Behandlungswünsche und Entscheidungen der Patientin bzw. des Patienten unter Einbeziehung von vertretungsberechtigten Personen und des Behandlungsteams
- Die Verbesserung des Zustandekommens von Behandlungsentscheidungen generell, auch unter dem Aspekt der Zufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen
- Patienten dabei unterstützen, Hoffnung, spirituellen Frieden und vertiefte Beziehungen mit ihren Nahestehenden zu finden
- Eine qualitativ hochwertige Behandlung am Lebensende zu gewährleisten, die so gut als möglich mit dem Wunsch und Willen der Patientin bzw. des Patienten in Einklang steht

Zentrale Fragestellungen, die innerhalb dieses ACP-Gesprächs- und Kommunikationsprozesses aus Sicht der Patientin bzw. des Patienten behandelt werden, sind (angelehnt an Wegleitner & Medicus 2012; Anderson 2014):

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zur Beschreibung der betroffenen Person der Begriff „Patientin bzw. Patient“ gewählt. Die Begriffe „Bewohnerin bzw. Bewohner“, die zumeist in Pflegeheimen oder Hospizen verwendet werden, sind darin eingeschlossen.



Der Nutzen der Einführung von ACP in stationären Pflegeeinrichtungen kann anhand der folgenden Grafik beschrieben werden:



### 3.2 Der ACP-Prozess: Elemente und Rollen

Hinter dem Konzept des ACP steht das Ziel, die patientenzentrierte Behandlung ganz in den Mittelpunkt des Denkens und Handelns zu stellen (Coors, Jox & In der Schmitt 2015:14). Diese findet ihren Ausdruck in einem qualifizierten Gesprächsprozess zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der vertretungsberechtigten Person (Nahestehende / Angehörige), Haus- oder Fachärzten und speziell geschulten Fachpersonen (ACP-Gesprächsbegleitern) aus dem Gesundheitsbereich. Diese professionelle Moderatoren aus nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge) steuern als professionelle Moderatoren (sog. facilitator) den Gesprächsprozess (Hammes & Briggs 2015: 187).

In dem Gesprächsprozess des ACP werden:

- Werte, Grundhaltungen, Ziele der Patientin bzw. des Patienten ermittelt, artikuliert und reflektiert
- Relevante, zukünftige, hypothetische Szenarien bzgl. der Diagnose, Erkrankungen, pflegerischer und medizinischer Versorgung vorgestellt und im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam Möglichkeiten des Umgangs erörtert
- Dabei wird die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder weitere behandelnde Ärzte in den Gesprächsprozess einbezogen. Empfohlen ist, dass die Hausärztin bzw. der

Hausarzt per Unterschrift eine Mitverantwortung für die schriftliche Patientenverfügung übernimmt

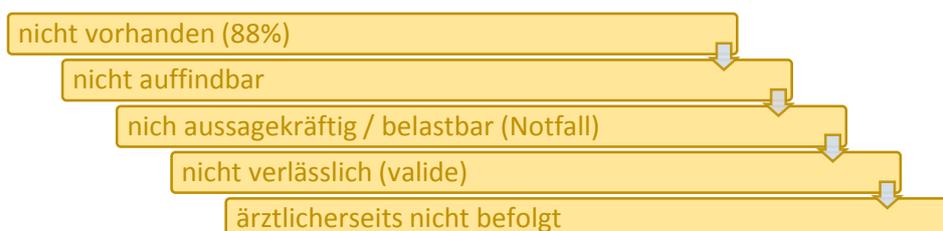
- Aus den Gesprächen werden Behandlungspräferenzen für hypothetische, künftige, gesundheitliche Krisen entwickelt und reflektiert
- Diese werden schließlich nach sorgfältiger Prüfung im Rahmen einer Patientenverfügung differenziert schriftlich dokumentiert (In der Schmitten et al. 2015:119)
- Sowie ggf. weitere Vorausplanungen, wie Vollmacht oder Betreuungsverfügung erstellt
- Da sich die Behandlungswünsche im Laufe des Lebens ändern können, sollte die vorausschauende Versorgungsplanung als dynamischer und fortwährender Prozess verstanden werden, nicht als einmalige Handlung

## 4 Systematische Implementierung von Advance Care Planning in stationären Pflegeeinrichtungen

### 4.1 Besonderheiten von Menschen in der letzten Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen

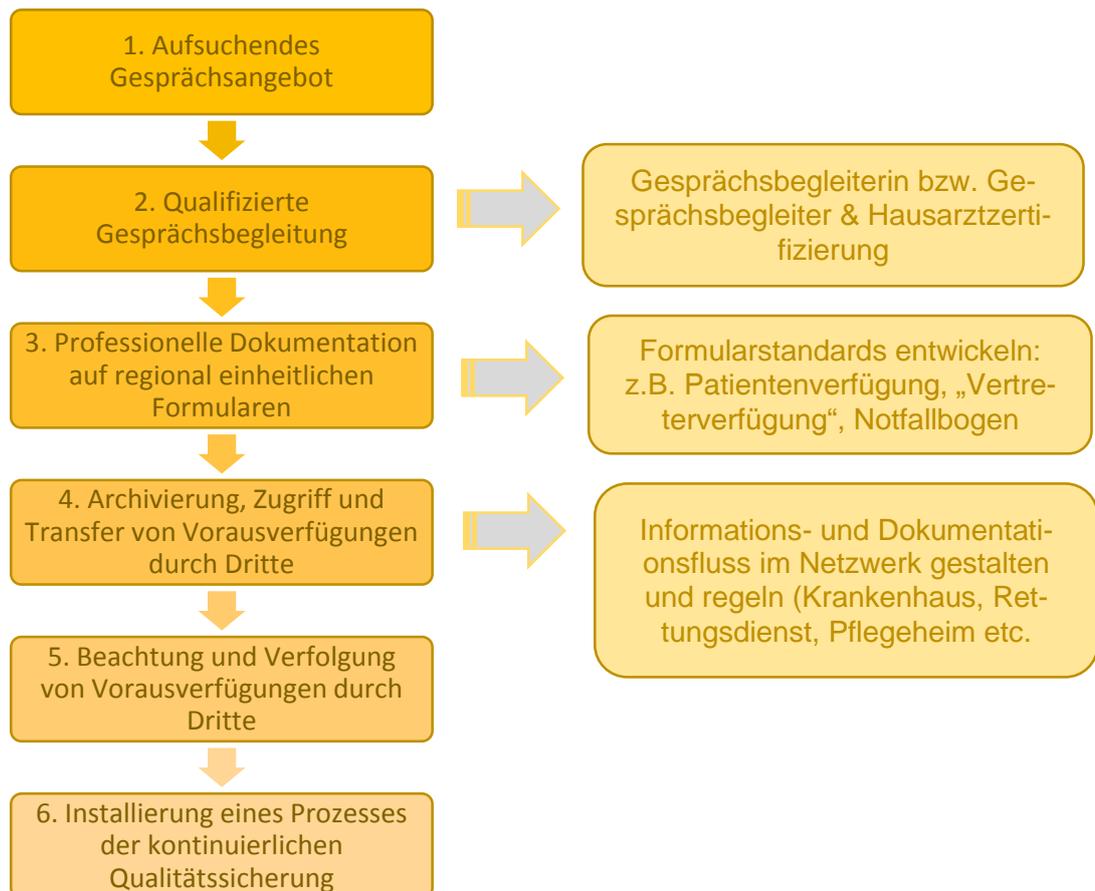
Ca. 30% aller pflegebedürftigen Menschen in Deutschland lebten 2013 in Pflegeheimen (Destatis: 2016: 5). Gerade diese Menschen, die zumeist multimorbide und hochaltrig sind, haben oftmals keine Möglichkeit mehr, selbst Behandlungswünsche zu äußern. Studienergebnisse zeigen, dass nur ca. 12 % aller Bewohner von Senioreneinrichtungen überhaupt im Besitz einer Patientenverfügung sind, die die selbstbestimmte Gestaltung von Behandlung und Begleitung bei Eintritt einer Einwilligungsunfähigkeit ermöglichen soll (Sommer 2012 et al.: 578).

Patientenverfügungen in Senioreneinrichtungen:



Wie eine verlässliche, vorausschauende Versorgungsplanung im Lebensort Pflegeheim aussehen kann und wie diese implementiert wird, wird im Folgenden anhand der 6 Kernelemente des ACP-Prozesses verdeutlicht.

## 4.2 Die Kernelemente des ACP-Prozesses und ihre Instrumente



### 4.2.1 Aufsuchendes Gesprächsangebot

Zumeist verbleibt die Initiative zur Erstellung einer Patientenverfügung bisher bei der Patientin bzw. dem Patienten selbst, so dass die Erstellung oder Nichterstellung von vielerlei persönlichen Einflussfaktoren abhängen kann. „Dem stellen ACP-Programme [...] ein aufsuchendes Gesprächsangebot entgegen: Es wird als dauerhafte Verantwortung der Akteure des Gesundheitssystems verstanden, [...] auf alle Bewohner der Senioreneinrichtungen zuzugehen, ihnen die Möglichkeit und die Vorteile einer vorausschauenden Behandlungsplanung zu erläutern und ihnen die Unterstützung durch eine professionelle Gesprächsbegleitung anzubieten“ (In der Schmitt & Marckmann 2015b: 237). Dabei sollte auch die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens derjenigen, die sich nicht äußern können, bedacht werden. Dafür bedarf es einiger Klärungen:

- a) Bestimmung der Zielgruppe:
- z.B. > 60 Jahre oder alle Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Einrichtung
- b) Durchführung von Gesprächsangeboten / Willenserfassung:
- Gespräche werden wiederholt und aktiv zur Versorgungsplanung mit professioneller Unterstützung angeboten
  - Zum ersten Mal z.B. bei Aufnahme oder 4-6 Wochen nach Aufnahme
  - Generell bei Änderung der persönlichen Lebenssituation, Neuerkrankung, Wechsel der Betreuer, Wohnortwechsel, Wechsel der Versorger (Hausartversorgung etc.)
  - Im Rhythmus von 2-5 Jahren nach Ersterstellung der Dokumente einer gesundheitlichen Vorsorgeplanung zur Überprüfung dieser
  - Wird ein Gesprächsangebot abgelehnt, wird erfragt, ob ein erneutes Angebot zu einem späteren Zeitpunkt gewünscht ist
  - Generell gilt: Es handelt sich um ein Angebot, eine Ablehnung dieses darf nicht zu einer Benachteiligung führen.

## 4.2.2 Qualifizierte Gesprächsbegleitung

### 4.2.2.1 Der Gesprächsprozess

Der Gesprächsprozess sollte zu aussagekräftigen (wirksamen) und zuverlässigen (validen) Festlegungen für und / oder gegen künftige Behandlungsmaßnahmen führen, die sich in den meisten klinischen Entscheidungssituationen bewähren und die man guten Gewissens befolgen kann.

Um sowohl Aussagekraft als auch Zuverlässigkeit der Patientenverfügung zu stärken, wird die Erörterung folgender Themen empfohlen (Haller 2016; In der Schmitt & Marckmann 2015b: 238ff):

THEMA	DETAILS	FRAGEN
Einstellungen	Einstellung und Wille zum (Weiter-) Leben	Wie stehen Sie zum Leben und wie zum Sterben?
	Sterben / Bereitschaft, das Sterben zuzulassen oder ihm etwas entgegenzusetzen	Was bedeutet es für Sie, noch (lange) weiterzuleben? Wenn Sie jetzt erfahren würden, dass Sie heute Nacht im Schlaf versterben werden, welche Empfindungen würde das bei Ihnen auslösen?

	Medizinische Hilfe zur Lebensverlängerung – Risiken - Belastungen	Was soll / darf Medizin dazu beitragen, dass Sie weiterleben und auch gesundheitliche Krisen überleben? Gibt es Belastungen oder Risiken, angesichts derer Sie eine lebensverlängernde Maßnahme ablehnen würden? Warum wären das für Sie inakzeptable Belastungen / Risiken?
	Pflegerische Unterstützung und eigenes Wohlergehen	Wie soll für Sie gesorgt werden? Wie sollen Menschen in Ihrer Umgebung mit Ihnen umgehen?
	Kommunikation	Was möchten Sie Ihren Angehörigen, Freunden und anderen wichtigen Menschen mitteilen? Welche Wünsche möchten Sie äußern?
	Entscheidungen	Wer soll mit Ihnen oder für Sie Entscheidungen treffen, wenn Sie dazu nicht mehr uneingeschränkt in der Lage sind?
Klinische Szenarien	Behandlungswünsche für plötzliche gesundheitliche Krisen (Notfall) mit akuter Nicht-Einwilligungsfähigkeit z.B. Bewusstlosigkeit, Atemnot, Herzstillstand	
	Behandlungswünsche bei akuter schwerer Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit z.B. schwere Pneumonie, intensivmedizinische Behandlung, schwerer Schlaganfall	
	Behandlungswünsche bei gesundheitlichen Komplikationen mit permanenter Nicht-Einwilligungsfähigkeit z.B. Demenz, schwere Hirnblutung	

Die Zuverlässigkeit einer Patientenverfügung ist gegeben, wenn die Behandlungsentscheidungen, die aus der Reflexion der genannten Themen resultieren, tatsächlich den Behandlungswillen der Patientin bzw. des Patienten widerspiegeln und die Person während des Gesprächsprozesses einwilligungsfähig war.

#### 4.2.2.2 ACP-Gesprächsbegleiterinnen und – begleiter

Ein ausführlicher und strukturierter Gesprächsprozess, ist nicht nur technisch, sondern auch inhaltlich anspruchsvoll und erfordert daher eine spezielle Schulung. Die Rolle der ACP-Gesprächsbegleiterin bzw. des ACP-Gesprächsbegleiters (engl. „facilitator“) setzt auf kommunikativ qualifiziert und erfahrene Fachpersonen aus Pflege, Sozialarbeit, spirituelle Begleitung oder anderen patientennahen Berufsgruppen, die nicht etwa „Berater“

im eigentlichen Sinne sind, sondern vielmehr eine gemeinsame partizipative Entscheidungsfindung ermöglichen, begleiten und fachliches Wissen über typische und besondere Szenarien einbringen (In der Schmittgen & Marckmann 2015b: 241f). Auch Hausärzte und ggf. andere Fachärzte sowie Angehörige oder andere Nahestehende und Bevollmächtigte oder Betreuer sind in den Gesprächsprozess bis zur Entstehung einer individuellen schriftlichen Patientenverfügung sowie ggf. anderen Dokumenten einzubeziehen (In der Schmittgen et al. 2012: 4).

Damit die Befolgung und Beachtung der im Gesprächsprozess entwickelten Patientenverfügung und anderer Dokumente gesichert werden kann, wird empfohlen, alle an der Versorgung und Begleitung der Patientin bzw. des Patienten beteiligten Personen über Advance Care Planning aufzuklären und die lückenlose Beachtung der Dokumente anzustreben (In der Schmittgen et al. 2012: 4).

Eine Zertifizierung zur ACP-Gesprächsbegleiterin bzw. zum ACP-Gesprächsbegleiter, als auch Fortbildungen für Ärzte mit theoretischen Inhalten, wie Advance Care Planning, Aufgaben der ACP-Gesprächsbegleitung, Rechtliche Grundlagen, Wissen zu Patientenverfügung und Betreuungsrecht, Grundlagen der Gesprächsbegleitung, praktischen Rollenspielen und Gesprächsübungen zu verschiedenen Szenarien werden bereits verschiedentlich angeboten. Beispiele und Inhalte möglicher Qualifikationen stellt z.B. das Projekt „beizeiten begleiten“ vor (beizeiten begleiten 2015a).

#### **4.2.3 Standardisierte Dokumentation - Aktualisierung und Verlauf**

Neben Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten der Gesprächsbegleiterinnen und –begleiter sowie Ärzte, ist für das Advance Care Planning die Entwicklung von aussagekräftigen, standardisierten Dokumenten auf regionaler Ebene von Bedeutung. Dies können z.B. Notfallbogen, Patientenverfügung und Vertreterverfügungen (Vollmacht) sein, die sowohl Behandlungswünsche, als auch die Benennung von stellvertretenden Personen für akute Krisen und Notfallsituationen oder besondere Phasen chronischer Erkrankungen und für das Lebensende, enthalten. Beispiele solcher Dokumentvorlagen sind über das Projekt „beizeiten begleiten“ einzusehen (beizeiten begleiten 2015b).

Wichtig ist, den jeweils aktuellen Stand der genannten Dokumente immer nur als Zwischenergebnis eines kontinuierlichen Gesprächsprozesses zu betrachten und im Verlauf zu aktualisieren.

#### **4.2.4 Archivierung, Transfer und Qualitätssicherung**

Erforderlich im Rahmen des Advance Care Planning ist ein transparenter und strukturierter Informationsprozess, der die Archivierung, den Zugriff und den Transfer der standardisierten Dokumente über Schnittstellen hinweg regelt und ermöglicht. Dies hat zum Ziel, dass alle an der Behandlung und Begleitung einer Patientin bzw. eines Patienten

beteiligten Personen aus dem Gesundheitsbereich jederzeit im Bedarfsfall auf die Dokumente zugreifen und Entscheidungen zum Wohl der Patientin bzw. des Patienten treffen können. Empfehlenswert ist, einen regionalen ACP-Prozess zu entwickeln, indem Netzwerkpartner, wie ambulante AAPV- und SAPV-Pflegedienste, Hospize und Hospizdienste, Krankenhäuser (Rettungsdienste), Pflegeheime und (Fach-) Ärzte etc. gemeinsam vertreten sind. Unterstützend ist empfehlenswert, eine EDV-Schnittstelle zu etablieren, die den ACP-Prozess abbildet und die entsprechenden Dokumente für alle Beteiligten aktuell und mit entsprechendem Zugriff vorhält.

Frau Cora Schulze, stellv. Geschäftsführerin des Palliative-Care-Team- Ostfriesland, hat mit ihrem Team dazu bereits ein Konzept erarbeitet und steht gern als Ansprechpartnerin für Fragestellungen zur Verfügung (Mail: C.Schulze@pct-ostfriesland.de).

Die Gestaltung des Gesprächsprozesses, die Dokumentenvorlagen sowie die Qualifizierung der ACP-Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter sollten kontinuierlich weiterentwickelt und optimiert werden, so dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gesichert sind.

#### 4.3 Finanzierung

Auch die Finanzierung der Leistungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung wird im HPG beschrieben. Eine Konkretisierung der Punkte wird - wie auch für die Anforderungen (vgl. 2) - spätestens zum 31.12.2016 erwartet.

Welche Kosten, in welcher Höhe von den Krankenkassen genau für welche Leistungen übernommen werden, ist noch nicht geregelt. Klar ist nur, dass die Kosten für die gesundheitliche Versorgungsplanung in Leistungseinheiten bemessen werden.

<b>FINANZIERUNG</b>	
SGB V § 132g	Die Krankenkasse der versicherten Person trägt die notwendigen Kosten für die erbrachten Leistungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung
	Die Kosten werden in Leistungseinheiten bemessen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen
	Die ärztlichen Leistungen in Bezug auf die Versorgungsplanung werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet

#### 4.4 Praxisbeispiele und weiterführende Literatur

- Deutschland: Beizeiten begleiten®: [www.beizeitenbegleiten.de/](http://www.beizeitenbegleiten.de/)
- Österreich: Vorsorgedialog: [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)
- USA: Respecting Choices®: [www.gundersenhealth.org/respecting-choices/](http://www.gundersenhealth.org/respecting-choices/)  
[www.health.act.gov.au/public-information/consumers/respecting-patient-choices](http://www.health.act.gov.au/public-information/consumers/respecting-patient-choices)
- Australien: Respecting Patient Choices®: [advancecareplanning.org.au/](http://advancecareplanning.org.au/)
- Neuseeland: Advance Care Planning: [www.advancecareplanning.org.nz/](http://www.advancecareplanning.org.nz/)
- GB: Advance Care Planning [www.goldstandardsframework.org.uk/advance-care-planning](http://www.goldstandardsframework.org.uk/advance-care-planning)

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband erarbeitet weiterführende Empfehlungen zur Umsetzung von ACP in verschiedenen Betreuungs- und Begleitungssettings sowie zur Qualifizierung der Beteiligten im ACP-Prozess.

## 5 Quellen

ACPEL-Society: Advance Care Planning & End of Life Care (2016): <http://acpelsociety.com/acpdefinition.php> (Zugriff: 26.01.2016).

Anderson, S. (2014): Respecting Choices – Designing an Advance Care Planning System that Works, Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc.: La Crosse / Wisconsin (USA).

Beizeiten begleiten (2015a): Informationen zur regionalen Implementierung von beizeiten begleiten  
<http://www.beizeitenbegleiten.de/implementierung.html> (Zugriff: 06.01.2016).

Beizeiten begleiten (2015b): Download der Formulare: Notfallbogen, Patientenverfügung, Vertreterverfügung  
<http://www.beizeitenbegleiten.de/materialien.html> (Zugriff: 06.01.2016).

Bischofberger-Lechmann, A.; Rogner, M.; Fringer, A. (2015): Kernpunkte von Advance Care Planning im Rahmen von Palliative Care im Pflegeheim, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft, Fachhochschule Ostschweiz: St. Gallen.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG), Drucksache 18/5170  
[http://www.dhpv.de/service\\_gesetze-verordnungen.html](http://www.dhpv.de/service_gesetze-verordnungen.html) (Zugriff: 23.02.2016).

Coors, M; Jox, R.; In der Schmitt, J. (Hrsg.) (2015): Advance Care Planning: eine Einführung. In: Coors, M; Jox, R.; In der Schmitt, J. (Hrsg.) (2015): Advance Care Planning – von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1. Auflage, W. Kohlhammer: Stuttgart (S. 11-22).

Destatis – Statistisches Bundesamt (2016): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse  
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege-Deutschlandergebnisse.html> (Zugriff: 18.01.2016).

Haller, S. (2016): Dialog-Leitfaden – der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie®  
<http://www.hospiz-stuttgart.de/akademie/dialog-leitfaden.html> (Zugriff: 09.02.2016).

Hammes, B.; Briggs, L. (2015): Das „Respecting Choices“ Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. In: Coors, M; Jox, R.; In der Schmitt, J.

J. (Hrsg.) (2015): Advance Care Planning – von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1. Auflage, W. Kohlhammer: Stuttgart (S. 181-195).

In der Schmitt, J.; Marckmann, G. (2015a): Das Pilotmodell *beizeiten begleiten*. In: Coors, M; Jox, R.; In der Schmitt, J. (Hrsg.) (2015): Advance Care Planning – von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1. Auflage, W. Kohlhammer: Stuttgart (S. 234-257).

In der Schmitt, J.; Marckmann, G. (2015b): Theoretische Grundlagen von Advance Care Planning. In: Coors, M; Jox, R.; In der Schmitt, J. (Hrsg.) (2015): Advance Care Planning – von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1. Auflage, W. Kohlhammer: Stuttgart (S. 75-94).

In der Schmitt, J.; Jox, R.; Rixen, S.; Marckmann, G. (2015): Vorausplanung für nicht-einwilligungsfähige Personen – „Vertreterverfügungen“. In: Coors, M; Jox, R.; In der Schmitt, J. (Hrsg.) (2015): Advance Care Planning – von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1. Auflage, W. Kohlhammer: Stuttgart (S. 119-140).

In der Schmitt, J.; Lex, K.; Mellert, C.; Rothärmel, S.; Wegschneider, K.; Marckmann, G. (2012): Patientenverfügungsprogramm. Implementierung in Senioreneinrichtungen. Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie.

Sommer, S.; Marckmann, G.; Pentzek, M.; Wegschneider, K.; Abholz, H.-H.; In der Schmitt, J. (2012): Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege. Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal. In: Deutsches Ärzteblatt; Jahrgang 109; Heft 37: 577-583.

Wegleitner, K.; Medicus, E. (2012): Palliativer Behandlungsplan und ethischer Orientierungsrahmen. In: Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.): Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. der hospiz verlag: Ludwigsburg (S. 220-238).