

Günther Schlott | Dieter Mank

Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

Praxis-Handbuch für eine erfolgreiche BVP-Implementierung



Günther Schlott | Dieter Mank

Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

Praxis-Handbuch für eine erfolgreiche BVP-Implementierung

schlütersche



Günther Schlott studierte Psychologie und Philosophie. Im Anschluss absolvierte er eine Ausbildung zum Hotelkaufmann. 2005 wandte er sich der Altenpflege zu und leitete verschiedene Pflegeeinrichtungen für private und diakonische Träger. Seit 2012 ist er als Einrichtungsleiter für Mission Leben gGmbH tätig, seit Mitte 2013 im Altenpflegeheim »An den Platanen« in Neu-Isenburg. Neben zahlreichen Fortbildungen als Schulungsleiter verfügt er über eine einjährige Ausbildung zum Qualitätsmanagement-Fachingenieur.

Dieter Mank studierte Germanistik und Philosophie. Nach der Promotion im Fach trat er als Volontär in die Frankfurter Neue Presse ein. Seit 1987 ist er als freiberuflicher Journalist und Autor tätig, überwiegend schreibt er (Auto-)Biografien, Firmenporträts und wissenschaftliche Beiträge und ist gelegentlich als Ghostwriter tätig.



»BVP ist das ideale Projekt zur Erzeugung einer perfekten Win-win-Situation. Jeder investierte Cent rechnet sich ein Vielfaches!«

GÜNTHER SCHLOTT



pflegebrief

die schnelle Information zwischendurch
 Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-89993-968-2 (Print) ISBN 978-3-8426-8949-7 (PDF) ISBN 978-3-8426-8950-3 (EPUB)

© 2019 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autoren und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: Jürgen Fälchle – stock.adobe.com Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Inhalt

Vorwor	t 1		9
Vorwor	t 2		11
1	Die Ba	asis: Das Konzept BVP am Beispiel »beizeiten begleiten®«	13
	1.1	Elemente von »beizeiten begleiten®«	15
	1.1.1	Aufsuchendes Gesprächsangebot	15
	1.1.2	Qualifizierte Gesprächsbegleitung	15
	1.1.3	Professionelle Dokumentation	16
	1.2	Inhalte eines BVP-Gesprächs	16
	1.3	Kernaussagen von BVP	17
2	Wo ko	ommen wir her? Eine kurze Geschichte des ACP	19
3		ollen wir hin? Von der Notwendigkeit eines Umdenkens Altenpflege	25
4	BVP a	us medizinethischer Sicht	28
	4.1	Was Patienten sagen	33
Teil 1	Die Im	nplementierung von BVP	39
5	Wie d	ie Jungfrau zum Kinde: Einleitung und erste Gedanken	40
	5.1	Ein unzufälliger Vorfall	40
	5.2	Wie kommen Gedanken in Köpfe?	
		Voraussetzungen einer Implementierung	41
	5.2.1	»Letzte Hilfe« und »Palliative Praxis«	41
	5.2.2	Flankierende Maßnahmen	44
	5.2.3	Externe Vernetzung	45
	5.2.4	Das Mandat: Es gibt keinen König ohne Volk	45
	5.2.5	BVP ist Leitungssache	46
	5.3	Schon wieder eine Arbeitsgruppe? Aufbau und Nachhaltigkeit	49
6	Aller A	Anfang ist schwer – zweite Gedanken	52
	6.1	Die Qual der Wahl: Organisation der Versorgungsplanung	52
	6.2	Es geht ums Geld: Die Refinanzierung	55
	6.3	Qualifikation der Mitarbeiter	57
	6.4	Personale Kompetenzen	58
	6.5	Das Curriculum	60

	6.6 6.6.1	Strategien zur barrierefreien Kommunikation Barrierefreie Kommunikation für Menschen mit	62
	6.6.2	kognitiven Einschränkungen Leichte Sprache	67 68
7	Schritt	t für Schritt: Gemeinsame Erarbeitung von Arbeitsabläufen	70
	7.1	Der rote Faden: Erarbeitung eines Prozessleitfadens	70
	7.1.1	Die Information der Belegschaft	77
	7.1.2	Die Information der weiteren Beteiligten	77
	7.1.3	Information an unsere Bewohner und die Angehörigen	77
	7.1.4	Ablauf der Ansprache der Bewohner	78
	7.1.5	Dokumentation und Transparenz	78
	7.1.6	Überprüfung der Ziele	80
	7.2	Weniger ist mehr: Definition der Zielgruppen	81
	7.3	Auch das muss sein: Einbindung in das Qualitätsmanagement \dots	82
	7.3.1	Das Rahmenkonzept/Die Absichtserklärung	83
	7.3.2	Die Prozessbeschreibung/Definition der Arbeitsabläufe	84
	7.4	Kleine Dinge mit großer Wirkung: Alltagstaugliche Arbeitshilfen	91
	7.4.1	Das Notfallpiktogramm	91
	7.4.2	Die Kontaktliste	94
	7.4.3	Die BVP-Fallbesprechung	97
			-
8	Dicke	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit	101
8	Dicke 8.1	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken	
8		Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der	101
8	8.1 8.2	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren	101 103 104
8	8.1 8.2 8.3	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken	101 103 104 105
8	8.1 8.2 8.3 8.4	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell	101 103 104 105 108
8	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell	101 103 104 105 108 111
8	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse	101 103 104 105 108 111 111
8	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6	Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit	101 103 104 105 108 111 111 113
8	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept	101 103 104 105 108 111 111 113 114
8	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept Voraussetzungen (a)	101 103 104 105 108 111 113 114 115
8	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept	101 103 104 105 108 111 113 114 115
8	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7 8.7.1 8.7.2	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept Voraussetzungen (a)	101 103 104 105 108 111 113 114 115
	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7 8.7.1 8.7.2	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept Voraussetzungen (a) Handlungsfelder (b)	101 103 104 105 108 111 113 114 115 120
	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7 8.7.1 8.7.2	Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept Voraussetzungen (a) Handlungsfelder (b) und Struktur: Der Projektmanagement-Leitfaden Kernbestandteile eines Projekts Projektstruktur und Aufbauorganisation	101 103 104 105 108 111 113 114 115 120
	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7 8.7.1 8.7.2 Inhalt	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept Voraussetzungen (a) Handlungsfelder (b) und Struktur: Der Projektmanagement-Leitfaden Kernbestandteile eines Projekts Projektstruktur und Aufbauorganisation Projektablauf/Projektphasen	101 103 104 105 108 111 113 114 115 120 126
	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7 8.7.1 8.7.2 Inhalt 9.1	Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept Voraussetzungen (a) Handlungsfelder (b) und Struktur: Der Projektmanagement-Leitfaden Kernbestandteile eines Projekts Projektstruktur und Aufbauorganisation Projektablauf/Projektphasen Einstufung eines Vorhabens als Projekt	101 103 104 105 108 111 113 114 115 120 126 127
	8.1 8.2 8.3 8.4 8.4.1 8.5 8.6 8.7 8.7.1 8.7.2 Inhalt 9.1 9.1.1 9.1.2	Bretter bohren: Die Netzwerkarbeit Arten von Netzwerken Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der BVP-Koordinatoren Der Mehrwert in Netzwerken Das Promotorenmodell Rollen im Promotorenmodell Die Dynamik scheiternder Prozesse Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit Das Kommunikationskonzept Voraussetzungen (a) Handlungsfelder (b) und Struktur: Der Projektmanagement-Leitfaden Kernbestandteile eines Projekts Projektstruktur und Aufbauorganisation Projektablauf/Projektphasen	101 103 104 105 108 111 113 114 115 120 126 127 128

10	Die Pa	tientenverfügung – Abschnitt 1	138
	10.1	Die verzwickte Rolle des Gesprächsbegleiters	138
	10.2	Eröffnung und Abschluss: Hinweise zur Gesprächsführung	142
	10.2.1	Der Gesprächsprozess	144
	10.2.2	Die Gesprächsvorbereitung	146
	10.2.3	Der Gesprächsbeginn	146
		Der Mittelteil	148
	10.2.5	Der Abschluss	148
	10.3	Aufteilung und Strukturierung des Gesprächsprozesses	
		Ein kurzer Blick auf günstige Gesprächszeiten	
		Abstand zwischen den Terminen	153
	10.3.3	So können die Inhalte der Patientenverfügung auf	
		zwei Gesprächstermine verteilt werden	154
Teil 2	Das W	erkzeug	163
11	Bevoll	mächtigung und Betreuungsverfügung	164
	11.1	Die Vorsorgevollmacht: Rechtlicher Rahmen und	
		Alltagstauglichkeit	164
	11.1.1	Die vollumfängliche Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht	164
	11.2	Kaffeesatzlesen im Alter: Fallstrick Vorsorgevollmacht	
		und Betreuungsverfügung	169
	11.3	Die Vorsorgevollmacht im BVP-Konzept »beizeiten begleiten $^{\tiny{\textcircled{\$}}}$ \ldots	173
	11.4	Die Betreuungsverfügung im BVP-Konzept	
		»beizeiten begleiten®«	181
12	Die »e	igentliche« Patientenverfügung	188
	12.1	Ausflug in die Welt der Narrationen	
	12.1	Geschichten über Geschichten: Der »Wertebogen«	
	12.3	Am Anfang war die Notfallsituation (die ÄNo)	
	12.3.1	Die Herz-Lungen-Wiederbelebung	
		Die invasive Tubus-Beatmung	
	12.4	Ausflug in die Welt des Risikos	
		Das SIC-Syndrom	223
	12.5	Vom Umgang mit Ärzten: Vorgehen bei unklaren Prognosen	229
	12.6	Wenn alles zu spät scheint: Dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit	
13	Persör	liche Hinweise in der Patientenverfügung	247
	13.1	»Was mir am Herzen liegt«	248

14	Die Ve	ertreterdokumentation	252
	14.1 14.2	Der Vertreter und sein Bezugsrahmen Der Betreute und sein Einfluss	
15		t das alles einen Sinn? nneren Konflikt eines Gesprächsbegleiters	266
	15.1 15.2 15.3	Das Ziel ist im Weg Änderung der Zieldefinition Der Weg ist das Ziel	271
16	Was t	un, wenn alles vorbei ist? Motivation und Nachhaltigkeit	274
17		= 3 ? Rechnet sich das Ganze? chtung der ökonomischen Aspekte	278
	17.1 17.2 17.3	Der einfache kaufmännische Dreisatz Das zukunftsorientierte kaufmännische Denken Haltung als Antwort	281
18	Wie g	eht es weiter: BVP als lebendes und lernendes System	290
	18.1 18.2 18.3	BVP als lebendes System BVP als lernendes System Partnerwahl	291
Nachwe	ort		299
Abkürz	ungsve	rzeichnis	302
Literatu	ır		303
Literatu	ırtipps	zum Projektmanagement	306
Linkverzeichnis ;			
Sonstiges			
Registe	r		311

Vorwort 1

Herzlich willkommen!

Ich freue mich, dass Sie diese Zeilen lesen und mit uns ein wenig Zeit verbringen. Und ich hoffe, Ihr Interesse erlahmt nicht so schnell. Denn wir haben uns wirklich Mühe gegeben, dieses Buch kurzweilig und informativ zu gestalten. Da wäre es doch schade, wenn Sie so schnell aufgeben würden, oder?

Wir wollen Ihnen in diesem Buch den Prozess einer erfolgreichen Implementierung einer BVP am Projekt »beizeiten begleiten®« zeigen.

Aber wir wollen Ihnen nicht nur das Projekt vorstellen, Prozessschritte erläutern und ein taugliches Rahmenkonzept liefern. Ziel ist auch, unseren Gedanken, Überlegungen und Zweifeln Ausdruck zu verleihen, die sich uns in den vielen Monaten der Ausbildung und der Implementierung aufdrängten. Fragen nach dem Sinn des Ganzen, nach den Beschränkungen des Ansatzes im Allgemeinen und dem Konflikt zwischen Vision und Wirklichkeit. Die Realitätsprüfung unserer Arbeit hat die Teammitglieder unterschiedlich stark mitgenommen, letzten Endes ist unser Team von acht auf sechs aktive Teilnehmer geschrumpft.

Und so ist dieses Buch auch aufgebaut: Von der Frage »Macht das wirklich einen Sinn?« bis hin zu der möglichen Antwort: »Ein durchaus lohnenswertes Projekt!« Gehen Sie mit uns durch die hellen, klaren Visionen und lassen Sie sich anstecken. Aber auch diese klebrigen Zweifel, die nie ganz verschwinden, wollen wir offen ansprechen. Wenn Sie der Virus der Vision erfasst, sehr gut! Wenn wir Sie mit den Zweifeln in Versuchung führen, auch gut. Wenn die Zweifel überwiegen, dann bitte: Nehmen Sie lieber Abstand vom BVP-Projekt. Auch dann hätten wir ein durchaus legitimes Ziel erreicht: die Abschreckung der nur halb Überzeugten. Denn dafür ist der Weg zu lange und man sollte keine Hoffnungen wecken, die man hinterher nicht erfüllen kann.

Dieses Buch ist wie ein kaltes Buffet. Es gibt natürlich die üblichen Standards, wie Prozesse, Konzepte und Listen, aber es gibt auch diverse geistige Schmankerl, manche gesund, manche sehr lecker, aber schwer verdaulich, und manche ein unverhohlener Angriff auf Ihre gute Figur. Dies sind jene, die ein wenig am Selbstvertrauen kratzen und die Psychohygiene durcheinander bringen. Es gibt Anleihen bei Psychologie und Philosophie, kleine Ausflüge ins Exotische und viel zu diskutieren (und natürlich zu kritisieren, das haben wir so eingebaut).

Das Schöne an unserem kalten Buffet ist, dass Sie sich nicht anstellen müssen. Sie können direkt zur Dessertstation laufen, ohne sich zuerst die gewichtigen Hauptgän-

ge einzuverleiben. Sie können sich die besten Sachen herauspicken und sogar noch einen Nachschlag bekommen. Sie können auch alles nacheinander durchprobieren, sofern Sie das Fassungsvermögen dazu besitzen. Aber es ist durchaus legitim, manche Angebote einfach außer Acht zu lassen.

Und so können Sie auch dieses Buch lesen: Von hinten nach vorne, nur die Kapitel, die Sie interessieren, die langatmigen Stellen überspringen oder auch ganz methodisch streng Seite für Seite lesen. In jedem Falle wünschen wir Ihnen viel Spaß. Und so bleibt uns nur eines zu sagen: Das Buffet ist eröffnet.

Ihr Günther Schlott

Vorwort 2

Erich Kästner pflegte die meisten seiner Bücher mit einem, ja gelegentlich sogar mit zwei Vorworten zu versehen und sah das sogar als dringende Notwendigkeit an. Er hielt das für keine Unart. Gilt das nur für Schriftsteller der heiteren bis wolkigen Muse? Es ist höchste Zeit, dass auch Sachbuchautoren ihre entsprechenden Rechte anmelden! Im Ernst gesprochen – warum soll ein von zwei Autoren geschriebenes Buch nicht auch zwei Vorworte haben? Zumal jeder von uns beiden seine eigene Vorstellung von der Vorgehensweise an dieses ernste Thema hat – wenn auch Günther Schlott wesentlich mehr dazu beigetragen hat als ich. Im Übrigen bedeutet der Umstand, dass sich zwei Autoren an diesem Thema versucht haben, keineswegs, dass wir völlig verschiedene Denkweisen haben und der völlig erschöpfte Leser (oder die Leserin) sich am Ende fragt: Ja, was meinen die denn jetzt eigentlich mit ihrem Buch? Nein – das »Wir« steht im Vordergrund dieser Texte über jenes Projekt, das den etwas sperrigen Titel »Behandlung im Voraus Planen« trägt und das dazu beitragen soll, u. a. der zentralen Problematik einer echten Vorsorge für das eigene Leben und Sterben und den eigenen Tod zu besserem Verständnis und mehr Entscheidungskriterien zu verhelfen, als dies bisher der Fall war.

Ich hoffe, dass Sie meine Beiträge mit ebenso großem Interesse lesen wie die von Günther Schlott und nicht mit Stirnrunzeln sagen werden: Jetzt kommt der schon wieder! Wir haben allein wegen unserer Biografien unterschiedliche Ansätze zu diesem Komplex. Günther Schlott hat u. a. Psychologie studiert und ist schon seit Jahren in den Bereichen der Hotellerie und Altenpflege als Einrichtungsleiter tätig. Ich habe Germanistik studiert, habe es im Berufsleben bis zum Redakteur gebracht und mir im Lauf der Jahre einiges von dem angeeignet, was ich seit rund 30 Jahren als vielseitiger freier Autor nutze. Dazu gehören auch eine über 30-jährige Erfahrung als ehrenamtlicher Mitarbeiter in der Altenpflege und ein recht umfassender Überblick über die Entwicklungen in der Geriatrie.

Diese durchaus unterschiedlichen Erfahrungen in Studium und Beruf decken schon eine recht große Bandbreite ab. Und wir denken, dass jeder von uns, auch in der Sprache, seine persönliche Sichtweise zum Ausdruck bringen können sollte. Übrigens – auch die »Ansteckungsgefahr« durch dieses Buch wird durch die Tätigkeit zweier Autoren erhöht! Aber das nur nebenbei.

Wichtig ist, dass Sie – an welcher Stelle Sie mit diesem Buch auch immer anfangen – mit der Lektüre einen direkten Zugang zu diesem äußerst schwierigen Thema finden können. Wir als Autoren treten in diesem Buch nicht etwa als Konkurrenten gegeneinander an; nein wir probieren durch eine vielleicht unterschiedliche Sicht auf die Dinge, den Leser zum Nachdenken anzuregen. Denn eines ist gewiss: Nachgedacht wird heute über Themen wie Krankheit, Sterben und Tod in ganz anderen Bahnen

als noch vor 20 oder 25 Jahren. Zu dieser Zeit, das nur als Beispiel, wäre ein Gespräch über die diversen Möglichkeiten, Sterbende in der letzten Lebensphase zu begleiten, völlig undenkbar gewesen. Einen Begriff z. B., wie »Letzte Hilfe« (in Ergänzung zur »Ersten Hilfe«), hätte man schlicht und einfach für tabu erklärt, vor allem unter vielen Medizinern!

Es ist an der Zeit, gerade jetzt ein Buch über dieses Thema zu schreiben! Und auch bei diesem sehr ernsten und sehr komplexen Leitgedanken, allen Menschen ein Leben und Sterben in Würde zu ermöglichen – und keine Pflege um jeden Preis –wünschen beide Autoren Ihnen, den Lesern, ein reges Interesse an der Lektüre.

Und dass es nicht nur beim Interesse bleibt, sondern wir Ihnen konkret dabei helfen können wirksame Schritte aus diesem Buch ableiten zu können. In diesem Sinne wünsche auch ich Ihnen viel Freude!

Ihr

Dr. Dieter Mank

Die Basis: Das Konzept BVP am Beispiel »beizeiten begleiten®«

Günther Schlott

Patientenverfügungen gibt es seit Anfang der 1970er Jahre. Durch das dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes wurde das Rechtsinstrument der Patientenverfügung in Deutschland erstmals gesetzlich geregelt. Es wird daher umgangssprachlich auch als »Patientenverfügungsgesetz« bezeichnet und trat am 1. September 2009 in Kraft. Es regelte erstmals, dass Patientenverfügungen Geltung zu verschaffen ist, wenn sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffend sind.

Im Prinzip befürworten die meisten Menschen, dass anhand von Vorausplanungen ungewünschte medizinische Anstrengungen zur Lebensrettung und Lebensverlängerung vermieden werden können. Gleichzeitig sind sich die meisten Menschen bewusst, dass Patientenverfügungen seit Jahrzehnten in der realen Welt medizinischer Entscheidungsfindung meist nur eine untergeordnete Rolle spielen. Kritische Entscheidungen in Unkenntnis des Patientenwillens sind an der Tagesordnung – zu Hause, im Altenheim oder auf der Intensivstation.

Seit den 1990er-Jahren hat sich mit Advanced Care Planning (ACP) – deutsch: Behandlung im Voraus planen (BVP) – eine neue Herangehensweise an Patientenverfügungen entwickelt. Sie besitzt das Potenzial, diese Defizite erfolgreich zu kompensieren.

Auch in Deutschland ist das Interesse an diesem Konzept in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen, nicht zuletzt durch das im Dezember 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Mit dem neuen § 132g SGB V können stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe künftig ihren Bewohnern eine »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« zulasten der Krankenkassen anbieten. Dies ist für die Einrichtungen der Altenpflege und Behindertenhilfe ein Novum.

Definition

»Behandlung im Voraus Planen« (BVP)

»Behandlung im Voraus Planen« verfolgt das Ziel, mögliche künftige medizinische Entscheidungen so vorauszuplanen, dass Patienten auch dann zuverlässig nach ihren individuellen Wertvorstellungen und Wünschen behandelt werden, wenn sie diese krankheitsbedingt nicht mehr selbst äußern können¹.

Zudem können auch Wünsche und Präferenzen zu anderen künftig relevanten Aspekten geäußert und festgelegt werden, z. B. pflegerischer, psychosozialer oder spiritueller Art. Nicht zuletzt können auch medizinische Indikationen für das Vorgehen im Notfall im Voraus überprüft und ein Handeln gemäß den Regeln ärztlicher Kunst rechtzeitig gebahnt werden.

BVP bewahrt nicht einwilligungsfähige Patienten vor ungewollter Über- oder Unterversorgung und hat darüber hinaus das Potenzial, Angehörige bzw. Bevollmächtigte oder Betreuer sowie Pflegende und Ärzte, die stellvertretend weitreichende Entscheidungen treffen oder mit deren Folgen leben müssen, vor vermeidbaren psychischen Belastungen zu schützen.



Info - »beizeiten begleiten®«

Im Rahmen eines BMBF-geförderten Forschungsprojektes (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2009–2011) wurde in enger Anlehnung an internationale BVP-Standards und speziell an das Programm Respecting Choices das regionale BVP-Programm »beizeiten begleiten®« entwickelt².

In einer international kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass das Programm geeignet ist, nicht nur die Anzahl, sondern auch die Qualität der Patientenverfügungen (insbesondere Aussagekraft und Validität) im Beobachtungszeitraum signifikant zu steigern.

»beizeiten begleiten®« wurde anschließend – ohne externe Förderung – von zwei der Interventionseinrichtungen in die Regelversorgung übernommen, eine Einrichtung praktiziert es bis heute. Eine zunehmende Anzahl von weiterer Institutionen, Träger

¹ In der Schmitten J, Nauck F, Marckmann G (2016): Behandlung im Voraus planen/Advanced Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, Z Palliativmed 2016, 17: 177-195, Thieme Verlag, Stuttgart

In der Schmitten J, Marckmann G (2015). Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J (2015) (Hrsg. Advanced Care Planning): Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

und Netzwerke aus ganz Deutschland hat seit dem Jahr 2015 – durchaus mit Blick auf den neuen §132 g SGB V – begonnen, beizeiten begleiten® zu implementieren oder die entsprechenden Vorbereitungen zu treffen.

1.1 Elemente von »beizeiten begleiten®«

»beizeiten begleiten® « wurde entwickelt als ein Modell für eine regionale Implementierung von Advance Care Planning (▶ Kap. 2). Kern des Projekts ist ein Gesprächsangebot, z. B. für alle Bewohner der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen durch qualifizierte Gesprächsbegleiter und fortgebildete kooperierende (Haus-)Ärzte.

Dabei besteht in ein- bis zweistündigen Gesprächen Gelegenheit, über die eigenen individuellen Behandlungswünsche für zukünftige Behandlungsszenarien nachzudenken. Die persönlichen Festlegungen werden mit Unterstützung der Gesprächsbegleiter auf eigens entwickelten, einheitlichen und aussagekräftigen Patientenverfügungen bzw. Vertreterdokumenten sowie einem Notfallbogen dokumentiert. Neben dem Personal der Pflegeeinrichtungen und den teilnehmenden (Haus-)Ärzten sind u. a. auch die ambulante Hospizbewegung, Angehörige des Betreuungswesens, die Heimaufsicht, der Rettungsdienst und die Leitung sowie das ärztliche und pflegerische Personal des regionalen Krankenhauses involviert.

1.1.1 Aufsuchendes Gesprächsangebot

Bislang blieb die Initiative zur Abfassung einer Patientenverfügung dem Betroffenen selbst überlassen. Dadurch hat nur ein kleiner Teil der Bevölkerung eine Vorausverfügung erstellt. Im Konzept »beizeiten begleiten®« übernehmen die regionalen Akteure im Gesundheitswesen die Verantwortung, auf die jeweilige Zielgruppe (z. B. die Bewohner von Altenpflegeheimen) zuzugehen und ihnen die Möglichkeit und Vorteile einer Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen zu erläutern. Sie bieten unverbindlich die Unterstützung durch eine entsprechend geschulte und professionell agierende Gesprächsbegleitung an. Mit diesem aufsuchenden Gesprächsangebot soll die Anzahl von Vorausplanungen in der Zielgruppe deutlich gesteigert werden.

1.1.2 Qualifizierte Gesprächsbegleitung

Das zentrale Element von BVP ist ein qualifizierter Gesprächsprozess, der die Betroffenen bei der Entwicklung und Dokumentation ihrer Wünsche für mögliche künftige Behandlungen unterstützt. Spezifisch hierfür geschultes nichtärztliches und ärztli-

ches Personal begleitet den Gesprächsprozess, der in der Regel in eine individuelle schriftliche Vorausverfügung mündet. Um den nicht-direktiven Charakter der Unterstützung zu verdeutlichen, wird bei dieser Rolle im Konzept »beizeiten begleiten®« von einem BVP-Gesprächsbegleiter gesprochen, nicht von einem Berater.

1.1.3 Professionelle Dokumentation

Regional einheitliche, aussagekräftige Formulare sollen sicherstellen, dass die im Gesprächsprozess ermittelten Präferenzen so dokumentiert werden, dass sie von allen Akteuren im Gesundheitswesen effektiv umgesetzt werden können. Sie sollten dabei die inhaltliche Struktur des begleiteten Gesprächsprozess abbilden. Insbesondere bei älteren oder chronisch kranken Personen sollten in einem Notfall- oder Krisenbogen Behandlungswünsche für den Fall einer plötzlichen gesundheitlichen Krise mit Verlust der Entscheidungsfähigkeit festgehalten werden.

Auch bei (dauerhaft) nicht mehr einwilligungsfähigen Personen sollte eine Vorausplanung vorgenommen und in einer **Vertreterdokumentation** festgehalten werden. Neben dem Betroffenen, bzw. dem gesetzlichen Vertreter, unterzeichnen der Gesprächsbegleiter und der ebenfalls spezifisch fortgebildete (Haus-)Arzt das Formular des Notfall- oder Krisenbogens, um damit den qualifizierten Gesprächsprozess zu dokumentieren und die Validität der Vorausplanung für Dritte nachvollziehbar zu machen. Die Unterschrift des behandelnden Arztes ist ausdrücklich erwünscht, aber nicht zwingend notwendig. Das Dokument ist auch ohne Unterschrift des Arztes rechtsgültig.

1.2 Inhalte eines BVP-Gesprächs

- Zunächst sollte im freien Gespräch die Einstellung des Betroffenen zum Leben, Weiterleben und generell zum Einsatz medizinischer Maßnahmen bei schwerer Erkrankung ermittelt werden – im Sinne einer Klärung des Lebenswillens generell sowie bedingter Behandlungsziele. Diese Ausführungen dienen zum einen als Grundlage für die dann folgende Planung konkreter medizinischer Entscheidungssituationen, zum anderen im späteren Anwendungsfall als Orientierung bei medizinischen Situationen, die nicht explizit von der Vorausverfügung abgedeckt sind.
- Sodann sollten Behandlungspräferenzen für mögliche zukünftige medizinische Entscheidungssituationen geklärt und dokumentiert werden, für die sinnvollerweise die gewünschten Behandlungsmaßnahmen vorausgeplant werden können und sollten. Es erscheint dabei sinnvoll drei Szenarien zu besprechen, die sich durch die jeweils verfügbare Information über die Prognose unterscheiden:
 - Akute medizinische Krisen mit plötzlichem Verlust der Einwilligungsfähigkeit (es ist keine prognostische Information verfügbar)

- Akute schwere Erkrankung mit anhaltender Nichteinwilligungsfähigkeit (ein Spektrum unterschiedlicher Verläufe und Ergebnisse ist möglich) und
- Chronische Erkrankungen mit anhaltender Nichteinwilligungsfähigkeit (eine dauerhafte kognitive Einschränkung ist sicher)
- Schließlich sollte eine Vertrauensperson ermittelt und benannt werden, die als Stellvertreter für künftige medizinische Entscheidungen bevollmächtigt wird.

1.3 Kernaussagen von BVP

- »Behandlung im Voraus Planen« (BVP) verfolgt die übergreifende Zielsetzung, dass Patienten auch dann nach ihren individuellen Wünschen behandelt werden können, wenn sie diese nicht mehr äußern können.
- Mit der konventionellen Herangehensweise an Patientenverfügungen ist dieses Ziel nicht zu erreichen. Diese sind nach wie vor zu wenig verbreitet, häufig nicht aussagekräftig formuliert und von fragwürdiger Validität, bei Bedarf nicht zur Hand und sie bleiben vom Gesundheitspersonal oft unbeachtet.
- Um die übergreifenden Ziele zu erreichen effektive Wahrnehmung der Patientenautonomie bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit -, weisen BVP-Programme wie »beizeiten begleiten®« zwei konstitutive Elemente auf:³
 - Eine qualifizierte Gesprächsbegleitung im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und
 - eine regionale Implementierung
 - Im Rahmen eines professionell begleiteten Gesprächsprozesses erhalten Menschen Gelegenheit, eigene Präferenzen für mögliche zukünftige medizinische Behandlungen bei Nichteinwilligungsfähigkeit zu entwickeln, mit Angehörigen zu besprechen und auf aussagekräftigen Formularen zu dokumentieren.
 - Die in den regionalen Versorgungsstrukturen t\u00e4tigen Personen werden so geschult bzw. informiert, dass die resultierenden Vorausverf\u00fcgungen regelm\u00e4\u00dfgig verf\u00fcgbar sind und zuverl\u00e4ssig beachtet werden.
 - Internationale Studien belegen, dass mittels umfassender BVP-Programme nicht nur die Selbstbestimmung von Patienten in der letzten Lebensphase effektiv berücksichtigt, sondern auch die Qualität der Versorgung für Patienten und ihre Angehörigen verbessert werden kann.
 - Der neue § 132g SGB V verschafft nun zunächst den stationären Pflegeeinrichtungen Deutschlands und den Einrichtungen der Behindertenhilfe nach
 § 43 sowie kooperierenden Institutionen und Akteuren die Möglichkeit, ihren
 Bewohnern eine BVP zu Lasten der Krankenkassen anzubieten.

³ Nauck F, Marckmann G, in der Schmitten J (2018): Behandlung im Voraus Planen – Bedeutung für die Intensivund Notfallmedizin. AINS 01/2018, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Tab. 1: Vergleich herkömmlicher Patientenverfügungen mit BVP-Dokumentationen

Herkömmliche Patientenverfügungen	BVP nach »beizeiten begleiten®«
Formulare meist nicht validiert	Wirksamkeit überprüft
Viele unterschiedliche Formulare erschweren die Akzeptanz	Einheitliches Formular wird durch regionale Vernetzung bekannt gemacht
Jede Verfügung steht isoliert für sich	Einbindung der Kooperationspartner im regionalen Netzwerk
Oft ohne qualifizierte Beratung	Begleitung durch geschultes Personal
Meist nicht verfügbar	Klare Regelungen zur Aufbewahrung
Oft unvollständig ausgefüllt	Hilfe beim Ausfüllen
Oft schwer interpretierbar	Konkrete und klare Aussagen ohne Interpretationsspielraum
Meist Ankreuzverfahren von vorgegebenen Möglichkeiten	Grundbaustein ist die im freien Text erfasste Werteorientierung
Maßnahmenbezogen	Wertebezogen
Individueller Ansatz	Systemischer Ansatz
Oft nicht wirksam, da nicht alle entscheidungsrelevanten Informationen berücksichtigt wurden	Umfassende schriftliche (im Dokument selbst) und mündliche (durch den Begleiter) Information über entscheidungsrelevante Aspekte
Keine ärztliche Konsultation	Einbindung des Hausarztes ist vorgesehen
Meist keine Aufklärung und Hintergrund- information	Umfassende Hintergrundinformation/Aufklärung
Mitunter rechtlich bedenkliche Aussagen	Dokumentation rechtlich abgeklärt
Oft nur für den Sterbeprozess formuliert (Reichweitenbegrenzung)	Verfügung gilt sofort für alle formulierten Szenarien
Statische Beschreibung der Entscheidungen	Dynamisch abgestufter Prozess bei den Szenarien
Meist kein Notfallszenario	(Ärztliche) Notfallanordnung
Unklare Aussagen zu den Szenarien	Mehrere Szenarien werden durchgespielt
Akzeptanzproblem bei Rettungsdiensten und Krankenhäusern	Bekanntmachung bei den Akteuren durch Schulung und Information
Keine Fallbesprechungen	Fallbesprechung im besonderen Fällen vorgeschrieben
Wird nicht mehr aktualisiert	Regelmäßige Überprüfung auf Aktualität
In Sprache und Rechtsprechung oft veraltet	Regelmäßige Anpassung an neue gesetzliche Gegebenheiten
Keine Weiterentwicklung	Weiterentwicklung nach neuesten Erkenntnissen
Keine Ansprechpartner nach Verfassen	Ansprechpartner immer vor Ort

4 BVP aus medizinethischer Sicht

Günther Schlott

An dieser Stelle wollen wir die Versorgungsplanung kurz aus medizinethischer Sicht betrachten. In fast allen **Kulturkreisen** finden sich feierliche Selbstverpflichtungen der Ärzte bezüglich ihrer ärztlichen Kunst, des Verhältnisses zu Patienten und zum eigenen Berufsstand. In Europa dürfte der **Eid des Hippokrates** (ca. 4. Jahrhundert v. Chr.) am bekanntesten sein. Er wurde im **Genfer Ärztegelöbnis** (1948, 1968, 1983) zeitgemäß neu formuliert. Im europäischen Mittelalter beruhte die medizinische Ethik vor allem auf theologischer Ethik und die ärztliche Ethik wurde insbesondere durch christliche Nächstenliebe und Barmherzigkeit bestimmt.

Definition Medizinethik

Die Medizinethik hat die Moral in der Medizin zum Gegenstand. Sie untersucht das moralische Denken und Verhalten in Bezug auf die Behandlung menschlicher Krankheit und die Förderung menschlicher Gesundheit und fragt nach dem moralisch Gewünschten und Gesollten im Umgang mit menschlicher Krankheit und Gesundheit. Mit der Wirtschaftsethik unterhält die Medizinethik eine enge Beziehung.¹¹

Jede Bereichsethik weist einen empirischen und einen normativen Teil auf. Die empirische Medizinethik untersucht das moralische Denken und Verhalten in Bezug auf die Behandlung menschlicher Krankheit und die Förderung menschlicher Gesundheit. Die normative Medizinethik befasst sich nach Schöne-Seifert¹² mit Fragen nach »dem moralisch Gesollten, Erlaubten und Zulässigen speziell im Umgang mit menschlicher Krankheit und Gesundheit«.

Definition nach Prof. Dr. Oliver Bendel , Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Wirtschaft, Institut für Wirtschaftsinformatik

¹² Schöne-Seifert B (2007): Grundlagen der Medizinethik. Kröner Verlag, Stuttgart.

In der normativen Medizinethik kann wie folgt gefragt werden:

- Wie ist die Autonomie von Patienten zu bewerten und zu schützen?
- Wie steht es um die Zulässigkeit fürsorglicher Fremdbestimmung?
- Wie soll mit Patientenverfügungen umgegangen werden?
- Was ist ein lebenswertes Leben und welchen Wert hat das Leben an sich?
- Wie aktiv oder passiv darf man im medizinischen Kontext sein?
- Wie weit darf man in die Natur und in den Körper eingreifen?

Mit der Wirtschaftsethik sollte sich die Medizinethik ständig austauschen, schon weil das Gesundheitswesen unter einem hohen ökonomischen Druck leidet. In angrenzenden Bereichsethiken wie der Altersethik und der Sterbeethik wird z.B. die Kommerzialisierung und Instrumentalisierung von Alterspflege und Sterbehilfe erforscht. Im Zentrum der angewandten Ethik kann man die Informationsethik verorten. Einige Fragen der Medizinethik sind angesichts technologischer Innovationen neu zu stellen: Wie ist die Autonomie von Patienten in der Informationsgesellschaft zu schützen? Wie steht es um die Zulässigkeit fürsorglicher Fremdbestimmung im virtuellen Raum? Mit der Entwicklung von medizinischen Apps, elektronischen Assistenzsystemen sowie Operations-, Pflege- und Therapierobotern sieht sich die Medizinethik vor neuen Herausforderungen. Auch die Verschmelzung von Mensch und Maschine in sogenannten Cyborgs wird ein wichtiges Anwendungs- und Forschungsfeld sein. Mediziner und Medizinethiker müssen sich informationstechnisch weiterbilden, Informationsethiker sich im Medizinischen und Medizinethischen qualifizieren. Bei Erwerb und Nutzung der Apps, Geräte und Roboter ergeben sich informationsund wirtschaftsethische Herausforderungen, etwa hinsichtlich des Missbrauchs von Daten und des Ausschlusses von Risikopatienten von Versicherungsleistungen. Nicht zuletzt muss sich die Medizinethik gesellschaftlichen und politischen Diskussionen öffnen, bspw. solchen um die Beschneidung von Kindern oder die Durchführung von Schönheitsoperationen.

Für die Informationen und das Zahlenmaterial im folgenden Abschnitt danke ich PD Dr. Carola Seifart, Ärztin und Medizinethikerin, Geschäftsführung der Ethikkommission der Universität Marburg sowie Hansjakob Fries, der mir Daten aus seiner noch unveröffentlichten Promotionsarbeit (Arbeitstitel: »Gespräche am Lebensende – haben Ärzte eine ethische Verpflichtung sie zu führen?«) zur Verfügung gestellt hat. Die Autonomie als medizinethisches Paradigma ist aufgrund von als unethisch empfundenen medizinischen Versuchen im vergangenen Jahrhundert in den USA sehr

fundenen medizinischen Versuchen im vergangenen Jahrhundert in den USA sehr stark in den Vordergrund gerückt und hat in den letzten 30 Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Die heutige Auffassung von Selbstbestimmung ist die der »Entscheidungshoheit in Fragen persönlicher Belange«.¹³ Insofern bedeutet Patien-

¹³ Schöne-Seifert 2007

tenautonomie heute »Respekt vor der Autonomie des Patienten«.¹⁴ Dies bedeutet, der Patient kann, darf und soll selbst entscheiden, ob eine medizinische Maßnahme durchgeführt oder unterlassen wird.

Wichtig

Nach den heute gängigen Definitionen ist Patientenautonomie zunächst einmal in erster Linie ein **Abwehrrecht!**

Auch aus medizinethischer Sicht gibt es hier die bereits bekannten Problemstellungen:

- Seit den 1960er Jahren sind die (technischen) Möglichkeiten der Medizin sprunghaft gestiegen.
- Patienten werden älter und kommen häufig mit komplexen Komorbiditäten ins Krankenhaus, die Behandlungsverläufe sind oft komplikationsreich.
- Dies hat zur Folge, dass mögliche Therapien nicht immer den gewünschten Behandlungen entsprechen, insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass manchmal keine Aussicht auf relevante Besserung oder hinreichende soziale Teilhabe besteht.
- Oft sind die Betroffenen dann nicht mehr in der Lage, ihre Wünsche zu äußern.
- Es gibt ein großes Wissens- und Erfahrungsgefälle zwischen Arzt, den Pflegenden und dem Patienten. Der Arzt und die Pflegefachkräfte sind Experten mit Erfahrung, der Patient nimmt die Rolle des Laien ein.
- Der Patient ist möglicherweise nicht in der Lage, die notwendigen Entscheidungen zu treffen, da ihm die notwendigen Informationen fehlen.
- Medizin ist nie schwarz oder weiß, sondern grau. In Bezug auf schwere Erkrankungen und Komplikationen sind Patienten oft überaus schwer verlässlich zu informieren, da die Zukunft nicht vorhersehbar ist.

Der ärztliche Eingriff ist, sofern eine entsprechende Indikation vorliegt, durch das ethische Selbstverständnis der Ärzte, den hippokratischen Eid, legitimiert. In der modernen Medizinethik ist die Indikation jedoch nur eine Säule, auf der die Behandlungsentscheidung fußt. Die zweite Säule ist im Sinne der Patientenautonomie der Patientenwille selbst. Somit ist die Basis das »Voluntas aegroti suprema lex«, das Recht, die Behandlung zu verweigern. Dies ist eine der Normsetzungen in der Medizinethik im Verhältnis zwischen Arzt und Patient.

^{14 1.} Prinzip der Prinzipienethik von Beauchamp L, Childress JF (2012): Principles of Biomedical Ethics. 7. Aufl. Oxford University Press, Oxford

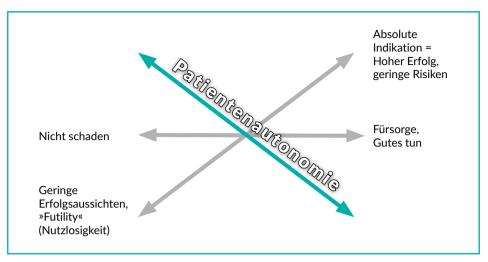


Abb. 1: Schaubild der Patientenautonomie.

Es gibt sechs Normsetzungen, die im Gesundheitswesen handlungsleitend sind:

- 1. **Autonomie**: Der Patient hat das Recht, die Behandlung zu verweigern (Voluntas aegroti suprema lex)
- 2. **Wohltätigkeit**: Der Arzt soll im besten Interesse des Patienten handeln (Salus aegroti suprema lex)
- 3. **Schadensvermeidung**: Das Prinzip, zuerst einmal nicht zu schaden (Primum non nocere)
- 4. **Gerechtigkeit**: Beschäftigung mit der Verteilung knapper Gesundheitsressourcen, und die Entscheidung, wer welche Behandlung bekommt (Gerechtigkeit und Gleichheit)
- 5. **Respekt**: Der Patient (und die Person, die den Patienten behandelt) haben das Recht, mit Würde behandelt zu werden
- Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit: Das Konzept der »informierten Einwilligung« (informed consent)

Vor besonderen Herausforderungen stehen die Medizinethiker im Falle der Entscheidungsunfähigkeit:

- Über 80 Prozent der Deutschen sterben an chronischen Erkrankungen, an zuvor diagnostizierten Problemen.
- Davon versterben die meisten in der medizinischen Versorgung. Um hier Patientenautonomie zu gewährleisten, müsste eine Entscheidung zur Therapiezieländerung getroffen werden.
- Ca. 70 Prozent dieser Patienten können aber nicht mehr selbst entscheiden.
- Die Stellvertreter kennen die Wünsche der Patienten oft nicht, da nicht über schwere Erkrankung, Sterben und Tod gesprochen wurde.

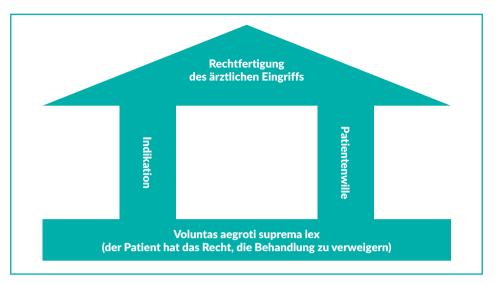


Abb. 2: Dimensionen medizinischen Handelns.

Das Selbstbestimmungsrecht bleibt auch im Falle der Entscheidungsunfähigkeit erhalten. Das heißt, die letztendlichen Behandlungsentscheidungen müssen den Wünschen des Patienten entsprechen. Bei der Suche nach einer Lösung für die aufgeworfenen Fragestellungen schlägt auch die Medizinethik die Möglichkeit einer verbindlichen Vorausverfügung und schriftlichen Dokumentation des Patientenwillens vor. 1969 wurde zuerst die Möglichkeit einer Patientenverfügung als vorausverfügter Wille beschrieben. Die traditionelle Patientenverfügung ist ein Schriftstück, meist zum Ausschluss lebensverlängernder Maßnahmen unter bestimmten Umständen. 2009 ist in Deutschland auf Drängen der EU das Patientenverfügungsgesetz verabschiedet worden, welches der Patientenverfügung Rechtsverbindlichkeit zusichert.

Doch die Hürden sind hoch:

Beispiel Der Fall einer 75-jährigen Patientin

2011: Schlaganfall mit Schluckstörung – erhält PEG (Medikamente etc.)

2012: Aufnahme in eine Pflegeheim

2013: Die Patientin verliert aufgrund einer Epilepsie ihre Sprechfähigkeit. Seither befindet

- sie sich als Pflegefall in einem Zustand massiver Beeinträchtigung der Hirnfunktion,
- unfähig zur Kommunikation mit der Umwelt.

2015: Nun wird die Frage gestellt, ob die Ernährung eingestellt werden sollte.

Die Patientin hat drei volljährige Töchter, Tochter 1 ist als Bevollmächtigte mit Generalvollmacht eingesetzt. Es existiert eine christliche Patientenverfügung. Darin ist festgehalten: »Dagegen wünsche ich, dass lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn medizinisch eindeutig festgestellt ist, dass ich mich

- unabwendbar im Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder
- dass keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht, oder
- dass aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des Gehirns zurückbleibt, oder ...

Die Bevollmächtigte und die behandelnde Hausärztin sind übereinstimmend der Auffassung, dass der Abbruch der künstlichen Ernährung gegenwärtig nicht dem Willen der Betroffenen entspricht. Dem gegenüber vertreten die beiden anderen Töchter die gegenteilige Meinung. Der Streit wurde dem Gericht vorgelegt.

An dieser Stelle möchte ich Sie fragen: Wie würden Sie entscheiden?

Die Festlegungen in der Patientenverfügung scheinen eindeutig und auf diesen Fall exakt zuzutreffen. Es ist keine Besserung in Sicht, es besteht keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins, und ein schwerer Dauerschaden des Gehirns liegt vor ... Das Gericht fällte am 06. Juli 2016 folgenden Beschluss (XII ZB 61/16): »Die schriftliche Äußerung, »keine lebensverlängernden Maßnahmen« zu wünschen, enthält für sich genommen nicht die für eine bindende Patientenverfügung notwendige konkrete Behandlungsentscheidung des Betroffenen. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen.«

Das Gericht verwies hier sehr klar auf einen Mangel der traditionellen Patientenverfügung: Die Nichtbeachtung des Konkretisierungsgebotes kann zu einer Unwirksamkeit der Patientenverfügung führen. Diesem Umstand wurde im Konzept »beizeiten begleiten®« versucht abzuhelfen.

4.1 Was Patienten sagen

In einer Studie¹⁵ wurden 344 Teilnehmende, teils kurative Patienten, teils palliative Patienten, gebeten, an einer Befragung über die medizinische Versorgung am Lebensende teilzunehmen.

¹⁵ Seifert et al. 2017

Kurativ (»heilend«) bedeutet hier, dass der behandelnde Arzt von einer vollständigen Genesung der Krankheit ausgeht. Palliativ (»ummantelnd«) bedeutet hier, dass der ärztliche Ansatz nicht auf Heilung ausgerichtet ist, sondern darauf, Symptome zu lindern und nachteilige Folgen zu reduzieren.

Erstes erstaunliches Ergebnis war, dass 146 Personen, palliativ wie kurativ zur Hälfte, nicht an der Befragung teilnehmen wollten. Nur 57 Prozent (196 Personen) waren bereit, über die medizinische Behandlung in ihrer letzten Lebensphase zu reden.

In der Studie wurden den Patienten verschiedene Aussagen vorgelegt, zu denen sie ihre persönliche Zustimmung geben sollten. Die Mehrheit der Patienten stimmte folgenden Aussagen zu (in Klammer die jeweiligen Prozentzahlen für palliativ bzw. kurativ behandelnde Patienten):

- »Es ist mir wichtig, selbst über mich zu bestimmen.« (82 Prozent palliativ/79,4 Prozent kurativ)
- »Das Recht auf Selbstbestimmung muss auch für den Zeitpunkt des Todes gelten.«
 (79,5 Prozent palliativ/72,9 Prozent kurativ)
- »Ich möchte, dass Entscheidungen darüber, welche medizinische Behandlung ich in meiner letzten Lebensphase erhalte,
 - ... nur durch mich getroffen werden.« (33 Prozent palliativ/34,6 Prozent kurativ)
 - ... von meinem Arzt und meinen Angehörigen gemeinsam getroffen werden.«
 (23 Prozent palliativ/5,6 Prozent kurativ)
 - ... von mir, meinen Angehörigen und meinem Arzt gemeinsam getroffen werden.« (71,9 Prozent palliativ/72,9 Prozent kurativ)

Fazit

Bei dieser Aussage sieht man an der Gewichtung der Aussage sehr gut, was sich die Patienten wünschen: Zur absoluten Autonomie (Antwortteil 1) neigen über die Hälfte der Patienten. Fremdbestimmung dagegen (Antwortteil 2) wird überwiegend abgelehnt. Mit überwältigender Mehrheit wünschen sich die Patienten jedoch, die schwierige Entscheidung über medizinische Behandlungen in ihrer letzten Lebensphase mit allen an der Situation Beteiligten gemeinsam zu besprechen und gemeinsam zu entscheiden! Dies ist der klare Hinweis auf die »relationale Autonomie«, wie sie auch im Konzept »beizeiten begleiten®« umgesetzt wird.

- »Es ist mir wichtig, über die medizinische Versorgung am Lebensende zu sprechen.« (57,7 Prozent palliativ/43,4 Prozent kurativ)
- »Ich möchte, dass mich jemand auf das Thema medizinische Versorgung am Lebensende anspricht.« (23,3 Prozent palliativ/32,7 Prozent kurativ)

Fazit

Rund 80 Prozent der Befragten betonten die Selbstbestimmung, auch für den Zeitpunkt des Todes, wobei die Entscheidung über die Behandlung von ihnen, den Angehörigen und dem Arzt gemeinsam getroffen werden sollten. Doch nur rund die Hälfte der Befragten möchte darüber ein Gespräch führen und/oder darauf angesprochen werden! Wie soll das in der Praxis umgesetzt werden?

Diese Diskrepanz zwischen der (theoretischen) Einstellung zu Patientenautonomie und dem Handlungswunsch in der Realität ist beachtlich. Menschen haben offenbar sehr stark den Wunsch nach Autonomie, werden jedoch zögerlich, wenn es darum geht, darüber zu sprechen. Die Hemmschwelle, in einem ausführlichen Gespräch der Möglichkeit des eigenen Todes zu begegnen, ist offenbar sehr groß. Doch wie sieht die Realitätsprüfung bei dieser Probandengruppe aus?

- 67,6 Prozent der kurativen Patienten haben selten oder nie nach ihrer Diagnose über ihre Wünsche in der letzten Lebensphase gesprochen, und über 45 Prozent der palliativen Patienten.
- Eine überwältigende Mehrzahl der Patienten hat offenbar nicht mit ihrem Arzt über die letzte Lebensphase gesprochen, sogar 61,4 Prozent der palliativen Patienten, die im Schnitt noch eine Lebenserwartung von rund einem Jahr hatten.
- Eine überwältigende Mehrzahl der Patienten (62,9 der palliativen und 73,8 Prozent der kurativen Patienten) hat **keine Patientenverfügung** erstellt.

Wie ist dieser Befund zu erklären? Ist es wirklich nur die große Hemmschwelle, sich mit dem eigenen Tod zu befassen? Haben die Patienten kein Vertrauen in eine Patientenverfügung? Scheuen Sie vielleicht die Gesprächssituation? Wollen Sie sich nicht einer paternalistischen Einstellung eines Arztes aussetzen? Glauben Sie, sie hätten sowieso zu wenige Informationen, um solche schwerwiegende Entscheidungen zu treffen? Oder zweifeln Sie an der Ehrlichkeit und der Aufrichtigkeit ihrer Gesprächspartner?

In jedem Falle zeigt die Studie, auf welche Situationen sich ein Gesprächsbegleiter einstellen muss. Eine theoretische Zustimmung zum gemeinsamen Gespräch gibt es schon, aber praktisch eher ein Vermeidungsverhalten. Die Studie zeigt ebenso, wie wichtig es ist, bereits im Vorfeld eines Gesprächs eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens zu schaffen. Vielleicht erweist es sich als Vorteil, als Gesprächsbegleiter ein »unbeteiligter Dritter« zu sein, nicht der Arzt oder die engsten Verwandten (auch wenn man diese später nach Möglichkeit in das Gespräch einbinden sollte). Die Studie weist darauf hin, welch große Bedeutung die kommunikativen Fähigkeiten der Gesprächsbegleiter in diesem Kontext haben.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich aus medizinethischer Sicht sagen: Patientenverfügungen erfüllen nur dann ihre Funktion, wenn sie ...

- überhaupt erstellt wurden,
- vorliegen und in der Entscheidungssituation auffindbar sind,
- aussagekräftig formuliert sind, d. h. relevante Entscheidungssituationen inklusive Notfall sind konkret abgedeckt,
- **verlässlich** sind, d. h. tatsächliche und wohlinformierte Präferenzen der Betroffenen widerspiegeln,
- von den Ärzten und anderem Gesundheitspersonal befolgt werden.

In BVP-System müssen genau diese Gegebenheiten geschaffen werden. Dies wird BVP von der traditionellen Patientenverfügung unterscheiden. Das BVP-System muss:

- · die Autonomie von Patienten und Angehörigen respektieren,
- den Betroffenen fundiert informieren,
- komplexe Fragen und Entscheidungen gemeinsam reflektieren,
- den Entscheidungsprozess des Einzelnen im Gespräch bestmöglich unterstützen,

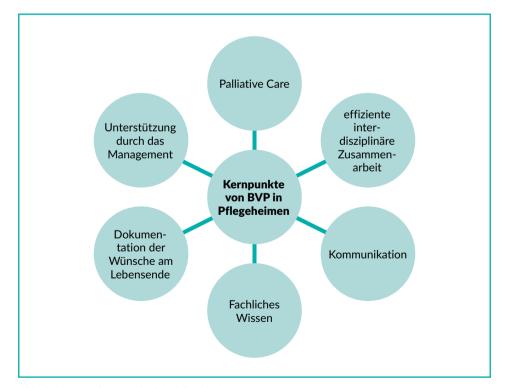


Abb. 3: Kernpunkte von BVP in Pflegeheimen.

- Personen des sozialen und medizinischen Umfeldes mit einbeziehen,
- die Wünsche des Patienten im Ernstfall klarer erkennen lassen.

Die Ergebnisse der Studie decken sich auch mit meinen praktischen Erfahrungen. Die Gedanken und Interpretationen der Ergebnisse werden sich wie ein roter Faden durch das ganze Buch ziehen.

Es besteht ein wesentlicher Zusammenhang zwischen BVP und der Kultur der Palliativen Pflege in einer Einrichtung der Altenpflege. Pflegekräfte sollten in der vorausschauenden Vorsorgeplanung geschult werden, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist Grundvoraussetzung und unverzichtbar. Nachfolgend sind die Erfordernisse und Argumente für eine Implementierung in Bereich der Stationären Altenpflege aufgeführt:

Sechs Punkte sprechen für die Implementierung von BVP in Altenpflegeheimen:

- 1. die effiziente interdisziplinäre Zusammenarbeit
- 2. eine verbesserte Kommunikation
- 3. der Vorteil der Reduktion sinnloser Krankenhauseinweisungen
- 4. die Möglichkeit, dass Sterben am gewünschten Ort möglich wird
- 5. die erhöhte Selbstwirksamkeit von Pflegepersonen
- 6. das Ermöglichen von Wünschen am Lebensende

9 Inhalt und Struktur: Der Projektmanagement-Leitfaden

Günther Schlott

In diesem Kapitel möchten wir Ihnen ein Hilfsmittel an die Hand geben, damit Sie die vielfältigen Aufgaben übersichtlich planen und darstellen können.



Info - Der Projektmanagement-Leitfaden

Der Projektmanagement-Leitfaden stellt die Quintessenz des Projektmanagements übersichtlich und praktikabel dar. Er erhebt keinen Anspruch auf absolute Vollständigkeit, sondern soll einen raschen Einstieg in die konkrete Durchführung von Projekten ermöglichen.

Komplexe Veränderungsvorhaben wie die Implementierung von BVP gehören zum Unternehmensalltag. Sie helfen Ihnen, sich bedarfsgerecht und effektiv weiter zu entwickeln. Solche Veränderungsvorhaben sind in der Regel in Ihrer strategischen Planung verankert. Als klar definiertes Projekt steigen die Chancen erheblich, dass die Ziele der Veränderung auch erreicht werden. Das Vorhaben bekommt einen abgestimmten, erkennbaren Ort im Unternehmen und ermöglich allen ein gutes Zusammenspiel.

9.1 Kernbestandteile eines Projekts

Bei einem Projekt handelt es sich um eine Methodik zur Zielerreichung und Aufgabendurchführung, die angewendet wird, wenn eine Organisation ein komplexes und für die Organisation neues und oftmals einzigartiges Vorhaben durchführen möchte. Es steht damit klar im Gegensatz zum »Tagesgeschäft« der Organisation, das in der Regel auf verbindlich definierten bzw. gelebten Routineprozessen aufbaut.

9.1.1 Projektstruktur und Aufbauorganisation

Die Projektstruktur leitet sich aus den Projektzielen ab. Sie beschreibt die Teilprojekte, Arbeitspakete und Aufgaben, die durchgeführt werden müssen, um die Projektziele zu erreichen. Kleine Projekte können aus wenigen Arbeitspaketen mit jeweils wenigen Aufgaben bestehen; große Projekte hingegen können aus zahlreichen Teilprojekten, die jeweils mehrere Arbeitspakete mit wiederum vielen Aufgaben beinhalten, bestehen (siehe Formular Projektstruktur).

Ist die Projektstruktur klar, werden geeignete Personen, die die Teilprojekte bzw. Arbeitspakete verantworten und die darin enthaltenen Aufgaben bearbeiten, ermittelt und zugewiesen (siehe Formular Projektstruktur).

Dabei entspricht die personelle Aufbauorganisation von Projekten in aller Regel nicht derjenigen des Tagesgeschäfts. Projektteams werden interdisziplinär nach den Erfordernissen der Projektziele und -aufgaben zusammengestellt. Über- und Unterstellungsverhältnisse ändern sich. Dadurch kann es zu Rollen- und Ressourcenkonflikten kommen, die es im Bedarfsfall angemessen zu bearbeiten und zu lösen gilt.

Die wesentlichen Rollen in Projekten:

Projektteam

- Projektmitarbeitende/Projektteams
 - Hiermit sind alle aktiv am Projekt Mitarbeitenden gemeint. Sie bearbeiten einzelne Aufgaben bzw. Arbeitspakete im Projekt und berichten an die Projektleitung.
- Projektleitung:
 - Leitet das Projekt, koordiniert und überwacht die Aufgabenbearbeitung und berichtet dem Auftraggeber.
- Teilprojektleitungen/Arbeitspaketverantwortliche:
 - Leiten und verantworten einzelne Teilprojekte bzw. Arbeitspakete und berichten der Projektleitung.

Weitere handelnde Rollen

- Auftraggeber/-in:
 - Beauftragt und verantwortet das Projekt; gibt die Ressourcen frei. Kommt in der Regel aus dem Kreise der Geschäftsführung.
- · Lenkungskreis:
 - Optional zur Projektberatung bzw. -steuerung bei großen und/oder (politisch) bedeutsamen Projekten.
- Externe Fördermittelberatung (z. B. www.foerder-lotse.de):
 - Prüft die Projekte auf Fördermittelfähigkeit.

- Projektleitungspatinnen und -paten:
 - Sind Mentoren für neue Projektleitungen, um deren »Einarbeitung« ins Projektmanagement und deren Beratung insbesondere in herausfordernden Situationen zu gewährleisten.

9.1.2 Projektablauf/Projektphasen

Die wesentlichen Phasen eines Projekts:

• Die Initiierungs- bzw. Vorprojektphase

- Die Initiierung eines Projekts umfasst alle Vorbereitungsarbeiten, die erforderlich sind, um einen klaren Projektauftrag zu erteilen.
- Es existiert eine grobe Zielvorstellung über das Vorhaben.
- Die Projekt-Idee wird in verschiedenen Kontexten diskutiert.
- Die Idee und die dahinter stehenden Personen suchen einen Auftraggeberin, der in der Regel aus dem Kreise der Geschäftsführenden sowie der Prokuristen/ -innen kommt.
- Vorteilhafte und zur Strategie des Unternehmens passende Projektideen werden zur entscheidungsreifen Projektskizze ausgearbeitet. Dies kann durch den Ideengeber, eine Führungskraft und/oder eine potentielle Projektleitung geschehen und sollte nicht mehr als max. 3 Personen-/Projekttage Aufwand verbrauchen. Das interne und externe Projektumfeld ist angemessen zu berücksichtigen.
- Die Phase endet mit der Erteilung des Projektauftrags durch den Auftraggeber an die Projektleitung.

Die Projektentwicklungsphase/Projektplanungsphase

- Die konkrete Projektplanung ist schon Teil der Projektdurchführung.
- Ziel der Planungsphase ist es, die Zielvorstellung auf realistischen Boden zu stellen.
- Planung bedeutet Inhalts-, Umfangs-, Zeit-, und Ressourcenplanung. Dazu gehören auch die Erforschung des Umfelds des Projektes sowie die Betrachtung der Risiken und der Kommunikationserfordernisse.
- Wesentliche Planungselemente in dieser Phase sind:
- Aus den Zielen abgeleitete Projektstruktur und die dazugehörigen handelnden Personen (Formular Projektstruktur)
- Der zeitliche Projektablauf (Formular Projektphasenplan)

In der Regel gibt es am Ende der Projektentwicklungsphase einen »Point of no Return«. Ab diesem Zeitpunkt geht man oftmals (externe) Verpflichtungen ein (Schulungen und Fortbildungen werden begonnen, eine Software wird angeschafft, ein Gebäude wird gemietet, …) und ein Ausstieg aus dem Projekt wäre mit erheblichen Umständen und Kosten verbunden.

• Die Projektumsetzungs-/durchführungsphase

- Viele grundlegende Entscheidungen sind getroffen; es wird intensiv an der Zielerreichung gearbeitet. Die Durchführung von Projekten geschieht in der Regel in mehreren Etappen, den so genannten Projektphasen. Um die Komplexität insbesondere von großen Projekten zu reduzieren, werden diese in handhabbare »Scheiben geschnitten«.
- Inhaltlich wird dabei das Gesamtarbeitsvolumen zum einen in thematisch (größere) Teilprojekte bzw. (kleinere) Arbeitspakete gegliedert. Und zum anderen wird es zeitlich in eine angemessene Anzahl von aufeinanderfolgenden Projektphasen eingeteilt.

Meilenstein

– Ist ein größeres Aufgabenpaket/Teilprojekt in der dafür vorgesehenen Phase fertig gestellt und die geplanten Ziele erreicht, erreicht man in der Regel einen so genannten Meilenstein. Dies ist der Zeitpunkt, zu dem das erarbeitete Arbeitsergebnis gewürdigt, vom Auftraggeber abgenommen und kommuniziert wird. Auf dieser Grundlage wird dann die nächste Projektphase »fein geplant« und der nächste Meilenstein anvisiert.

Der Projektabschluss

- Meist generiert ein Projekt veränderte oder neue Regelabläufe (Prozesse) oder gar ein neues Leistungsangebot.
- Beim Projektabschluss handelt es sich um die geordnete und endgültige Übergabe der Projektergebnisse in die Praxis/ in den alltäglichen Betrieb. Die Projektleitung legt dem Auftraggeber zur Abnahme/ Freigabe der Projektergebnisse einen Abschlussbericht vor. Die Projektergebnisse werden gewürdigt und kommuniziert. Dinge, die noch nicht vollständig erledigt sind und die gibt es fast immer werden als Aufgaben an bestimmte Personen übergeben. Das Projektteam löst sich auf.

Die Projektphasen können je nach Projekt in unterschiedlicher Dauer und Intensität auftreten.

Es ist eher die Regel als die Ausnahme, dass Projekte »nachgesteuert« werden, denn zu Projektbeginn sind die Maßnahmen zur Zielerreichung meist nicht vollständig klar. Außerdem trifft ein Projekt auf ein dynamisches Umfeld, so dass auch hierdurch Veränderungserfordernisse im Projektverlauf auftreten können.

Gerade deshalb ist es wichtig, zu Projektbeginn eine sinnvolle Planung zu erstellen. Dies erleichtert die Umplanung im Bedarfsfall ungemein, denn nur so kann identifiziert werden, bei welchen Zielsetzungen, Aufgaben, zeitlichen Reihenfolgen, etc. umgeplant werden muss. Bei sehr ungünstigen Projektverläufen kann es sogar zum Projektabbruch kommen.

9.2 Einstufung eines Vorhabens als Projekt

In der Findungsphase (Initiierungs- oder Vorprojektphase) ist es oft nicht einfach zu entscheiden, ob es sich bei einem Vorhaben um ein Projekt handelt oder nicht. Um diese Entscheidung zu fällen, werden folgende Projektkriterien an das Vorhaben angelegt: Es handelt sich um Kriterien, die die Art und Weise des Vorhabens betreffen (»qualitative Projektkriterien«) sowie um Kriterien, die Größen und Mengen betreffen (»quantitative Projektkriterien«) (» Tab. 6).

Tab. 6: Qualitative Projektkriterien

	Projektarbeit (»Einzigartigkeit«)	Linienaufgaben (»Tagesgeschäft«)
Ziele	Eine besondere (funktions-übergreifende) Zielvorgabe, die aus der Routine und dem Tagesgeschäft herausragt Klare Abgrenzung zu anderen Vorhaben und dem Tagesgeschäft	Klar vereinbarte Ziele im Rahmen der Kernaufgaben und Prozesse der Organisation In definiertem Zeitraum an Perso- nen oder Funktionen gebunden
Zeitliche Begrenzung	Eindeutiger Anfang und eindeutiges Ende Mit dem Ende des Projektes ist der Übergang in den kontinuierlichen Regel- betrieb in der Linienorganisation abge- schlossen: Ende des Projektes = Beginn des Regelbetriebes	Kontinuierliche Funktion, Regelbetrieb
Einmaligkeit und Neuartigkeit	Jedes Projektprodukt ist ein Unikum, wird einmalig hergestellt. Ein Projekt kann in ähnlicher Form mehrmals realisiert werden Jeder Arbeitsschritt im Projekt muss neu erfasst, geplant und gestaltet werden	Dienstleistungen werden immer wieder in der gleichen Form und Ausführung erbracht. Ziel: Standardisierung und Verein- fachung wiederholbarer Prozesse
Umfang	Umfang und Aufwand gehen über einmalige Sonderaufgaben im Tagesge- schäft hinaus, i. d. R. Beteiligung mehre- rer Personen/Organisationseinheiten	Einmalige Sonderaufgaben im Tagesgeschäft mit begrenztem Aufwand, i. d. R. für eine Einzel- person
Komplexität	Komplexität ist hoch in Bezug auf Beteiligte, Aufgaben, Ergebnisse und deren sachlichen und zeitlichen Wechselwirkungen (ist vor allem ein Merkmal großer Projekte).	Komplexität ist im Rahmen wiederkehrender, standardisierter Prozesse und Aufgaben reduziert. Sonderaufgaben mit geringer Komplexität
Kosten	Kostenplanung bezieht sich auf die Projektaufgaben. Kostenplanung auf Grund der Neuartig- keit und Einmaligkeit schwierig: Fore- casting und rollierende (Kosten-)Planung	Kostenplanung bezieht sich in der Regel auf Funktionsbereich. Kostenplanung auf Grund des Regelbetriebes leichter realisier- bar

	Projektarbeit (»Einzigartigkeit«)	Linienaufgaben (»Tagesgeschäft«)
Organisation	Projektspezifische, vorübergehende Organisationsform, die bei jedem Projekt neu eingerichtet wird Oft »quer« zur Linienorganisation, funktions- und bereichsübergreifend	Dauerhafte Organisation
Inter- disziplinarität	Synergien durch unterschiedliche Diszi- plinen (muss nicht für jedes Projekt gelten)	Spezialisierung: Fachleute aus einer Disziplin übernehmen eine Funktion (z. B. Sachbearbeiter, Pflegedienstleitungen)

Wenn Sie diese Qualitativen Projektkriterien als Grundlage zur Beurteilung heranziehen, wird schnell klar, dass eine Implementierung, auch wenn sie nur für eine einzige Einrichtung gilt, eindeutig einen Projektcharakter hat. Sie können zur Beurteilung, ob ein Veränderungsvorhaben Projektcharakter hat, auch quantitative Kriterien heranziehen (> Tab. 7):

Tab. 7: Quantitative Projektkriterien

Kriterium	Inhalt	Kosten
Sachkosten	(alle dem Vorhaben zuzuordnende Zahlungen) beliebige Festlegung: z.B. über 10.000 €	beliebige Festlegung: z. B. unter 10.000 €
Personaleinsatz	(alle am Vorhaben beteiligte Mitarbeitende; beginnend von der Planung bis zur Fertigstellung des Vorhabens bzw. bis zur Übergabe in den Regelbetrieb; ein Projekttag entspricht acht Stunden) beliebige Festlegung: z. B. über 20 Projekttage	beliebige Festlegung: z.B. unter 20 Projekttage

Auch bei Betrachtung der quantitativen Projektkriterien wird schnell klar, dass es sich bei der Implementierung von BVP um ein Projekt handelt.

Fazit

Üblicherweise werden die genannten Kriterien wie folgt angewendet:
Wird neben einer Mehrzahl der qualitativen Projektkriterien einer der quantitativen Schwellwerte für Sachkosten **oder** Personaleinsatz erreicht, handelt es sich bei dem Vorhaben um ein Projekt und es unterliegt damit den Regularien des Projektmanagementleitfadens. Ausgenommen hiervon sind reine Ersatzbeschaffungen, die keiner begleitenden organisatorischen Maßnahmen bedürfen.

Auch wenn keiner der genannten Schwellwerte bei Sachkosten und Personaleinsatz überschritten wird, ist es bei einer Zeitdauer des Vorhabens von mehr als drei Monaten und gegebener **Einzigartigkeit** durchaus sinnvoll, gemäß der Methodik des Projektmanagementleitfadens zu verfahren.

9.3 Projektfördermittel

Bei Projekten mit »externem« Charakter, die Leistungen für unterstützungsbedürftige Klientengruppen zum Ziel haben, ist es wahrscheinlich, dass hierfür externe Projektfördermittel beantragt werden können. Aber auch bei Projekten mit »internem« Charakter kann das möglich sein. Sie sollten also prüfen, ob Sie mit einem externen Fördermittelberater zusammen arbeiten können. Implementierungen im Rahmen von BVP scheinen recht gut geeignet zu sein, externe Fördermittel zu generieren. Leider können wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht sagen, inwieweit unsere Anträge auf Fördermittel positiv beschieden wurden. Generell gestaltet sich die Zusammenarbeit dabei wie Abbildung 10 zeigt.

9.4 Mitgeltende Dokumente/ Formulare im Projektmanagement

Projektmanagement braucht Klarheit und Verbindlichkeit. Um dies zu unterstützen, sind einige wenige Dokumente bzw. Formulare bei Planung und Steuerung von Projekten zwingend erforderlich. Es handelt sich um die folgenden Hilfsmittel:

- Zur Erteilung des Projektauftrags und zur Projektbeschreibung zum Projektstart: **Projektskizze, Projektstrukturplan und Projektphasenplan** für alle Projekte.
- Zur Ergebnissicherung bei Projektbesprechungen: Projektbesprechungsprotokolle
- Zur Berichterstattung gegenüber dem Auftraggeber und in anderen Zusammenhängen: Projektstatusberichte (inkl. Abschluss(status)bericht)



Abb. 12: Beispiel eines Vorgehens bei Fördermittelprüfung.

Bei der Erstellung des Projektstrukturplans müssen Sie eine Entscheidung hinsichtlich der Komplexität des Projektstrukturplans treffen. Es ist ratsam, den Strukturplan nicht allzu differenziert anzulegen. Er wird sonst sehr schnell unübersichtlich und weniger aussagekräftig. Bei obigem Beispiel könnte man durchaus noch die weiteren externen Kooperationspartner wie Rettungsdienste, Sozialdienste, Hausärzte etc. hinzufügen oder die einzelnen Elemente der Implementierung genauer darstellen. Hierauf wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit bewusst verzichtet. Das Beispiel zielt auf die Darstellung der internen und externen Organe der Implementierung ab und zeigt die primär am Implementierungsprojekt beteiligten Partner auf.

Ebenso sind Sie relativ frei bei der Gestaltung des Projektphasenplans (Abb. 12). Was zählt, ist der Grundgedanke der übersichtlichen Darstellung im Zeitstrahl. Der Projektphasenplan soll auf einen Blick Auskunft geben über die wichtigsten Aufgaben, die während der Projektlaufzeit zu beachten sind. Häufungen von zeitintensiven Arbeitspaketen in den einzelnen KW's sind zu vermeiden. Die Planung sollte realistisch angelegt sein, die personellen und zeitlichen Ressourcen sind zu beachten. Ist der Phasenplan zu ehrgeizig, sind beständige Anpassungen notwendig. Abbildung 12 zeigt übrigens nur einen Ausschnitt aus dem Jahresplan.

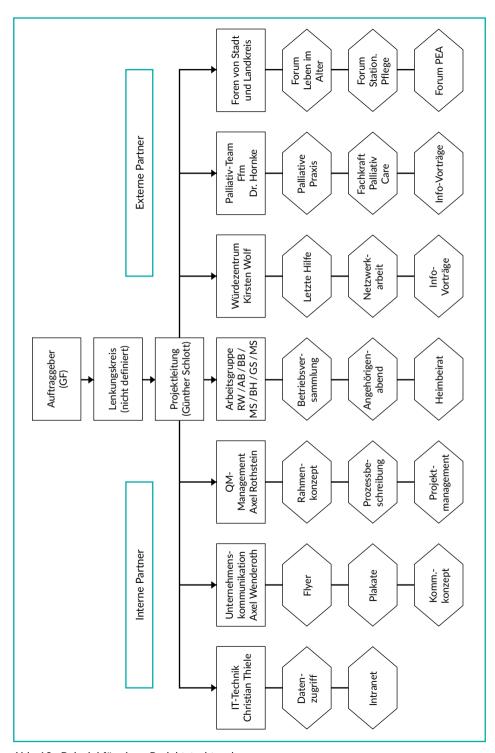


Abb. 13: Beispiel für einen Projektstrukturplan.

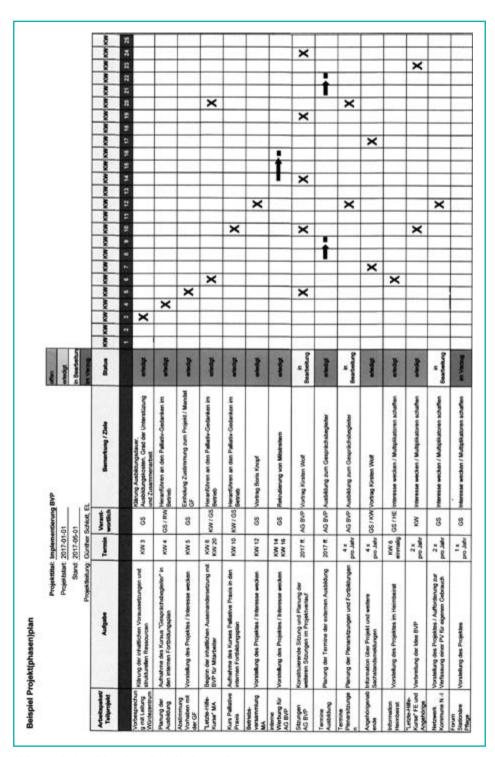


Abb. 14: Beispiel für einen Projektphasenplan.

Auf die Darstellung von Beispielen der Besprechungsprotokolle oder Projekt-Statusberichte wird hier bewusst verzichtet. Sicherlich existieren in Ihrem Unternehmen entsprechende Vorlagen, die das QM liefert.

Es kann sehr sinnvoll sein, über das beschriebene Minimum an Dokumenten und Formularen hinaus noch weitere Hilfsmittel zu Rate zu ziehen und im Projektverlauf einzusetzen. Sie können die Arbeit erheblich erleichtern. Deren Nutzung kann durchaus sinnvoll sein und sollte zwischen Auftraggeber und Projektleitung im Bedarfsfall vereinbart werden. Diese optional zu verwendenden Dokumente/Formulare könnten im Einzelnen sein:

- Projektinhalts und -umfangsbeschreibung
- Projektorganigramm
- Projektbeteiligte
- Projektumfeldanalyse
- Projektrisikoplan
- Projektphasen- und Meilensteine
- Projektplanung und Controlling
- Anleitung Aufwandserfassung mehrere MA im Projekt
- Aufwandserfassung mehrere MA im Projekt
- Erfassung Projektaufwände
- Projekt-Kosten-Nutzen-Betrachtung
- Projektänderungen

Sollten Sie in einem Unternehmen arbeiten, bei denen das Projektmanagement regelhaft angewendet wird, ist es sinnvoll, dieses Know-how zu nutzen. Projektmanagement ist oft in der QM-Abteilung verortet. Hier sollte die Projektleitung ein Treffen zur offenen kollegialen Beratung anregen und zum gemeinsamen Lernen im Projektmanagement nutzen.

Wichtig Das gilt für Ihr BVP-Vorhaben!

Versuchen Sie nicht, das Rad neu zu erfinden. Nutzen Sie Synergieeffekte, bedienen Sie sich bei erfolgreichen Projekten, greifen Sie auf vorhandenes Know-how zurück, nutzen Sie die Erfahrungen der Kollegen und externen Partner, fragen Sie bei den relevanten Abteilungen wie Unternehmenskommunikation, QM-Management, IT-Abteilung etc. um Hilfe, nutzen Sie die Ressourcen der vorhandenen Netzwerke!

9

Versuchen Sie, beim Ausbildungsträger zum Gesprächsbegleiter Kontakte zu knüpfen. Vielleicht finden Sie hier Kontakt zu Projektgruppen, die ebenfalls an einer BVP-Implementierung arbeiten oder diese sogar schon abgeschlossen haben. Da wir im Bereich BVP sehr viele Menschen antreffen, die von einer Vision getrieben sind, ist die Chance recht gut, einen Projektpaten zu finden. Versuchen Sie eine erfahrene Projektleitung zu finden, die als Mentor dienen kann, um die »Einarbeitung« ins Projektmanagement zu unterstützen und die als Beratung insbesondere in herausfordernden Situationen zur Verfügung steht.

14 Die Vertreterdokumentation

Günther Schlott

Eine häufige Frage ist die nach der Möglichkeit der Erstellung einer Patientenverfügung, wenn der Betroffene bereits dauerhaft entscheidungs- und einwilligungsunfähig ist. Kann in diesem Falle eine rechtlich verbindliche Versorgungsplanung erstellt werden? Ja, es kann eine Verfügung erstellt werden. Im Modell »beizeiten begleiten® wird die Vorausplanung mit dem Stellvertreter bzw. mit dem Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer erstellt.

Definition

Vertreterdokumentation

Eine »Vertreterdokumentation« ist eine vom Vertreter des Betroffenen unterzeichnete Dokumentation des mutmaßlichen Behandlungswillens des Betroffenen für zukünftige hypothetische Entscheidungssituationen.

Ausgangslage ist eine recht häufige Situation: Der Patient ist nicht mehr einwilligungsfähig, z. B. aufgrund einer Demenz oder eines Traumas. Eine Patientenverfügung wurde niemals verfasst. Dennoch erscheint die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen sinnvoll, insbesondere für Notfallsituationen.

Tatsächlich sind ca. 11 Prozent aller Patientenverfügungen Vertreterdokumentationen⁴⁶. Davon sind ca. 80 Prozent in Formularform, ca. 12 Prozent als persönlich erstellter Freitext und ca. 8 Prozent sind Mischformen. In der medizinrechtlichen und -ethischen Literatur wird diese Tatsache aber kaum erwähnt.

Das Thema wird derzeit sehr kontrovers diskutiert. Die Gegner führen ins Feld, dass bei einer Vertreterdokumentation die Tür zur Fremdbestimmung weit geöffnet ist, weil keine verlässliche Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betreuten nicht

⁴⁶ Dt. Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 37

möglich ist. Grundidee der Patientenverfügung ist die Selbstbestimmung, die Autonomie der eigenen Entscheidung über mögliche Behandlungsformen, nicht die durch eine andere Person getroffenen lebenswichtigen Behandlungsentscheidungen.

Den Kritikern kann man entgegenhalten, dass eine Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch den Vertreter immer noch besser ist, als gar keine Versorgungsplanung vorzunehmen. Worin also bestünde die Alternative zu einer Vertreterverfügung? Diese Antwort bleiben die Kritiker schuldig.

Und es gibt gute Gründe für eine Vorausplanung mit dem Vertreter: Es ist für alle am Pflegeprozess und der Betreuung Beteiligten äußerst hilfreich, wenn eine sorgfältige Ermittlung des mutmaßlichen Behandlungswillens frühzeitig begonnen wird. Wir kennen solche Fälle aus dem Pflegealltag: Angehörige fahren in Urlaub und hinterlassen für den »Fall der Fälle« mündliche Anweisungen, wie in einem Notfall zu verfahren ist. Die Angehörigen verstehen oft nicht, dass die Pflegekräfte und Ärzte nicht auf der Grundlage der mündlichen Anweisungen handeln können.

Wichtig

Die Vertreterdokumentation gibt Sicherheit

Insbesondere im Hinblick auf eine Notfallsituation gibt eine Vertreterdokumentation Sicherheit für die Handelnden. Besonderes Augenmerk liegt hier auf der Entlastung der Angehörigen und des Vertreters bei der Entscheidungsfindung.

Eine Notfallsituation erzeugt immer großen emotionalen Druck, der oft zu subjektiv gefärbten Entscheidungen des Vertreters führt, da dieser in seiner Unsicherheit oft seinen eigenen Bezugsrahmen als Grundlage für die Entscheidung nimmt. Eine Vertreterverfügung benötigt eine längere Zeitspanne zum Überlegen und Nachdenken. Gedanken müssen geklärt werden, Gespräche in der Vergangenheit müssen erinnert werden, besondere beispielhafte Situationen und Erfahrungen müssen eruiert werden, die oft viele Jahre zurückliegen. Mitunter müssen die Angehörigen und Vertreter ein ganzes Leben mit dem Betroffenen Revue passieren lassen, um auf bestimmte Aussagen und Situationen zu stoßen, die stellvertretend für künftige Behandlungsentscheidungen sein können.

Beispiel

Frau B., ihre Söhne und die PEG

Die beiden Söhne und Vertreter einer unserer Bewohnerinnen wollten eine Vertreterdokumentation erstellen. Ihre Mutter. Frau B., litt seit Jahren unter einer fortgeschrittenen Demenz und war in den letzten Monaten zunehmend bettlägerig. In den letzten Wochen verweigerte sie häufiger die Nahrung, weil ihr Schluckvermögen immer stärker eingeschränkt war. Die Söhne wollten ihrer Mutter den weiteren Leidensweg ersparen und insbesondere einer PEG-Anlage entgegentreten. Im ersten Gespräch wurde deutlich, dass es in der Vergangenheit zwar eine sehr enge Mutter-Sohn-Beziehung gegeben hatte, das Thema Tod und Sterben jedoch nie zur Sprache gekommen war. Die Söhne konnten sich in der Gesprächssituation an keine Vorkommnisse in der Vergangenheit erinnern, die die Festlegung von künftigen Behandlungsentscheidungen im Sinne der Mutter untermauert hätten. Das Gespräch wurde ohne eine Festlegung auf unbestimmte Zeit vertagt. Nach einem Monat baten die Söhne erneut um ein Gespräch. Es stellte sich heraus, dass sie sich sehr intensiv mit den fehlenden Belegen für den Willen ihrer Mutter auseinander gesetzt hatten. Sie hatten viele Gespräche miteinander und den näheren Verwandten und Nachbarn geführt, in Fotoalben geblättert, die Vergangenheit aufleben lassen und sich sehr intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt. Nun konnten sie aufgrund ihrer Aufzeichnungen viele Hinweise auf einen mutmaßlichen Willen ihrer Mutter präsentieren. Anhand dieser Aussagen konnte in weiteren Gesprächen eine valide Vertreterdokumentation erstellt werden.

Dieses Beispiel mag verdeutlichen, wie intensiv sich der Vertreter oder die Angehörigen mitunter mit dem Thema auseinandersetzen müssen, um ein Bild des mutmaßlichen Willens zeichnen zu können. Zudem hatte ich den Eindruck, dass die beiden Söhne in dieser Zeit ihrer Mutter nicht nur wieder nähergekommen waren, sondern auch erhebliche Trauerarbeit geleistet und sich mit dem nahenden Tod ihrer Mutter auf eine gute Weise abgefunden hatten. Ebenso untermauert dieses Beispiel die Notwendigkeit einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben.



Tipp

Eine Vertreterverfügung bedeutet Entlastung! Nicht nur für die Angehörigen, sondern auch für einen Berufsbetreuer, der den Betreuten (noch) nicht so gut kennt. Insbesondere dieser muss sich intensiv mit der Thematik der künftigen Behandlungsentscheidungen auseinandersetzen, zuvor die verbliebenen Verwandten, die Pflegenden und eventuell den Arzt befragen, bevor er zu einer validen Festlegung im Sinne des Betreuten kommen kann.

Die Dokumentation des Behandlungswillens erlangt insbesondere im Falle einer vorübergehenden Abwesenheit des Vertreters, etwa durch Urlaub oder Krankheit, besondere Bedeutung. Die Sicherung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen ist auch bei dauerhaftem Ausfall des kundigen Vertreters wichtig. Oft sind die Vertreter die Ehepartner des Betroffenen und selbst hochbetagt und krank. Beim Versterben des Vertreters geht auch das Wissen um den mutmaßlichen Willen des Vorausplanenden unwiederbringlich verloren.

Eine Vertreterdokumentation kann aber auch die »Fortsetzung« einer bereits bestehenden, älteren Patientenverfügung sein. Selbst wenn diese Verfügung lückenhaft oder unklar formuliert war, kann sie bei einer Vertreterdokumentation wertvolle Hinweise liefern und den früher bekundeten Willen und die Einstellungen des Betroffenen glaubhaft untermauern.

Wichtig

In jedem Falle erleichtert eine Vertreterdokumentation eine Entscheidung im Sinne des Betroffenen in der emotional belastenden Akutsituation!

Die gesundheitliche Versorgungsplanung durch einen Vertreter ist im BGB nicht explizit vorgesehen. Jedoch ist der § 1901a ff. keine abschließende Regelung zu diesem Thema. Die Nichterwähnung ist kein Hinweis auf die rechtliche Unzulässigkeit! Hinweise und die Aufforderung zur Erstellung einer Vertreterdokumentation finden sich im Betreuungsrecht: Der Betreuer ist dem Wohl des Betreuten verpflichtet. Dazu gehört auch »die Möglichkeit, ... das Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.« (§1901 Abs. 2 BGB)

Der Betreuer muss also sicherstellen, dass der Behandlungswille des Betreuten ermittelt und berücksichtigt wird. Daraus ergibt sich, dass die Vorausplanung, insbesondere in Notfallsituationen, eine Pflichtaufgabe des Betreuers bzw. Bevollmächtigten ist. Der Vertreter kann und muss demnach die Dokumentation erstellen, zeitlich begleiten und diese bei geänderter gesundheitlicher oder sozialer Situation anpassen. In konkreten Entscheidungssituationen ist der Vertreter also immer der erste Ansprechpartner. Er muss befragt werden und er trifft letztlich die Entscheidung über eine Behandlung im Sinne des Betreuten. Der Vertreter besitzt also durchaus eine Legitimation zur Erstellung einer Vertreterdokumentation, ja er hat sogar den gesetzlichen Auftrag dazu. Er ist in seinen Festlegungen an den Willen und das Wohlergehen des Betroffenen gebunden.

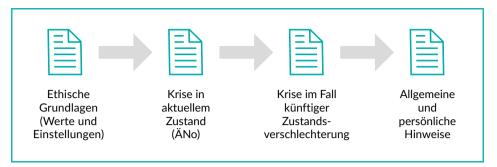


Abb. 23: Bögen in der Vertreterdokumentation.

Zur Durchführung dieses Auftrags muss der Vertreter folgende Fragestellungen für sich bearbeiten:

- Gibt es frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen über die Behandlungswünsche? Existiert eine ältere Patientenverfügung? Welche konkreten Äußerungen zu zukünftigen Behandlungssituationen sind bekannt?
- Welches ist der **mutmaßliche Wille** des Betreuten? Wie würde der Betreute heute aktuell entscheiden?
- Was dient dem Wohlergehen des Betreuten? Welche Behandlungsentscheidung dient dem Wohl des Betroffenen aus heutiger Sicht am besten?

Die ethischen Grundlagen für die Festlegungen des Vertreters sind in der Vertreterdokumentation schriftlich festzuhalten, denn sie ermöglichen die Nachvollziehbarkeit der Validität der Festlegungen. Der allgemeine Aufbau der Vertreterdokumentation gliedert sich analog zur zuvor behandelten Patientenverfügung, weist jedoch spezifische Unterschiede auf:

Der »Wertebogen« (Abb. 15), der die ethischen Grundlagen dokumentiert und die Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben festhält, ist in der Fragestellung nahezu identisch mit dem bereits bekannten Wertebogen und wird daher hier nicht näher behandelt.

- Die erste Frage behandelt den Lebenswillen.
- Die zweite Frage behandelt die Bereitschaft zu sterben.
- Die dritte Frage fragt danach, was Medizin dazu beitragen darf, um Leben in einer Krise zu verlängern.
- Die vierte Frage eruiert Situationen, in der keine Lebensverlängerung mehr gewünscht würde.
- Die fünfte Frage zielt auf religiöse, spirituelle oder persönliche Überzeugungen ab.
- Ein zusätzliches Feld lässt Raum für Anmerkungen und ggf. Benennung von Ambivalenzen, Widersprüchlichkeiten und offenen Fragen.

Dennoch gibt es hier aufgrund der Anforderungen an eine Verfügung durch Dritte eine weitere Dokumentationsebene. Von großer Wichtigkeit ist hier die Dokumentation, woher die Informationen stammen. Sind es

- aktuelle Äußerungen (die verbal oder auch nonverbal geäußert wurden)?
- konkrete Aussagen aus einer vorliegenden Patientenverfügung?
- Behandlungswünsche, die sich aus früheren mündlichen oder schriftlichen Äußerungen ergeben und Festlegungen für konkrete Situationen enthalten?
- Festlegungen des mutmaßlichen Willens des Betroffenen aufgrund seiner Einstellungen und Wertvorstellungen?
- Aussagen zum Wohlergehen nach Einschätzung Dritter unter dem Gebot des »besten Interesses«?

Bei den aktuellen Äußerungen einer nicht einwilligungsfähigen Person ist große Vorsicht geboten! Bei einer Aussage wie: »Ich will nicht ins Krankenhaus!« stellt sich die Frage, ob die nicht entscheidungsfähige Person die Belastungen oder Risiken einer solchen Entscheidung überblickt. Die Konsequenz für die konkrete Behandlungsentscheidung des Vertreters muss im Einzelfall geprüft werden. Aber auch nonverbale Äußerungen können im Zweifelsfalle herangezogen und kritisch betrachtet werden.

Beispiel

Der Sohn von Frau C.

Der Sohn von Frau C. hatte den Eindruck, dass seine Mutter, die an fortgeschrittener Demenz litt, seit Jahren bettlägerig war und sich verbal nicht mehr äußern konnte, sehr unter den in letzter Zeit häufiger werdenden Krankenhausaufenthalten litt. Als Beleg führte er an, er könne beobachten, dass seine Mutter bei jeder Behandlung im Krankenhaus außerordentlich erregt sei und die Nahrung komplett verweigert habe.

Die Ärzte im Krankenhaus hätten sich bereits mehrmals an ihn als Vertreter gewandt und angesichts des gesundheitlichen Zustandes dringend die Anlage einer PEG-Sonde empfohlen. Er habe dies jedes Mal verweigert und war sich sicher, im Sinne seiner Mutter zu handeln.

Zurück im Pflegeheim, habe sich seine Mutter jedes Mal schnell wieder beruhigt und nach kurzer Zeit auch wieder ganz normal feste Nahrung zu sich genommen. Er habe dies nun schon oft beobachtet und nehme dies als Beleg dafür, dass seine Mutter Krankenhausaufenthalte vehement ablehne.

Da sich seine Mutter nach Einschätzung des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals in der entscheidenden letzten Lebensphase befand, wurde in der Vertreterdokumentation eine neuerliche Mitnahme ins Krankenhaus abgelehnt, um ihr Leiden nicht zu vergrößern.

Nachwort

Nun, da dieses Buch geschrieben ist (endlich, sonst wäre ich noch am Schreibtisch festgewachsen), bleiben nur noch ein paar letzte Gedanken.

Zu Beginn des Schreibens ging ich voller Respekt vor dem Thema und auch etwas ängstlich zu Werke. Hatte ich denn wirklich etwas Substanzielles zu BVP zu sagen? Würde es mir gelingen, den Leser bei der Stange zu halten? Hätten die Gedanken, die wir in unserem Team gewälzt hatten, denn wirklich den Wert, um niedergeschrieben zu werden? All die Fragen meiner Kollegen, die tiefer in die BVP-Materie eingestiegen waren, halfen mir schließlich, die ersten Seiten zu schreiben. Bei vielen Fragen glaubte ich eine Antwort zu wissen, andere Fragen ließen mich ratlos zurück und brachten mich ins Nachdenken.

Ich gehöre zu jenen Menschen, die keine Fragen mögen, auf die sie keine Antwort kennen. Also versuchte ich, gültige Antworten zu finden und diese auszuformulieren. Ich hoffe, dies ist uns gelungen. Im Verlaufe des Schreibens dann wurde die ängstliche Phase von einer Zeit des Stolzes und der Euphorie abgelöst. Ich gelangte zu der Überzeugung, einige der Kapitel seien wirklich gut gelungen und dies beflügelte mich ungemein. Ich sah vor meinem geistigen Auge bereits den Briefkasten und das E-Mail-Postfach überquellen von begeisterten Kommentaren wie »Ich bin beeindruckt.« Und »Das ist das Buch, auf das wir so lange gewartete haben.« Verzeihen Sie mir meine Überheblichkeit, aber das dachte ich wirklich.

Doch als sich das Buch dem Ende näherte, geriet ich ins Zweifeln. Ich hatte mich so tief in das Thema eingearbeitet, dass mir plötzlich bewusst wurde, wie wenig ich wusste. Beinahe hätte ich das Projekt aufgegeben, da mir plötzlich nichts mehr gut genug erschien. Alle Kapitel schienen mir plötzlich sehr oberflächlich und populistisch geraten zu sein. Nun quoll der Briefkasten plötzlich über von kritischen Schreiben bis hin zur offenen Ablehnung dieses »unsäglichen Machwerkes«. Denn es gibt immer Leute, die es viel besser wissen, die den kleinsten Fehler sehen und sich daran festbeißen. Und es kann durchaus sein, dass sie Recht haben. Ich mag es nicht leugnen: Vieles ist nur oberflächlich angerissen und um die Fehler zu sehen, braucht man wahrscheinlich keine Lupe. Seltsamerweise erfährt man zu Anfang sehr viel Anregung und Unterstützung. Die Weggefährten stehen am Wegesrand, schwenken Fähnchen und feuern an. Doch mit der Zeit wird die Strecke immer einsamer. Der Jubel ist abgeklungen, nur noch wenige Begleiter klatschen gelegentlich Beifall. Und der Weg ist doch noch so lange! Gegen Ende des Weges sind dann alle nur noch genervt und man schleppt sich alleine und müde ins Ziel.

Doch immerhin haben wir das Ziel erreicht.

Um ein Projekt zum Ende zu bringen braucht man viel Eigenmotivation. Man muss sich immer wieder selbst loben, sich Mut zusprechen und die Zweifel dahin verbannen, wo sie hingehören: In die hinterste Ecke des Verstandes, zumindest so lange, bis das Projekt vollendet ist. Man muss sich nicht ständig selbst kritisieren, das machen schon die anderen. Ich musste mir immer wieder ins Gedächtnis rufen, warum wir das Projekt überhaupt angefangen hatten: Wir wollten jenen BVP-Gefährten, die noch am Anfang des Weges stehen, eine Orientierungshilfe geben und Gedanken in Köpfe pflanzen. Wir wollten ja kein wissenschaftliches Werk schreiben, sondern ein populäres, leicht lesbares. Wir wollten positive und negative Beispiele geben, die hilfreich sein könnten, wenn jemand unterwegs ist und sich wie wir Fragen stellt.

Nun, da alles zu Ende ist, scheint mir das Werk befremdlich. Als würden die Zeilen gar nicht mehr zu mir gehören. Es scheint, ein anderer hätte diese Kapitel geschrieben. Einer, der offenbar mehr Ahnung vom Thema hat als ich. Ich selbst bin ja gar nicht in der Lage, solche Zeilen zu schreiben. Tatsächlich erinnerte ich mich beim abschließenden Korrekturlesen mitunter nicht mehr an die Texte, die ich las. Es scheint, dass meine Gedanken auf Papier gebracht wurden und damit meinen Kopf verließen. Je mehr ich schrieb, desto leerer wurde mein Kopf. Nun, da das Buch zu Ende ist, weiß ich gar nichts mehr über BVP. Aber vielleicht geht das auch anderen Autoren so. Ich hoffe, die Gedanken kommen irgendwann wieder zurück. Ein paar waren ganz gut, denke ich.

Großen Dank schulden wir unseren Frauen. Jedes Kapitel wurde ausgedruckt, besprochen und oft genug in der Luft zerrissen. Immer wieder bekam ich »Hausaufgaben«, wenn etwas zu oberflächlich oder zu unverständlich war. Also wieder zurück an den Schreibtisch: Mehr informieren, lesen, verständlicher schreiben und umformulieren. Unsere Frauen sind nun ebenfalls BVP-Experten, wenn auch wider Willen. Und das Schreiben wandelte sich von lustvoller Beschäftigung hin zu harter Arbeit. Die letzten Wochen war ich nur körperlich anwesend, ohne allzu viel vom Leben zu Hause mitzubekommen. Es ist so still im Haus. Ich muss gleich mal nachsehen gehen, ob meine Frau nicht in der Zwischenzeit ausgezogen ist. Wann habe ich in den letzten Monaten denn etwas besprochen, das nichts mit BVP zu tun hatte?

Ein großes Dankeschön geht auch an unser BVP-Team: Den Mitgliedern unserer Arbeitsgruppe schulde ich großen Dank für ihre kritischen Gedanken, die seltsamerweise umso anregender waren, je spontaner und unreflektierter sie daherkamen. Viele dieser Äußerungen finden sich in diesem Buch wieder.

Danke auch an das Frankfurter BVP-Team: An Kirsten Wolf vom Würdezentrum, die mich mit immer neuer Literatur an den Rand des Verzweifelns brachte und mir wertvolle Hinweise gab; an Boris Knopf, der meine Kritik an der Sache einfach nicht stehen lassen wollte und der auch bis heute noch nicht weiß, wie man »Aufgeben« überhaupt

buchstabiert; an Dr. Ingmar Hornke, der mir erstmals die Sicht eines Intensivmediziners auf das Thema nahebrachte und mir in seinen Vorträgen immer wieder den Boden unter den überheblichen Füßen wegzog.

Zum Schluss danke ich auch dem Team der DiV-BVP, Dr. in der Schmitten, Dr. Feddersen, Dr. Marckman und Dr. Nauck, Dr. Petri, Dr. Seifart, Kornelia Götze, Paul Hüster und die vielen anderen Helfer und Mitstreiter, die in ihren nicht nachlassenden Bemühungen aus groben Klötzen qualifizierte BVP-Begleiter machen zu wollen, für einen Großteil meiner Insuffizienzgefühle verantwortlich waren. Ich zitiere: »Ihre Aktionen müssen noch ganz erheblich an Substanz, Klarheit und Präzision gewinnen.« Doch jede Kritik spornt auch an. Das unermüdliche Bemühen um Qualität in der Ausbildung der Gesprächsbegleiter, um einen höchstmöglichen Standard von BVP-Trainern und Koordinatoren und der enorme persönliche Einsatz für diese Ziele nötigen mir den höchsten Respekt ab. Ich hoffe, dass diese »BVP-Burner« ihre hehren Ziele erreichen mögen. Und natürlich, dass ich in meinen Aussagen an Substanz, Klarheit und Präzision dazugewonnen habe.

Abschließend danke ich all jenen Mitstreitern und BVP-Kollegen, die ich hier vergessen habe: Fühlt euch umarmt!

Und einen freundlichen Gruß an Claudia Flöer vom Lektorat Pflege der Schlüterschen Verlagsgesellschaft in Hannover: Ohne Sie wäre das Buch nie geschrieben worden!

Abkürzungsverzeichnis

ÄNo® Ärztliche Anordnung für den Notfall

ACP Advanced Care Planing

AG Arbeitsgruppe

AG-Brutto Arbeitgeberbrutto (bei den Lohnkosten)

AN-Brutto Arbeitnehmerbrutto (bei den Lohnkosten)

BSC Balanced Scorecard

BVP Behandlung im Voraus planen

BWA Betriebswirtschaftliche Auuswertung
COPD chronic obstructive pulmonary disease,

(Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)

DiV-BVP Deutschsprachige interdisziplinäre Vereinigung - BVP

GfB Geringfügig Beschäftigte

GKV Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

HPG Hospiz- und Palliativgesetz

KZP Kurzzeitpflege

MDK Medizinischer Dienst der Krankenkassen

QM Qualitätsmanagement

PEG perkutane endoskopische Gastrostomie

PG Pflegegrad

PV Patientenverfügung
PSG Pflegestärkungsgesetz

PST Pflegestufe

VHK Verhinderungspflege

VK Vollzeitkraft (eine 100 Prozent-Stelle)

VZP Vollzeitpflege

WTG Wohn- und Teilhabegesetz

Literatur

- Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2017):Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter. 18. Aufl. Verlag C.H. Beck, München.
- Beauchamp L, Childress JF (2012): Principles of Biomedical Ethics. 7. Aufl. Oxford University Press, Oxford.
- Becker D (2016): Tod-Reden. Eine Plattform zum Austausch über Leben, Sterben, Tod und Trauer. Palliative Geriatrie 1/2016: 36-38.
- Becker D (2017): Death Café ein Gesprächsangebot. In: Praxis: palliativ 33/2017: 43.
- Bollig G, Kuklau N (2015): Der Letzte Hilfe-Kurs ein Angebot zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch Information und Befähigung von Bürgerinnen und Bürgern; Z Palliativmed 16/2015: 210–216.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Mustercurricula der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Task Force »Advance Care Planning Behandlung im Voraus planen (BVP)« Konsentierter Entwurf, Stand: 11.01.2017
- Coors M, Jox R. & in der Schmitten, J (2015): Advanced Care Planning. Von der Patientenverfügung bis zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer, Stuttgart.
- Coors M (2015): Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung: Modelle und theoretische Grundlagen. Jacobs Verlag, Lage.
- Coors M, Simon A & Stiemerling M (Hrsg.) (2015): Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung. Modelle und theoretische Grundlagen. Jacobs Verlag, Lage.
- Diözesanbeauftragte für Ethik im Gesundheitswesen, Erzbistum Köln (2009): Köln-Nimwegener Instrumentarium für ethische Fallbesprechung. Für den Bereich Altenheim, Überarbeitung 10/2009.
- ERC (2015): ERC-Leitlinien »Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende, Notfall + Rettungsmedizin 8.
- Europarat (2014): Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende.
- Fragerlin A, Schneider CE (2004): »Enough: The Failure of the Living Will«. Hastings Center Report 34, No. 2, 2004: 30–42.
- Gigerenzer G (2013): Risiko., Zeitverlag, Hamburg.
- Hauschildt J & g Gemünden HG (1998). Promotoren. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Hüster P, Hobelsberger H & Hellwig A (Hrsg.) (2016): Christliche Organisationskultur prägen, Ansätze im kirchlichen Gesundheitswesen. Lambertus Verlag, Freiburg.
- In der Schmitten J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K & Marckmann G (2014): Implementing an Advance Care Planning Program in German Nursing Homes: Results of an Inter-Regionally Controlled Intervention Trial. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(4): 50–57.
- In der Schmitten J, Lex, Mellert, Rothärmel, Wegscheider & Marckmann (2014): Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, 4/2014

- In der Schmitten J, Marckmann G (2015). Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J (2015) (Hrsg. Advanced Care Planning): Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- In der Schmitten J, Nauck F, Marckmann G (2016): Behandlung im Voraus planen/Advanced Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, Z Palliativmed 2016, 17: 177–195, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Jox RJ (2013): Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Rowohlt Verlag, Reinbek.
- Kahnemann D (2011): Schnelles Denken, langsames Denken. Siedler Verlag, München. Lange W & Lampe L (2002). Balanced Scorecard als ganzheitliches Führungsinstrument in Non-Profit-Organisationen. Springer Verlag, Berlin.
- Löhner M (2009): Führung neu denken. Campusverlag, Frankfurt
- Maercker A & Forstmeier S (Hrsg.) (2013): Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung. Springer Verlag, Berlin.
- Marckmann G (2015): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Nauck F, Marckmann G, in der Schmitten J (2018): Behandlung im Voraus Planen Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. AINS 01/2018, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- Neitzke G (2015): Recht als Ermöglichungsordnung ACP als rechtlich zulässige Gestaltung. Rechtsnormen als gestaltungsoffene Deutungsschemata. Coors M, Jox R. & in der Schmitten, J (2015): Advanced Care Planning. Von der Patientenverfügung bis zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer, Stuttgart, S. 171.
- Schein EH (2003). Organisationskultur. 3. Aufl. Verlag Edition Humanistische Psychologie (EHP), Bergisch-Gladbach.
- Schöne-Seifert B (2007): Grundlagen der Medizinethik. Kröner Verlag, Stuttgart.
- Schulze U, Niewohner S (hrsgg. im Auftrag der Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit) (2014): Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase zwischen Autonomie und Fürsorge. Impulse aus dem Modellprojekt LIMITS Münster
- Sommer S, Marckmann G, Pentzek M, Wegscheider K, Abholz HH & in der Schmitten J (2012): Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, 37/2012: 77–83
- Stadt Essen (Hrsg.) (2012): Der geriatrische Palliativpatient. Empfehlung des Arbeitskreises Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in der stationären Alten- und Behindertenhilfe. 3. überarb. Aufl. Essen.
- Steinkamp N, Gordijn B (2000): »Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen«. Rheinisches Ärzteblatt 5/2000: 22–23.
- Teno JM, Nelson, JH & Lynn L. (1994): Advance Care Planning. Priorities for ethical and empirical research. Hastings Cent Rep 24(6): S. 32–36.

- van de Glind et al.: Pre-arrest predictors of survival after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest in the elderly a systematic review. BMC Geriatrics 2013 13:68
- Witte E (1973): Organisation für Innovationsentscheidungen Das Promotoren-Modell. Verlag Otto Schwarz & Co., Göttingen.
- Wolf G (2010): Der Business Discourse. Effizienz und Effektivität der unternehmerischen Kommunikation. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Wolf K (2016): »Beratung nach dem §132g/SGB V, des Hospiz-und Palliativgesetz (HPG), Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, im Altenpflegeheim.« Bachelor-Thesis zum B.Sc. Pflege- und Casemanagement (PCM)

Literaturtipps zum Projektmanagement

DeMarco T (2007): Der Termin. Ein Roman über Projektmanagement. Carl Hanser Verlag, Berlin.

Drees J, Lang C & Schöps M (2014): Praxisleitfaden Projektmanagment. Tipps, Tools und Tricks aus der Praxis für die Praxis. 2. Aufl. Carl Hanser Verlag, Berlin.

Hemmrich A & Harrant H (2015): Projektmanagement: In 7 Schritten zum Erfolg. 4. Aufl. Carl Hanser Verlag, Berlin.

Linkverzeichnis

Würdezentrum gUG Frankfurt, im Internet: https://www.wuerdezentrum.de

»beizeiten begleiten®« (b.b.) ist eine eingetragene Wort-Bild-Marke der Universitäten Düsseldorf und Augsburg, siehe: www.beizeitenbegleiten.de/

Dr. med. Jürgen in der Schmitten, MPH, Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, im Internet: www.aerzteblatt.de/archiv/152952/Patientenverfuegungsprogramm-Implementierung-in-Senioreneinrichtungen

Respekt für vorausverfügte Präferenzen und Entscheidungen für den Fall von Krankheit und Tod (RESPEKT), im Internet:

www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte/erste-foerderphase/modul-vier-phase-1/respect-in-der-schmitten.html

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG, im Internet: www.bundesrat.de/SharedDocs/beratungsvorgaenge/2015/0101-0200/0195-15.html

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, im Internet:

www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitliche_versorgungsplanung.jsp

Projekt Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH) »Woran erkennen die Heime, dass sie Hospizkultur und Palliative Care (HPC) wirkungsvoll umsetzen?«

»Palliative Geriatrie«, im Internet:

www.hospiz.at/fachwelt/hospiz-und-palliative-care-in-der-Grundversorgung/hcp-in-alten-und-pflegeheimen/

und

www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/hospiz-und-palliativecare-in-der-grund-versorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/

Letzte Hilfe Kurse:

www.letztehilfe.info/

www.deutschlandfunkkultur.de/letzte-hilfe-kurse-im-stehen-sterben.1278. de.html?dram:article_id=401616

Robert Bosch Stiftung: Curriculum "Palliative Praxis", im Internet: www.bosch-stiftung.de/de/publikation/palliative-praxis-kompetenz-und-sorge-fuer-al-te-menschen-am-lebensende

ACP+ Gespräche mit Schwerstkranken:

https://www.talkaboutwhatmatters.org/documents/Providers/PSJH-Serious-Ill-ness-Conversation-Guide.pdf

- RESPEKT: Abschlussbericht zum Forschungsprojekt juristischer Teil der Universität Augsburg. Für die Universität Augsburg: Dr. jur. Sonja Rothärmel, Projektleitung juristischer Teil,
- http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressour-ce?key=Rothaermel_01GX0754.pdf
- RESPEKT: Respekt für vorausverfügte Präferenzen und Entscheidungen für den Fall von Krankheit und Tod (RESPEKT). Kontrollierte Interventionsstudie zur prozessund system-orientierten Implementierung von Patienten-Vorausverfügungen in Altenheimen und den relevanten Versorgungsstrukturen einer Modellregion
- http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/01gx_0753_projekt_respekt_ abschlussbericht.pdf
- DHPV, ADVANCE CARE PLANNING (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG), 23.02.2016
- $http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_ACP.pdf.$
- DHPV, Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe,
- http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Betreuung%20schwerst-kranker%20und%20sterbender%20Menschen%20im%20hohen%20Lebens-alter%20in%20Pflegeeinrichtungen.pdf
- DHPV, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V., Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz
- http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/broschuere_hospizkul-tur-im-alten-u-pflegeheim.pdf
- Diakonie, Handreichung Mit Sterbenden leben achtsam sein 2015
- http://www.diakoniehessen.de/fileadmin/Dateien/AAA_DiakonieHessen/Files/Veroeffentlichungen/AllgemeineLebensberatung/DH_Brosch_A5_Mit_Sterbenden leben screen.pdf
- DIP: Studie »Würdige Sterbebegleitung in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.«
- http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Projektbericht_Projektkoord_Wu-erdige-Sterbebegleitung.pdf
- EAPC, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC), Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 21,
- https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Radbruch_2011_white_paper_stan-dards_and_norms_deutsch_Teil2.pdf
- WHO: Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen
- http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Materialien/Better_Pall_ Care_Deutsche_Endfassung.pdf

https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversor-gung/ergebnis-ueberblick/

ZQP Zentrum für Qualität in der Pflege. Aktuelle Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege(ZQP): Bevölkerungsbefragung des Zentrums für Qualität in der Pflege11 https://www.zqp.de/wp.../Analyse_Lebensende_Ambulante_Pflege_Simon_Eggert.pdf

FSH St. Gallen, Kernpunkte von "Advance Care Planning" im Pflegeheim
https://www.researchgate.net/.../307988133_Kernpunkte_von_Advance_Care_
Planning_im_Pflegeheim 23.03.2018 - Kernpunkte von "Advance Care Planning"
im Pflegeheim ... André Fringer at FHS St. Gallen University of Applied Sciences ...
Evaluation of ACP in Long-term care - Nursing perspectives on ACP in Long-term

ICN Ethikkodex für Pflegende

http://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/182461/pflegerische-ethik https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikko-dex-2012-deutsch.pdf

$Kompetenzzentrum\ Palliative\ Geriatrie\ vom\ UNIONHILFSWERK\ I$

www.palliative-geriatrie.de

Ambulante Ethikberatung Hessen

www.aebh.de

care

ACP-Programme, weltweit

www.fivewishes.org www.letmedecide.ie/index/php/home www.polst.org

Programme und Projekte von Beginn weg online planen

https://www.quint-essenz.ch/de

Kursbuch Wirkung: Projektziele effektiver erreichen

https://www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung

Sonstiges

5. Weltkongress

https://www.uni-muenchen.de/forschung/news/2015/marckmann_acpkongress.html

http://www.acpel2015.org/

https://www.zqp.de/portfolio/meinungsbild-debatte-assistierter-suizid-aus-be-voelkerungssicht-2014/

http://www.dhpv.de/themen_stationaere-altenpflege.html

https://www.dgpalliativmedizin.de/pressemitteilungen/pflegeheime-brauchen-gesellschaftlichen-rueckhalt-um-alte-menschen-bis-zum-ende-ihres-lebens-angemessen-betreuen-und-begleiten-zu-koennen.html

http://www.hospiz-palliativ-nds.de/versorgungsplanung-am-lebensende-fach-tag-diskutiert-umsetzung-von-advance-care-planning-in-deutschland/

https://soziales.hessen.de/.../empfehlungen_zur_verbesserung_der_sterbebegleitung_i...

https://alpha-nrw.de/themen2/palliativversorgung-in-pflegeheimen/

http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/

www.foerder-lotse.de

Dr. Tanja Krones Universität Zürich Leitende Ärztin Klinische Ethik Universitätsspital siehe:

http://www.nfp67.ch/de/projekte/modul-2-entscheidungen-motive-haltungen/projekt-krones

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie vom UNIONHILFSWERK I www.palliative-geriatrie.de

Register

Absichtserklärung 83 Effekt, therapeutischer 249 Endeffekt 145 Abwehrrecht 30 ACP 13 Advance Care Planning 13, 19, 44 Fachpromotor 111 Anfangseffekt 145 Fähigkeitsbarriere 108 ÄNo 206 Arbeitshilfen 91 Generalvollmacht 164 Ärztliche Anordnung für den Gerechtigkeit 31 Notfall 206 Gesprächsabschluss 148 Gesprächsangebot, aufsuchendes 15 Aufbauorganisation 127 Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit 31 Gesprächsbeginn 146 Autonomie 31 Gesprächsbegleiter 58, 138, 139 Gesprächsbegleitung, qualifizierte 15 Balanced Scorecard 121 Gesprächsführung 142 Behandlung bei dauerhafter Gesprächsnachweise, persönliche 95 Einwilligungsunfähigkeit oder Gesprächsprozess 144 - Struktur 151 Urteilsunfähigkeit 240 Behandlung im Voraus planen 13 Gesprächsvorbereitung 146 Behandlungswünsche 256 Gesprächszeiten 152 beizeiten begleiten® 14 Berater 138 informed consent 31, 201 Besprechungssystematik 120 Intuition 221 Betreute 262 Betreuungsverfügung 169, 181, 183 Kernbotschaften 118 Beziehungspromotor 110, 111 Kommunikation, barrierefreie 62 BVP 13, 46, 290 Kommunikationskonzept 114 - Dokumentation 18 Kompetenzen, personale 58 - Fallbesprechung 97 Kompetenzzeile 118 - - Implementierung 104, 105 Kontaktliste 94 - Kernaussagen 17 Krankenhausbehandlung bei - -Koordinatoren 104 Einwilligungsunfähigkeit unklarer – -Team 53 Dauer 229 Krisenbogen 16 Claim 118 Kurzprofil 118 Curriculum 60 Leitziele 122 Dialoggruppen 119 Letzte Hilfe 41 Dokumentation 16 Machtpromotor 111

Medizinethik 28

Meilenstein 129 Mitarbeiterqualifitikatioj 57 Musterprozessbeschreibung 87

Narration 188 Netzwerkarbeit 101 – Erfolgsfaktoren 113 Netzwerk

- institutionelles 103
- Partner 106
- überregionales 104

Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen 98

Notfall

- -bogen 16
- -piktogramm 91
- -situation 206

Opponenten 110 Organisationskultur 49

Palliative Praxis 43 Partner

primäre 72
sekundäre 73
Patientenautonomie 31
Patientenverfügung 18, 138, 188
Patientenverfügungsgesetz 13
Persönliche Hinweise 247
Prognosen, unklare 229

Projekt

- Abschluss 129
- Durchführungsphase 129
- Fördermittel 132
- Kriterien 130
- Management-Leitfaden 126
- Organisation 110
- Phasen 128
- Phasenplan 135
- Struktur 127
- Strukturplan 134
- Umsetzungsphase 129

Promotorenmodell 108

– Rollen 111

Prozessbeschreibung 85

Prozesse, Dynamik des Scheiterns 111

Prozessleitfaden 70 Prozesspromotor 110, 111

Qualitätsmanagement 82

Rahmenkonzept 83,85

Rahmenvereinbarung 58, 82, 138

Refinanzierung 55

Respekt 31

Restriktoren 110

Risikointelligenz 217

Risikokompetenz 217

Schadensvermeidung 31

SIC-Syndrom 223

Stiftung barrierefrei

kommunizieren! 64

Systemlogiken 105

Vernetzung, externe 45

Vertreter 260

Vertreterdokumentation 16, 252

Vorausplanung 26

Vorsorgevollmacht 164, 173

Wertebogen 155, 193

Wille

- ersetzender 181

- mutmaßlicher 256

- verlängerter 181

Willensbarriere 108

Wohlergehen 256

Wohltätigkeit 31

Ziele, strategische 123

schlütersche macht Pflege leichter

Das Praxis-Handbuch von den Preisträgern des »Altenheim Zukunftspreises 2017«

»Behandlung im Voraus planen (BVP)« – mit diesem Projekt müssen sich alle stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigen. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten, doch die Umsetzung fordert höchste Kompetenz von den Teams:

- Wie lässt sich BVP in den Alltag integrieren?
- Welche Qualifikationen brauchen die Mitarbeiter?
- Welche Arbeitsmaterialien haben sich bewährt?
- Lohnt sich der ganze Aufwand überhaupt?

Auf diese – und viele weitere Fragen – geben die Autoren dieses Buches Antworten. Sie stellen ihre Herangehensweise, ihre Arbeitsmaterialien und viele praktische Lösungen vor. Ihr Fazit: »BVP ist ein Win-win-Projekt. Jeder investierte Cent rechnet sich um ein Vielfaches.«

Die Autoren

Günther Schlott ist Einrichtungsleiter im Altenpflegeheim »An den Platanen« in Neu-Isenburg.

Dieter Mank ist freiberuflicher Journalist und Autor.

ISBN 978-3-89993-968-2