

„Advance Care Planning implementieren“

Eine Handreichung zur Implementierung
eines Beratungsangebots nach §132g SGB V
auf der Grundlage des entsprechenden Konzepts
des Caritasverbands für die Diözese Augsburg e. V.



„Advance Care Planning implementieren“

Eine Handreichung zur Implementierung
eines Beratungsangebots nach §132g SGB V
auf der Grundlage des entsprechenden Konzepts
des Caritasverbands für die Diözese Augsburg e. V.



Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.
Referat Teilhabe und Pflege
April 2022



Impressum

Herausgeber
Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.
Referat Teilhabe und Pflege
Auf dem Kreuz 41 · 86152 Augsburg

April 2022

Layout / Satz / Grafik:
Kathrin Seemüller
Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.

Trotz sorgfältigen Lektorats schleichen sich manchmal Fehler ein.
Wir sind Ihnen dankbar für Anregungen und Hinweise.

Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.
Auf dem Kreuz 41 · 86152 Augsburg
E-Mail info@caritas-augsburg.de
www.caritas-augsburg.de

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung der Texte und Bilder, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V. urheberrechtswidrig und strafbar. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen. Der Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V. übernimmt keine Haftung für Folgen, die auf unvollständige oder fehlerhafte Angaben in dieser Broschüre zurückzuführen sind.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 2 | Hintergrundinformationen | 2 |
| 2.1 | Begriffsklärung | 2 |
| 2.2 | Ausgangssituation | 4 |
| 2.3 | Kurzdarstellung des Modellprojekts im Caritasverband für die Diözese Augsburg | 5 |
| 2.4 | Das „Caritas“-Konzept. Eine ethisch – politische Einordnung | 7 |
| 2.4.1 | Warum ein eigenes Schulungs- und Implementierungskonzept? .. | 7 |
| 2.4.2 | Die Schwerpunkte des Caritas-Modells | 8 |
| 3 | Implementierung konkret | 9 |
| 3.1 | Aufbau der Implementierung | 9 |
| 3.1.1 | Herangehensweise | 9 |
| 3.1.2 | Themenbereiche | 13 |
| 3.1.3 | Verzahnung mit der Berater*innenschulung | 14 |
| 3.2 | Vorbereitende Themen zur Implementierung | 15 |
| 3.2.1 | Projektmanagement | 15 |
| 3.2.2 | IST-Analyse/ Reflexion des aktuellen Standes | 17 |
| 3.3 | Themen der Implementierung | 19 |
| 3.3.1 | Rechtliche Grundlagen | 19 |
| 3.3.2 | Ethische Überlegungen | 24 |
| 3.3.3 | Kommunikation Intern / Extern | 27 |
| 3.3.4 | Durchführung und Dokumentation | 32 |
| 3.3.5 | Vernetzung | 36 |
| 3.3.6 | Hospiz- und Palliativkultur | 39 |
| 3.3.7 | Weiterführende Themenvorschläge | 42 |
| 4 | Zu guter Letzt | 44 |
| 5 | Glossar | 45 |
| 6 | Literaturverzeichnis | 47 |
| 7 | Anhangsverzeichnis | 50 |
| | Anhang 1: Flipcharts Projektmanagement | 51 |
| | Anhang 2: Arbeitsauftrag Projektmanagement | 54 |
| | Anhang 3: Spinnennetzanalyse mit Fragen und Anleitung | 55 |
| | Anhang 4: Netzwerkkarte / egozentrischen Netzwerk | 59 |
| | Anhang 5: Arbeitsauftrag Recht | 60 |
| | Anhang 6: Dimensionen ethischen Handelns | 61 |
| | Anhang 7: Leitfragen zum Positionspapier des Ethikkomitees | 62 |
| | Anhang 8: Arbeitsauftrag Kommunikation | 63 |
| | Anhang 9: Arbeitsauftrag zu Dokumentation und Durchführung | 64 |
| | Anhang 10: 7 Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit | 67 |
| | Anhang 11: Arbeitsauftrag Netzwerk | 68 |
| | Anhang 12: Gedicht von Hilde Domin | 69 |
| | Anhang 13: Arbeitsauftrag Hospiz- und Palliativkultur | 70 |
| | Anhang 14: Arbeitsauftrag Präsentation | 72 |
| | Anhang 15: Projektflyer | 73 |

1. Einleitung

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“
(Dame Cicely Saunders, *22.7.1918, +14.7.2005)¹

Unter diesem Motto der Gründerin der Hospiz- und Palliativbewegung lässt sich das Advance Care Planning – kurz das ACP – Projekt des Caritasverbands für die Diözese Augsburg, zusammenfassen. Den Menschen ein menschenwürdiges Leben nach Ihren Wünschen bis zuletzt zu ermöglichen, da sie wichtig sind, weil sie eben sie selbst sind.

Mit dem §132g SGB V² wurde im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung ein neues Instrument zur Beratung von Menschen zum Thema „letzte Lebensphase“ geschaffen. Obwohl es in vielen Bereichen schon vorher ähnliche Beratungsangebote gab, wurde mit diesem Paragraphen zum einen der Grundstein für eine einheitliche Qualität derartiger Beratungen geschaffen, zum anderen wurde durch die (wenngleich ausschließlich im stationären Bereich der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe) eingeführte Refinanzierung des Beratungsangebots ein Anreiz geschaffen, dafür Ressourcen in den Einrichtungen bereit zu stellen.

Die Anforderungen an die Berater*innen sowie die Rahmenbedingungen sind dabei hoch gesteckt: Es müssen zum einen klare formale Voraussetzungen bezüglich der Ausbildung und Berufserfahrung erfüllt werden. Außerdem spielen persönliche Voraussetzungen eine große Rolle. Zudem muss die Beratung nach § 132g SGB V im Einrichtungskonzept verankert sein, wenn das Angebot qualitativ hochwertig und nachhaltig für die Menschen vorgehalten werden soll. Die Beratung nach dem Caritas- Konzept folgt dabei einem systemischen, nicht-direktiven, wertfreien Ansatz, d.h. der/ die Berater*in unterstützt bzw. begleitet die zu beratende Person in ihrer Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen, Werten und Sorgen in Bezug auf das Lebensende. Die in der Beratung getroffenen Entscheidungen sollten auch im Sinne des / der Beratenen umgesetzt werden (können).

Dadurch stellt es sich als unerlässlich dar, nicht nur Berater*innen zu qualifizieren, sondern die Schulung in eine Weiterentwicklung des Einrichtungskonzepts einzubetten.

Im Caritasverband für die Diözese Augsburg entstand daher bereits im Jahr 2016 die Idee, in einem Modellprojekt mit acht Einrichtungen ein Implementierungsprojekt mit eigenem Schulungskonzept zu entwickeln. Ziel des Implementierungsprojekts war es, auf Grundlage eines eigenen Caritas-Schulungskonzepts (2019 durch die Katholischen Akademie Regensburg erarbeitet) ACP als festen, neuen Bestandteil einer gelebten Hospiz- und Palliativkultur in die jeweiligen Einrichtungskonzepte zu integrieren.

Auf Grundlage der Erfahrungen und des Aufbaus des Implementierungsprojekts entstand diese Handreichung, um auch Einrichtungen, die nicht die Möglichkeit hatten, am Projekt teilzunehmen, eine Unterstützung bei der erfolgreichen Implementierung von ACP im Sinne der Grundhaltung der Caritas zu geben.

Die Handlungsschritte sind eng verzahnt mit der Berater*innenschulung, die in der Katholischen Akademie Regensburg angeboten wird. Daher erscheint es naheliegend, die künftigen Berater*innen dort ausbilden zu lassen.

¹ Vgl. (Saunders)

² (Deutscher Bundestag, 2015)

Dieses Handbuch kann auch denjenigen als Hilfe dienen, die ihr bereits vorhandenes ACP-Konzept auf Grundlage der hier dargestellten Haltung der Caritas neu reflektieren wollen.

Leider ist die Implementierung von ACP nichts, was nach einem einfachen vorgegebenen „Schema F“ nebenher passieren kann, sondern ein komplexer Prozess, der Zeit und Raum braucht. Daher ist es empfehlenswert, sich durch die Lektüre dieses Handbuchs zunächst einen Gesamtüberblick über die Themen zu verschaffen, um dann einen sinnvollen und hilfreichen Projektplan erstellen zu können.

2 Hintergrundinformationen

2.1 Begriffserklärung

Im Rahmen der Beratung zur Planung für die letzte Lebensphase trifft man auf sehr unterschiedliche Begriffe. Diese sollen hier kurz erläutert und dann in den Projektzusammenhang eingeordnet werden.

1. **ACP (Abkürzung für Advance Care Planning):** Der Begriff kommt aus dem Englischen und wird im Deutschen unterschiedlich übersetzt, da Care unterschiedliche Bedeutungen hat. Die gängigsten Übersetzungen sind „gesundheitliche Versorgungsplanung“, „vorausschauende Behandlungsplanung“ sowie „gesundheitliche Vorsorgeplanung“. Diese letzte Übersetzung wird auch im Rahmen dieses Projekts favorisiert, da hier der Aspekt der Vorsorge, somit eines Sorge – Tragens für die eigene Zukunft, stärker zum Ausdruck gebracht wird, während „gesundheitliche Versorgungsplanung“ und „vorausschauende Behandlungsplanung“ mehr auf die Versorgung im medizinisch-pflegerischen Sinn fokussieren.

ACP kommt ursprünglich aus Amerika und wird außerdem vor allem in Kanada, Neuseeland und Australien in verschiedenen Projekten³ praktiziert. Die meisten Ansätze arbeiten dabei mit einem Drei-Stufen-Modell, das darauf abzielt, ACP immer wieder der aktuellen Lebenssituation anzupassen: Im „first step“ werden Menschen ohne direkte Nähe zum Lebensende, also ohne lebensbedrohende Vorerkrankung o.ä. beraten. Dieses Angebot wird **meist von jüngeren Menschen genutzt, die z. B. für einen Unfall vorsorgen möchten**. Daher wird hier auch in der Regel nur eine relativ knappe Patientenverfügung in Form eines Notfallplans erstellt.

Im „next step“ werden Menschen beraten, die ein bestimmtes Szenario zum Lebensende vor Augen haben und dies über den plötzlichen Notfall hinaus regeln wollen. Meist handelt es sich hierbei um potentiell lebensverkürzende Erkrankungen des Betroffenen oder seines direkten Umfelds, die ein Nachdenken über spezifische Komplikationen, Wünsche und Werte bezogen auf die Diagnose auslösen. Hierbei ist der Todeszeitpunkt immer noch potentiell und zeitlich nicht abzusehen, sondern liegt in einer weiter entfernten Zukunft. Häufig erfolgt dieser Schritt im Anschluss an eine Diagnosestellung, z.B. einer chronischen Erkrankung, die langfristig zu Komplikationen führen könnte, einer Krebsdiagnose, wo noch unklar ist, ob eine Behandlung Erfolg haben wird oder nicht, oder auch nach einem Erlebnis im engen Umfeld, bei dem jemand nicht so sterben durfte wie er*sie wollte und eine berechtigte Sorge auf Seiten des*der Betroffenen besteht, z.B. aufgrund einer erblichen Disposition in eine ähnliche Situation zu kommen. In der „next step“-Beratung wird daher bereits wesentlich detaillierter auf bestimmte Verlaufsszenarien eingegangen und für diese werden konkret Handlungswünsche formuliert.

Im „last step“ schließlich werden Menschen beraten, bei denen der Tod ein absehbares, bevorstehendes Ereignis ist, da sie aufgrund ihres Alters oder ihrer Erkrankung bereits massive Einschränkungen erleben und sicher wissen, dass sie nur noch eine begrenzte Zeit leben werden. Wenn die Stufen aufeinander aufbauen, ist der „last step“ lediglich eine Konkretisierung dessen, was bereits

³ (Hammes, et al., 2015 S. 185 ff.)

früher, unter günstigeren Umständen bedacht wurde und die bisherigen Werte und Vorstellungen werden lediglich unter dem neuen Licht der aktuellen Situation erneut betrachtet und gegebenenfalls angepasst.⁴

In Deutschland hingegen setzt ACP im Wesentlichen erst bei einer Zielgruppe an, die eigentlich bereits beim dritten Schritt steht: Vor allem in stationären Einrichtungen der Altenhilfe sind die Menschen bereits in einer Lebensphase angekommen, in der der bevorstehende Tod ein realistisches und in gewisser Weise absehbares Ereignis darstellt. Dies wird auch dadurch gefördert, dass das Beratungsangebot im Hospiz- und Palliativgesetz verortet ist und die Finanzierung nur für stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe gewährt wird. Dadurch, dass Schritt eins und zwei fehlen, entsteht die Schwierigkeit, meist mit Menschen, die bereits unter starken Einschränkungen (insbesondere aufgrund demenzieller Erkrankungen auch kognitiver Art) leiden, ihre Werte und Wünsche eruieren zu müssen, was in der Praxis häufig eine Schwierigkeit darstellt.

2. **§ 132g SGB V⁵:** In diesem Paragraphen des Hospiz- und Palliativgesetzes sind die Zielsetzung und Inhalte der Beratung sowie die Leistungsberechtigten definiert. Die „Vereinbarung nach § 132g SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“⁶ definiert detailliert die Voraussetzungen, Qualitätsanforderungen sowie Inhalte der Ausbildung der Berater*innen. Des Weiteren wird dort die Abrechnung des Beratungsangebots mit den gesetzlichen Krankenkassen geregelt.

Demnach können Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe ihren gesetzlich versicherten Bewohner*innen das (freiwillige) Angebot machen, sofern sie Berater*innen vorhalten, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Ausbildung nach den Vorgaben des § 132g SGB V bzw. der oben genannten Vereinbarung absolviert haben. Dabei kann die Beratung sowohl durch eigene Mitarbeiter*innen als auch als externe Dienstleistung angeboten werden.

Besonderes Augenmerk ist im Zusammenhang mit dem Implementierungsprojekt auf folgenden Aspekt der Vereinbarung zum § 132g SGB V zu legen:

„Die Inanspruchnahme der Versorgungsplanung ist freiwillig. Jeder Leistungsberechtigten/jedem Leistungsberechtigten wird ein Gespräch mit der Beraterin/dem Berater zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten. Wird das erstmalige Gesprächsangebot von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten abgelehnt, besteht auch zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme.“⁷ (§8, Abs. 3)

Auch in § 2 Absatz 2⁸ der Vereinbarung wird am Ende besonderes Augenmerk darauf gelegt, dass das Ergebnis der Beratung eine Patientenverfügung sein **kann, aber nicht muss:**

„Ergebnis des Beratungsprozesses kann eine schriftliche Willensäußerung sein, die bei einwilligungsfähigen Leistungsberechtigten auch in Form einer (ggf. aktualisierten) Patientenverfügung abgegeben werden kann; dies ist jedoch nicht zwingend.“⁹

Auch § 1901a im BGB¹⁰, der sich mit der Patientenverfügung befasst, stellt deutlich klar, dass die Erstellung einer Patientenverfügung freiwillig erfolgt:

(5) „Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.“¹¹

⁴ (Hammes, et al., 2015 S. 185 ff.)

⁵ (Deutscher Bundestag, 2015)

⁶ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017)

⁷ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 8 f., §8 (3))

⁸ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 3 f., §2 (2))

⁹ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 4, §2(2))

¹⁰ (Bundesministerium für Justiz)

¹¹ (Bundesministerium für Justiz S. Absatz 5)

Daraus lässt sich der hohe Stellenwert der **Freiwilligkeit und Ergebnisoffenheit** des Angebots ablesen. D.h. die Einrichtung darf die Teilnahme am Gespräch z.B. nicht als Aufnahmekriterium heranziehen oder Bewohner*innen zu einer Teilnahme drängen, auch wenn dies aus Einrichtungssicht sinnvoll erschiene. Außerdem muss die Beratung ergebnisoffen sein, d.h. der/die zu Beratende darf in keiner Phase des Gesprächs zu irgendeiner Entscheidung gedrängt oder gar gezwungen werden, wie etwa zum Ausfüllen einer Patientenverfügung. Dies wird auch deutlich, wenn man sich die an die Krankenkasse zu meldenden Daten ansieht: In dem dafür vorgesehenen Formular¹² wird das Ergebnis der Beratung nicht abgefragt, ebenso wenig wie Details zum Inhalt. Diese sind streng vertraulich und dürfen vom Berater auch nur mit expliziter Einwilligung des/ der zu Beratenden aufbewahrt oder gar weitergegeben werden.

Diesen beiden Aspekten wird auch im Konzept des Caritasverbands für die Diözese Augsburg und im Schulungskonzept der Katholischen Akademie Regensburg besonders Rechnung getragen. Auch das Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg weist in seinem **Positionspapier** explizit auf diese Punkte hin: „Für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung ist die Vorsorgeplanung ein freiwilliges Angebot. Keine Bewohnerin und kein Bewohner kann dazu verpflichtet werden, von diesem Angebot Gebrauch zu machen.“¹³

3. Des Weiteren gibt es noch sehr geläufige Begriffe wie BVP (Behandlung im Voraus Planen) und Beizeiten begleiten.

Bei diesen Begriffen handelt es sich um die Namen von Konzepten und Projekten in diesem Bereich. Beizeiten Begleiten war eines der ersten Projekte zur Einführung von ACP in Deutschland, das als Pilotprojekt eine Vorreiterrolle auch für die Schaffung des §132g SGB V spielte. Aus diesem Projekt heraus gründete sich die DiV- BVP (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen), die das Konzept von Beizeiten Begleiten weiterentwickelte und unter dem Markennamen „BVP- Behandlung im Voraus Planen“ eingeführt hat.¹⁴

Parallel hierzu haben Wohlfahrtsverbände und andere Bildungsanbieter eigene Konzepte entwickelt.

2.2 Ausgangssituation

Zu Beginn des Implementierungsprojekts im Caritasverband für die Diözese Augsburg war das Beratungsangebot noch nicht sehr weit verbreitet. Durch die Verortung des Angebots im Hospiz- und Palliativgesetz und die Refinanzierung nur in Einrichtungen der stationären Alten- und Eingliederungshilfe, gab es zudem in Deutschland im Wesentlichen nur Beratungsangebote der dritten Stufe.

Weitere Gründe für die geringe Verbreitung von Beratungsangeboten der ersten beiden Stufen dürften folgende sein: Zum einen ist die Auseinandersetzung mit dem Tod bzw. mit dem eigenen Sterben nach wie vor ein gesellschaftliches Tabuthema, das einen breiteren und früheren Ansatz der Beratung erschwert. Zum anderen erfolgt, zusätzlich durch die Zuordnung der Beratung im §132g SGB V¹⁵ zu den Angeboten der stationären Alten- und Eingliederungshilfe und die ausschließliche Finanzierung in diesen Bereichen, auch durch die Vorgaben für die Qualifizierung der Berater*innen automatisch eine Eingrenzung auf eine bestimmte Zielgruppe: Die meisten anderen in Frage kommenden Beratungsstellen (z.B. allgemeine Sozialberatung, Krankenkassen, Seniorenberatung, ambulante Pflegedienste...) würden bereits bei der Ausbildung von Berater*innen auf Schwierigkeiten stoßen. Ohne eine öffentliche Refinanzierung wären zwar theoretisch ACP- Gesprächsangebote in verschiedenen Bereichen denkbar, z. B. durch einen Wechsel ausgebildeter Berater*innen aus dem stationären Setting, aber nur für Selbstzahler oder durch eine Finanzierung über Spenden o.ä., was das Angebot in vielen Fällen schwer realisierbar werden lassen dürfte.

¹² (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 33, Anlage 2)

¹³ (Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V., 2019 S. 10)

¹⁴ Vgl. (Mackmann, et al., 2015)

¹⁵ (Deutscher Bundestag, 2015)

Insgesamt ist aber die Grundlage, die der § 132g SGB V legt, positiv als erster Schritt hin zu einer gesellschaftlichen Haltungsänderung in Bezug auf Tod und Sterben und eine Etablierung von ACP und einer hoffentlich langfristigen Ausweitung zu sehen.

Da aber gerade im ambulanten Bereich die Beratung gut angesiedelt zu sein schien, hat sich der Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. entschlossen ganz bewusst auch ambulante Einrichtungen ins Implementierungsprojekt mit aufzunehmen um die Möglichkeiten und Chancen, die in diesem Bereich liegen aufzuzeigen, sowie geeignete Konzepte für den ambulanten Bereich zu erarbeiten.

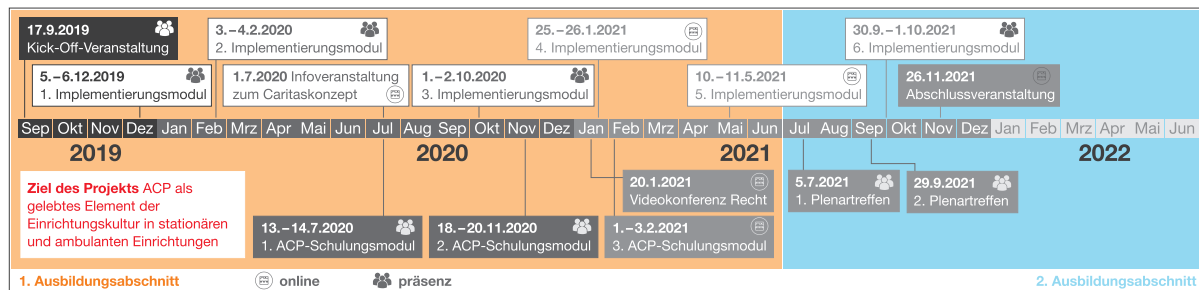
2.3 Kurzdarstellung des Modellprojekts im Caritasverband für die Diözese Augsburg

Erste Überlegungen zu einem Projekt wurden bereits mit Inkrafttreten des § 132g SGB V im Jahre 2015 angestellt. Das Implementierungsprojekt des Caritasverbands für die Diözese Augsburg selbst startete im Jahr 2018 mit der Gründung einer fachbereichsübergreifenden ACP - Steuerungsgruppe im Referat Teilhabe und Pflege. Dessen Aufgabe war es, die Grundlagen für ein Implementierungsprojekt mit integriertem Qualifizierungsangebot für Berater*innen nach §132g SGB V zu schaffen sowie das Projekt während seiner Laufzeit zu begleiten und mit der jeweils fachlichen Sichtweise und Expertise zu bereichern. Ungefähr zur gleichen Zeit erarbeitete das Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg ein Positionspapier mit dem Titel „Ethische Gesichtspunkte zur Vorsorgeplanung“¹⁶, das als ethische Grundlage aller Überlegungen zur Implementierung angesehen werden kann.

Im Mai 2019 wurde mit der Einstellung einer Projektkoordinatorin die praktische Umsetzung in einer Person gebündelt. Das ACP-Team stand weiter in beratender Funktion und als Referentinnen zur Verfügung.

Das Modellprojekt war auf zwei Säulen aufgebaut:

- Zum einen sechs Implementierungsmodule, in denen zusammen mit den teilnehmenden Einrichtungen eine gute Verankerung von ACP als neues Element der Hospiz- und Palliativkultur in der jeweiligen Einrichtungskonzeption erarbeitet wurde, woraus auch diese Handreichung entstand.
- Zum anderen die Qualifizierung zur ACP-Berater*in, die in enger Zusammenarbeit zwischen der Katholischen Akademie Regensburg und dem Fachgebiet Fortbildung Pflege des Caritasverband für die Diözese Augsburg konzipiert und durchgeführt wurde.



¹⁶ (Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V., 2019)

Die Ausschreibung¹⁷ zum Projekt erfolgte bereits Ende 2018. Es wurden interessierte Einrichtungen aus den Bereichen stationäre Eingliederungshilfe, stationäre Altenhilfe, offene Hilfen (ambulante Behindertenhilfe) und ambulante Dienste (Altenhilfe) gesucht, die ACP bei sich implementieren wollten. Aus den Bewerbern wählte die Steuerungsgruppe jeweils zwei aus jedem Bereich als Projektteilnehmende aus. Die Einrichtungen konnten je zwei Personen für das Implementierungsprojekt sowie für die Qualifizierung der Berater*innen benennen. Für ersteres war mindestens eine Person mit Entscheidungsbefugnissen verpflichtend, wobei die Schulungsteilnehmer*innen auch identisch mit den „Implementierer*innen“ sein konnten. Das Ziel war eine stabile Arbeitsgruppe, die sich im Laufe des Projekts kennen lernt und damit eine gute Vernetzung untereinander ermöglicht.

Bei der Auswahl der Einrichtungen gab es zwei Besonderheiten: Es wurde sowohl aus der Altenhilfe wie auch aus der Behindertenhilfe jeweils eine Einrichtung ausgewählt, die zugleich im stationären **und** im ambulanten Bereich implementieren wollten. Hierdurch konnten Unterschiede und Gemeinsamkeiten deutlicher beleuchtet, sowie Synergieeffekte aufgezeigt und genutzt werden.

Der Start für die ausgewählten Einrichtungen war im Herbst 2019 mit einer Kick-Off-Veranstaltung. Anschließend fanden über einen Zeitraum von ca. zwei Jahren insgesamt sechs jeweils zweitägige Implementierungsmodule, die in drei Blöcke aufgeteilte achttägige Berater*innen-schulung sowie einzelne Veranstaltungstage zu unterschiedlichen Themen und in unterschiedlichen Zusammensetzungen statt. Außerdem erfolgte eine enge Begleitung der teilnehmenden Einrichtungen durch die Steuerungsgruppe u.a. durch einen regelmäßigen Newsletter und Besuche in den Einrichtungen mit strukturierten Gesprächen.

In den Implementierungsmodulen wurden verschiedene Themen, die im Hinblick auf eine erfolgreiche Implementierung wichtig waren, beleuchtet – zum einen durch externe und interne Referent*innen, zum anderen durch Selbststudium, Austausch und Vernetzung während und außerhalb der Module. Die teilnehmenden Einrichtungen waren aufgefordert, eigene interne Projektteams zu gründen und bekamen in jedem Modul Arbeitsaufträge um die schrittweise Implementierung umzusetzen.

Das ganze Projekt war für die teilnehmenden Einrichtungen kostenfrei, da die Finanzierung über eine Förderung durch den Bischöflichen Fonds sowie aus Eigenmitteln des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e.V. erfolgte.

¹⁷ S. Anhang 15


2.4 Das „Caritas“-Konzept: Eine ethisch – politische Einordnung


2.4.1 Warum ein eigenes Schulungs- und Implementierungskonzept?

Schon lange bevor der § 132g SGB V und die Rahmenvereinbarung in Kraft getreten sind, fand im Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. eine intensive Diskussion zu Themen der hospizlich-palliativen Versorgung und auch explizit zur gesundheitlichen Versorgungsplanung statt. So gab es bereits mehrere Projekte zum Thema Tod und Sterben, über die der Caritasverband für die Diözese Augsburg die konkrete Umsetzung einer christlichen Hospiz- und Palliativkultur förderte¹⁸. Gerade vor dem Hintergrund des christlichen Menschenbildes der Caritas erschien es wichtig, sich auch zum Thema Advance Care Planning, kurz: ACP, zu positionieren. In diesem Zusammenhang positionierte sich das Ethikkomitee mit seinem Positionspapier zu ACP und es entstand im Referat Teilhabe und Pflege die Idee, ein Implementierungsprojekt durchzuführen. Besonderes Augenmerk wurde bereits von Anfang an auf die Zugangsgerechtigkeit gelegt: ACP sollte ein nicht nur auf den stationären Bereich beschränktes Angebot sein, sondern möglichst allen daran interessierten Personen offenstehen.

Kurz nach der Einführung des §132g SGB V entbrannte eine heftige Diskussion um dessen Auslegung und Zielsetzung auf unterschiedlichen Ebenen. Auch hier fand von Anfang an über das Konzept zur Implementierung eine klare Positionierung des DiCV-Augsburg sowie der Katholischen Akademie Regensburg, über das eigene Schulungskonzept – das u.a. in Zusammenarbeit mit dem Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. Augsburg entwickelt wurde – statt.

Auch das 2019 veröffentlichte Memorandum von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats des deutschen Hospiz- und Palliativverbands mit dem Titel „Innehalten und Alternativen zu ACP und Versorgungsplanung i.S.d. §132g SGB V – Memorandum“²⁰, das sich sehr kritisch mit einer zu einseitig medizinrechtlichen Auslegung des §132g SGB V auseinandersetzt, bestärkte den Caritasverband für die Diözese Augsburg in dem Bestreben, ein eigenes, ethisch fundiertes ACP-Konzept – sowohl für die Qualifizierung der Berater*innen als auch für die Implementierung des Angebots zu etablieren.

 Besonders hervorzuheben an diesem Konzept ist der **Einbezug ambulanter Einrichtungen**, die im §132g SGB V keine Berücksichtigung finden. Dieser Einbezug fand zum einen im Sinne einer Zugangsgerechtigkeit statt. Zum anderen entspricht er auch dem allgemeinen Grundsatz in der Sozialversicherung „ambulant vor stationär“, der in der Pflege Anwendung findet. Die modellhafte Ausweitung des Angebots auf ambulante Einrichtungen stellte auch eine der Motivationen für das Projekt dar.

 Besonderes Augenmerk liegt zudem auf dem Aspekt der **Ergebnisoffenheit**. Diese zeigt sich im Caritas-Konzept in der Durchführung der Gespräche in einem zweistufigen Prozess: Der Schwerpunkt liegt auf dem Gesprächsangebot selbst, in dem der Raum geöffnet wird für das Sprechen über schwere Erkrankung und das Ende des eigenen Lebens entsprechend den Themen, die den Klient*innen in diesem Zusammenhang wichtig sind. In einem zweiten – optionalen – Teil kann, auf Wunsch des/ der Klient*in, der Wille festgeschrieben werden.

Eine für die jeweilige Einrichtung stimmige Dokumentation der Gesprächsprozesse wird im Lauf der Ausbildung der Berater*innen entwickelt. Die zu erarbeitende Dokumentation bietet die Möglichkeit, die individuellen Einstellungen und Werte sowie den Willen der Klient*in abzubilden und orientiert sich hierbei an den Vorgaben der Rahmenvereinbarung: übersichtlich, nachvollziehbar und verständlich.²¹

Der Caritasverband für die Diözese Augsburg war zudem im Auftrag des Landescaritasverbandes Bayern in Arbeitsgruppen Expertenkreises Hospiz- und Palliativversorgung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zum Thema vertreten.

¹⁸ U.a. 2008 – 2015: „in Würde. Bis zuletzt. – Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung“, vgl. hierzu auch: (Fricke, et al., 2018)

¹⁹ (Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V., 2019)

²⁰ (Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands, 2019)

²¹ Vgl. 3.2.6 Durchführung und Dokumentation sowie (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 17)

2.4.2 Die Schwerpunkte des Caritas-Modells

Das Schulungskonzept der Caritas legt seinen Schwerpunkt auf die Aspekte Freiwilligkeit, Zugänglichkeit für alle und Ergebnisoffenheit der Beratungen.

Das heißt konkret:

Die Beratung ist freiwillig für die Klienten: Es darf kein Druck ausgeübt werden, die Beratung in Anspruch zu nehmen, auch wenn es aus Sicht der Einrichtung vielleicht sinnvoll erschiene.²²

Die Beratung ist offen für alle: Daher wurden auch ambulante Dienste ins Projekt aufgenommen und besonderer Wert darauf gelegt, dass Einrichtungen, die diese Beratung anbieten, Lösungen erarbeiten, wie sie auch den Klient*innen/ Bewohner*innen offenstehen kann, die nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden können. Die Abrechenbarkeit des Angebots über die gesetzlichen Krankenkassen sollte aus Sicht des Caritas- Konzepts nicht im Vordergrund stehen, sondern der Bedarf der Klient*innen.

Die Beratung soll ergebnisoffen erfolgen: Sie muss nicht zwangsläufig in einer Patientenverfügung münden. Dies steht so ausdrücklich in der Vereinbarung: „Ergebnis des Beratungsprozesses kann eine schriftliche Willensäußerung sein, die bei einwilligungsfähigen Leistungsberechtigten auch in Form einer (ggf. aktualisierten) Patientenverfügung abgegeben werden kann; dies ist jedoch nicht zwingend.“²³ Der/ die Klient*in, der/ die die Beratung in Anspruch nimmt, ist völlig frei in der Entscheidung, ob er/ sie am Ende eine Patientenverfügung ausfüllen möchte oder nicht. Daher verzichtet das Caritaskonzept auch auf eigene Formulare die „nach Schema F“ zu bearbeiten sind. Stattdessen werden in einem systemischen Beratungsprozess mit Hilfe eines Gesprächsleitfadens nach dem GROW-Modell²⁴ unter Heranziehung des Total-Pain-Konzepts nach Cicely Saunders²⁵ die Werte, Ängste, Wünsche und Bedürfnisse der zu beratenden Person umfassend ermittelt, umso, auch ohne formale Patientenverfügung oder in Fällen, wo diese nicht greift, eine gute Grundlage für die Ermittlung des Patientenwillens zu haben. Das Bedürfnis nach Rechtsicherheit für Einrichtungen durch eine Patientenverfügung, steht dabei nicht im Vordergrund. Vielmehr soll die Dokumentation ein umfassendes Bild des Klienten und seiner Werte und Erfahrungen vermitteln, das auf Wunsch mit einer Patientenverfügung, einer Notfallverfügung, einer Vorsorgevollmacht o.ä. erweitert werden kann – aber nicht muss – und es allen Beteiligten ermöglichen soll, gute Entscheidungen im Sinne des Betroffenen zu treffen. Dies wird in einer akuten Notsituation nicht immer sofort möglich sein, aber hier hat auch die Patientenverfügung und der Notfallbogen seine Begrenzungen, da, wenn schnelles Handeln erforderlich ist, meist der Arzt entscheiden muss und nicht immer die Möglichkeit besteht, die Patientenverfügung zu prüfen. Auch hier kann aber das Wissen um die Werte und Wünsche des Patienten hilfreich sein, vor allem, wenn der behandelnde Arzt davon bereits Kenntnis hat. Dadurch wird auch die Relevanz der Vernetzung und guten Kommunikation mit allen Beteiligten ersichtlich.

²² Vgl. Kapitel 2.1 Begriffsklärung sowie (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 8 f., §8 (3))

²³ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. §2 (2))

²⁴ Beim GROW- Modell handelt es sich um eine Methode der strukturierten Gesprächsführung in vier Schritten nach John Whitmore; vgl. (König, et al., 2018)

²⁵ (Clark, 1999)

3 Implementierung konkret

Im Folgenden werden die grundlegenden Elemente der Implementierung nach dem Konzept des Caritasverbands für die Diözese Augsburg e.V. von ACP vorgestellt. Nach einem allgemeinen Überblick über Aufbau und Inhalte des Projekts, werden die einzelnen Themenfelder der Implementierung detailliert beschrieben, sowie konkrete Handlungsschritte vorgestellt.

3.1 Aufbau der Implementierung

3.1.1 Herangehensweise

3.1.1.1 Herangehensweise im ACP-Projekt des DiCV

Das Implementierungsprojekt wurde, wie bereits oben erwähnt auf zwei Säulen aufgebaut. Auf der Schulung der Berater*innen und der Implementierung des Angebots in der Einrichtung. Diese beiden Säulen wurden durch ein einrichtungsinternes Projektteam miteinander vernetzt. Dies ist auch bei einer eigenständigen Implementierung zu empfehlen, da die Implementierung von ACP in die Organisationsentwicklung eingebunden sein muss: So können viele Rahmenbedingungen nicht von den Berater*innen geschaffen werden und die Haltung zu ACP muss auf allen Ebenen vermittelt und mitgetragen werden. Aus diesem Grund verlangt z.B. die Katholische Akademie Regensburg als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung zur/ zum Berater*in die Teilnahme einer Leitungskraft der Einrichtung an einem Strategieworkshop²⁶.

Während so einerseits die Entscheidungsträger*innen die konzeptuellen Rahmenbedingungen für die Implementierung schaffen und dafür sorgen, dass ACP als Haltung von der gesamten Mitarbeiterschaft mitgetragen wird, bieten die Berater*innen die Beratung ganz konkret an, schaffen die Grundlagen für ein vertrauensvolles Gespräch und sorgen für die interne und externe Vernetzung. Wenn ACP gut funktionieren soll, ist es unabdingbar, dass diese beiden Ebenen eng zusammenarbeiten und gemeinsam das Angebot implementieren.

Im Projekt wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren verschiedene, für die Implementierung relevante Themenbereiche in insgesamt sechs jeweils zweitägigen Implementierungsmodulen sowie begleitenden Arbeitsaufträgen, die außerhalb der Module zu bearbeiten waren, intensiv behandelt. Hierfür standen Referent*innen zur Verfügung, und die Teilnehmer*innen bekamen Arbeits- und Diskussionsaufträge um die ethische Haltung zu schulen, aber auch um ganz konkrete Implementierungsschritte durchzuführen.

Parallel dazu besuchten die angehenden Berater*innen die in drei Module aufgeteilte achttägige Berater*innen- Schulung und absolvierten die vorgeschriebenen begleiteten und unbegleiteten Gesprächsprozesse sowie drei Plenartage.

In den einrichtungsinternen Projektteams wurden die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Implementierungsmodulen und der Berater*innenschulung zusammengefügt und die Arbeitsaufträge gemeinsam bearbeitet.

Dieses Handbuch stellt die Themenbereiche vor, fasst, wo möglich, Inhalte der Referenten zusammen und bietet Arbeitsaufträge und Literaturhinweise an, um sich im eigenen Projektteam selbstständig mit den Themen auseinander zu setzen. Daneben werden die Arbeitsaufträge, die die Projektteilnehmer*innen erhielten im Anhang zur Verfügung gestellt. Die Reihenfolge ist nicht zwingend, hat sich aber aus der Erfahrung des Projekts bewährt.

²⁶ Vgl. (Katholische Akademie Regensburg)

Im Abschnitt Erfahrungen aus der Praxis werden zu jedem Thema Erfahrungen und Statements der Projektteilnehmer*innen aus der Projektevaluation zusammengefasst, die für die Implementierung hilfreich sein könnten.

Besonders die enge Verzahnung zwischen Berater*innenschulung und Implementierung wurde als hilfreich und wichtig bewertet.

Das Handbuch will eine Hilfe zur Implementierung sein. Eine Qualifizierung von Mitarbeiter*innen zu ACP- Berater*innen ist zur Refinanzierung des Angebotes Grundvoraussetzung.

3.1.1.2 Allgemeine praktische Tipps zur Umsetzung einer Implementierung von ACP

Folgende Tipps sind aus Erfahrungen der Projektteilnehmer*innen sowie des Projektteams des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg entstanden.

Zeit

→ Nehmen Sie sich Zeit!

Um eine erfolgreiche und in die Tiefe gehende Implementierung zu gewährleisten ist es wichtig, dass Sie hierfür Ressourcen einplanen um die nötige Fokussierung auf das Thema leisten zu können – sowohl zeitlich, als auch personell! Häufig wurde der Zeitaufwand für die Bearbeitung der einzelnen Themen von den Projektteilnehmer*innen im Vorfeld viel zu knapp eingeschätzt. Im Projekt hatte jedes Thema mindestens ½ Tag Zeit und Raum im Implementierungsmodul, einige Themen sogar zwei Tage, und zusätzlich setzten sich die Projektteilnehmer*innen in „Hausaufgaben“ zwischen den Modulen vertieft und speziell auf Ihre Einrichtung bezogen mit den Fragestellungen auseinander und präsentierten die Ergebnisse im folgenden Modul dem Plenum, was häufig zu Diskussionen und damit zu einer weiteren Vertiefung der Thematik führte!

Parallel ist den Berater*innen genügend Zeit für die Gespräche, sowie die Vor- und Nachbereitung einzuräumen – insbesondere auch schon während der Ausbildung!

Dokumentation

→ Dokumentieren Sie jeden Ihrer Arbeitsschritte

Im Projekt bekam jede Einrichtung einen gemeinsamen Implementierungsordner, sowie jede*r Teilnehmer*in einen persönlichen Projektordner. Ziel war es, im gemeinsamen Implementierungsordner alle gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse, die Materialien der Module sowie weitere interessante oder wichtige Hintergrundinformationen für das ganze Implementierungsteam einheitlich zu sammeln und zugänglich zu machen. Auch ein gemeinsames Laufwerk, mit einer klaren Struktur, auf das alle, die mit der Implementierung betraut sind, Zugriff haben, ist hilfreich.

Team

→ Arbeiten Sie im Team an der Implementierung

Es wird in den meisten Fällen nicht zielführend sein, wenn eine einzelne Person beauftragt wird, ACP zu implementieren, da für eine erfolgreiche Implementierung, eine Verzahnung der unterschiedlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Befugnisse verschiedener Personen notwendig sind:

- Der / die (angehende) Berater*in kann einbringen, was er/ sie praktisch in der Schulung lernt, kann den Kontakt zu den Klient*innen herstellen und mit zunehmender Erfahrung die Vernetzung und praktische Umsetzung des Angebots übernehmen. Auch bei der Entwicklung geeigneter Dokumentationsformen ist ihre/ seine Expertise gefragt.
- Es gibt aber auch Aufgaben, die auf Leitungsebene geregelt werden müssen: Verankerung des Angebots unter den Mitarbeiter*innen („interne Lobbyarbeit“), Festschreibung im Konzept und QM, datenschutzrechtliche Fragen, Antragstellung, organisatorische Aufgaben wie z.B. die Zur-verfügung-Stellung von Raum, Telefon, E-Mail etc.

Für eine gelingende Umsetzung ist es nötig, dass die Leitungsaufgaben mit den praktischen Aufgaben der Berater*innen eng verzahnt sind. Daher ist es empfehlenswert, ein Implementierungsteam zu bilden, das mindestens aus jeweils einer Leitungsperson und der/ dem Berater*in besteht; sollten in der Einrichtung bereits ausgebildete Berater*innen vorhanden sein und die Implementierung wird sozusagen nachgeholt, sollte das Team auch aus allen Berater*innen und einer Person mit Entscheidungsbefugnissen bestehen. Ob weitere Personen (z.B. Seelsorge, Arzt, Palliative Care Fachkraft usw.) mit ins Implementierungsteam aufgenommen werden sollen, hängt von den jeweiligen Strukturen in Ihrer Einrichtung ab und muss situationsbezogen entschieden werden.

Sicher ist: Mehr Köpfe - mehr Ideen, mehr Augen – mehr Sicherheit, mehr Leute – mehr Akzeptanz.

→ Arbeiten Sie transparent und strukturiert nach innen wie nach außen!

Klären Sie im Team die Modalitäten der Zusammenarbeit (s. auch Thema 1: Projektmanagement):

- Zuständigkeiten
- Zeitlicher Rahmen (wie lange soll die Implementierung dauern, wie häufig treffen Sie sich, wieviel Zeit planen Sie wofür ein...)
- Wie wollen Sie die Zusammenarbeit gestalten?
- Holen Sie sich kompetente Hilfe: Laden Sie zu einzelnen Themen Fachleute ein – aus Ihrer eigenen Einrichtung oder extern oder klären Sie, ob es vielleicht irgendwo eine Veranstaltung zu genau diesem Thema gibt, die Sie nutzen könnten. Keiner kann und muss zu allen Themen Fachmann*frau sein, außerdem bringen Referent*innen häufig frischen Wind und neue Perspektiven von außen mit – die praktische Umsetzung bleibt ja dennoch Ihre Aufgabe.
- Kommunizieren Sie das Projekt auch außerhalb des Projektteams, um den Rückhalt in der Belegschaft zu den anstehenden Änderungen zu gewinnen. – „Geheimprojekte“ wecken eher Misstrauen als Kooperation!
- Arbeiten Sie mit Teilzielen/ Meilensteinen etc. und feiern und kommunizieren Sie jeden Erfolg!

3.1.2 Themenbereiche

Folgende Themenbereiche wurden im Laufe des Modellprojekts bearbeitet und sollten auf jeden Fall in der Implementierung bearbeitet werden:

- Ethik/ Haltung gegenüber dem Leben, Tod und Sterben und der Frage der Planbarkeit des Sterbens
- rechtliche Grundlagen
- Grundlagen des Projektmanagements
- Kommunikation: Kommunikationsformen innerhalb der Einrichtungen, Kommunikationsströme, interne und externe Kommunikation
- Durchführung und Dokumentation: Welches Schulungskonzept passt zur eigenen Einrichtungskultur? Welche Konsequenzen für die Durchführung und Dokumentation der Gespräche ergeben sich daraus? Welche Zielsetzung verfolgen wir als Einrichtung mit dem Angebot und welche Auftragsstellung an die Berater*innen ergibt sich daraus?
- Hintergründe des Caritas- Schulungskonzepts, Unterschiede zu anderen Konzepten, auch im Hinblick auf ethische Gesichtspunkte und Durchführung und Dokumentation
- Interne und externe Vernetzung: Ist- Analyse und Auf-/ Ausbau der Vernetzung im Sinne von ACP
- Hospiz- und Palliativkultur: Reflexion der bereits vorhandenen hospizlich-palliativen Strukturen in der eigenen Einrichtung; Auf- bzw. Ausbau der Hospizkultur und Erweiterung um ACP

Dabei ist zu beachten, dass einige Themen in anderen immer wieder auftauchen: So zieht sich die Frage der ethisch reflektierten Haltung durch das gesamte Projekt, Kommunikation spielt an mehreren Stellen eine entscheidende Rolle, ebenso wie Vernetzung und rechtliche Fragen. Daher nehmen die Inhalte auch immer wieder aufeinander Bezug oder beschäftigen sich mit dem scheinbar Gleichen aus unterschiedlicher Perspektive.

3.1.3 Verzahnung mit der Berater*innenschulung

Da das Caritaskonzept der Berater*innenschulung im Vergleich zu den Schulungen anderer Anbieter deutlich andere Schwerpunkte setzt und die Schulung der Berater*innen unabdingbar für eine Implementierung des Angebots ist, ist es zu empfehlen, die Schulung und die Implementierung eng miteinander zu verzahnen. Im Projekt erfolgte dies dadurch, dass die Schulungsteilnehmer*innen Teil der einrichtungsinternen Projektteams waren. Zudem wurden die „Implementierer*innen“ in einem ganzen Schulungsmodul über die Grundhaltungen und Hintergründe des Caritaskonzepts informiert. Dies war im ursprünglichen Projektdesign nicht so intensiv geplant, da aber einige Einrichtungen bereits Berater*innen bei anderen Trägern ausgebildet hatten und es dadurch zu Irritationen kam, wurde das Thema vertieft. Hierfür stand die Leiterin des Berater*innenkurses der Katholischen Akademie Regensburg zur Verfügung. So konnte vermieden werden, dass es innerhalb der Einrichtungen zu Unstimmigkeiten zwischen „alten“ und „neuen“ Berater*innen bzw. Implementierer*innen und Berater*innen kommt, da diese unterschiedliche Konzepte kennengelernt hatten. Dabei ist es aber durchaus im Sinne des Caritas-Konzepts, unterschiedliche Herangehensweisen nebeneinander stehen zu lassen, es ist kein Konzept besser oder schlechter, vielmehr beleuchten sie unterschiedliche Aspekte des gleichen Themas mehr bzw. weniger. Es kann also durchaus auch interessant sein, die verschiedenen Ansätze in einer Einrichtung zu vereinen.

Wichtig sind hierfür eine generelle Offenheit und die Fähigkeit aller Beteiligten, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu erkennen und damit umzugehen und einen für die jeweilige Einrichtung stimmigen Weg in der Umsetzung zu finden.



Grundkenntnisse über die Schwerpunkte und die generelle Ausrichtung der gewählten Berater*innenschulung auch auf Leitungsebene wurden von allen Projektteilnehmer*innen als elementar für die Implementierung angesehen. Daher empfahlen die Projektteilnehmer*innen dieses Thema bereits zu Beginn der Implementierung in den Blick zu nehmen.

3.2 Vorbereitende Themen zur Implementierung

3.2.1 Projektmanagement



3.2.1.1 Ziel der Einheit

„Die Etablierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe setzt einen Organisationsentwicklungsprozess in den Einrichtungen voraus. Hierbei geht es um die Einbindung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in die Strukturen und Prozesse der Einrichtung.“²⁷

Dieser Satz aus der Präambel der Rahmenvereinbarung stellt bereits klar, dass die Einführung von ACP ein Organisationsentwicklungsprozess ist. Daher ist es wichtig, sich mit grundlegenden Fragen des Projektmanagements auseinanderzusetzen, bevor das Angebot implementiert werden kann.

Im § 7 Absatz 1 der Vereinbarung zum §132 g SGB V wird erneut auf die Einbindung des Angebots in die „Gesamtstruktur und konzeptionelle Ausrichtung der Einrichtung“²⁸ eingegangen.

Dies setzt gute Kenntnisse in Organisationsentwicklung und Projektmanagement voraus.



So ist es Ziel dieser Einheit, ein Bewusstsein für sehr unterschiedliche Herangehensweisen an Projekte zu schaffen. Dadurch kommt es zu weniger Missverständnissen innerhalb des Teams, was eine effizientere Arbeitsweise ermöglicht (entgegen dem Motto: TEAM = Toll Ein Anderer Macht's!).

Auch sollen verschiedene Führungsstile beleuchtet und reflektiert werden, um so eine gute Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Außerdem wird auf eine gängige Methode zur Zielfindung eingegangen.

Die Einheit hängt außerdem eng mit dem Thema IST-Stands-Analyse zusammen und sollte gemeinsam mit dieser ganz am Anfang der Implementierung stehen.



3.2.1.2 Inhalte

In dieser Einheit geht es um Grundlagen des Projektmanagements.²⁹ Es werden unterschiedliche Herangehensweisen an Projekte betrachtet. Das Ziel ist, zu reflektieren, wie bisher gearbeitet wurde, ob dies der zum Projektteam, zur Einrichtung und zum Thema passende Weg ist und gegebenenfalls den Horizont zu erweitern und neue Wege der Projektsteuerung auszuprobieren. Die Einheit soll dafür ein Bewusstsein schaffen, um ein reflektiertes, effektives und effizientes³⁰ Arbeiten im Projekt zu ermöglichen.



S. 51

Die im Anhang befindliche Flipchartpräsentation³¹ stellt die zwei großen „Schulen“ des Projektmanagement – klassisch und agil – gegenüber.

²⁷ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 1)

²⁸ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 8)

²⁹ Die Inhalte der Einheit beziehen sich auf: (Windolph, et al.)

³⁰ Effektiv = „Die richtigen Dinge tun“ – also Dinge mit denen das Ziel grundsätzlich erreicht werden kann.

Effizient = „Die Dinge richtig tun“ – also die Dinge auswählen und tun, die am besten zum Ziel führen. (Windolph, et al. S. effektiv - effizient)

³¹ Vgl. Anhang 1

Außerdem werden mehrere typische Methoden und Arbeitsweisen dargestellt, die sich evtl. auch als Kombinationsform gut zur Planung und Steuerung eines Projektes eignen:

- Der „Wasserfall“ bzw. die „Treppe“
- Scrum und Kanban

(Genauere Informationen zu den einzelnen Methoden finden sich in den im Literaturverzeichnis angegebenen Webseiten³².)

Egal welche Methoden der Projektsteuerung gewählt werden, bedarf es neben der regelmäßigen Überprüfung der Projektziele auch einer regelmäßigen Überprüfung des Projektmanagements auf der Metaebene, vor allem in Bezug auf die Zusammenarbeit des Teams.

Des Weiteren beschäftigt sich diese Einheit mit **unterschiedlichen Führungsstilen** – hier bezogen auf die Leitung eines Projektteams. Auch diese sollten reflektiert und passend zum Projektziel gewählt werden.

Sinnvoll wäre es zudem, dass die Art der Projektmanagements bewussten Entscheidungen und Überlegungen entspringt und vom ganzen Team mitgetragen wird.

Als letztes gilt es sich in dieser Einheit mit der **Zielfindung** zu beschäftigen: Der Weg ist nämlich meistens NICHT das Ziel – und ganz besonders nicht bei der Implementierung von ACP. Vielmehr braucht es konkrete (Zwischen)ziele, um den Weg zu finden. Die Präsentation im Anhang bedient sich hier der SMART-Regel, die ebenfalls auf der bereits erwähnten Website sehr übersichtlich dargestellt und erklärt wird³³.



3.2.1.3 Praktische Arbeitshilfen zur Umsetzung

Dieses Thema umfasste im Projekt einen halben Tag im Implementierungsmodul sowie die dazu gehörigen Arbeitsaufträge.

Diese Grundlagen des Projektmanagements sollten allen Mitgliedern des Projektteams bekannt sein, sie können im Team auch diskutiert werden. Im Idealfall einigt sich das Team auf eine Herangehensweise und reflektiert diese immer wieder.

Im Anhang findet sich hierzu die Präsentation aus dem Implementierungsprojekt³⁴. Des Weiteren sind sehr anschauliche Informationen im Internet zu finden unter www.Projekte-leicht-gemacht.de. Außerdem finden Sie die dazugehörigen Arbeitsaufträge in Anhang 2³⁵.

S. 54

Auf der Grundlage der oben genannten Website basiert auch die Präsentation im Anhang.

Eine mögliche Vorgehensweise wäre folgende:

- Ein oder mehrere Teammitglieder informieren sich über die unterschiedlichen Methoden und Ansätze und stellen diese im Team vor.
- Sie diskutieren gemeinsam das Für und Wider der verschiedenen Ansätze.
- Sie einigen sich im Team, wie Sie die Zusammenarbeit gestalten möchten – vielleicht möchten Sie ganz neue Wege gehen, vielleicht auch lieber bereits bewährte Methoden beibehalten, vielleicht aber auch beides kombinieren, das hängt ganz von Ihren bisherigen Erfahrungen und ihren Ressourcen ab. Wichtig ist, dass Sie die Vorgehensweise immer wieder reflektieren und gegebenenfalls anpassen und dabei nicht das Ziel aus den Augen verlieren. Die Methoden auszuwählen und zu reflektieren, sollte nicht das eigentliche Thema überlagern, sondern die Umsetzung unterstützen!

³² (Windolph, et al.)

³³ (Windolph, et al.)

³⁴ Vgl. Anhang 1

³⁵ Vgl. Anhang 2

- Machen Sie sich Gedanken über Ihre Motivation, ACP in Ihrer Einrichtung zu implementieren – sowohl die jedes einzelnen (*Warum bin ich in diesem Projektteam? Was soll am Ende anders sein? Was kann ich dazu beitragen?*), als auch die der gesamten Einrichtung (*Warum wollen wir ACP in unserer Einrichtung implementieren? Was erwarten wir uns davon? Wer soll davon in welcher Art und Weise profitieren?...*) Hierfür bieten sich verschiedenen Methoden an. Im Projekt gestaltete jeder zunächst ein eigenes Plakat, dann wurde in der Kleingruppe diskutiert und ein gemeinsames Plakat entworfen.
- Lesen Sie dieses Handbuch um einen Überblick über die zu bearbeitenden Themen zu bekommen.
- Überlegen Sie sich, wie Sie im Team mit diesem Handbuch arbeiten möchten und wo Sie fachlichen Rat brauchen.
- Stellen Sie einen Zeitplan auf um die in diesem Handbuch aufgeführten Themen zu bearbeiten.
- Versuchen Sie, Ziele und evtl. Zwischenziele nach der SMART-Methode zu formulieren.
- Kümmern Sie sich frühzeitig um evtl. benötigte Referenten.
- Bearbeiten Sie die Arbeitsaufträge aus dem Projekt.



3.2.1.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Ohne Erfahrungen im Projektmanagement ist die Implementierung kaum möglich!
- ✓ Eine reflektierte Entscheidung für eine Vorgehensweise ist im späteren Verlauf wichtig, um die Zeitstruktur sowie die Projektschritte im Blick zu behalten.
- ✓ Es ist hilfreich und wichtig, sich am Anfang Zeit zu nehmen, das Projekt zu strukturieren und zu planen.
- ✓ Nur mit einer strukturierten Planung können alle weiteren Themenbereiche detailliert bearbeitet werden.
- ✓ Zeit ist ein wesentlicher Faktor, deshalb ist das Thema Zeitmanagement in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung!

3.2.2 IST-Analyse/ Reflexion des aktuellen Standes



3.2.2.1 Ziel dieser Einheit:

Diese Einheit stellt einen ersten praktischen Umsetzungsschritt des vorherigen Themas dar und sollte auch am Anfang der Implementierung durchgeführt werden. Sie dient aber auch im Projektverlauf immer wieder zur Überprüfung des Erreichten.

Um ein neues Element wie ACP erfolgreich in die Einrichtungskultur zu integrieren, ist es sinnvoll, zunächst den IST- Stand zu erheben: Was gibt es bereits in der Einrichtung? Wo sind mögliche Anknüpfungspunkte? Welche Ressourcen sind vorhanden und können genutzt werden? Wo besteht evtl. noch Handlungsbedarf?



Das Ziel dieser Einheit ist es, einen Überblick über den aktuellen Stand möglichst vieler mit der Einführung von ACP zusammenhängenden Aspekte zu bekommen, um so bei der Implementierung den Fokus besonders auf die Bereiche legen zu können, die noch einer vertieften Bearbeitung bedürfen.



3.2.2.2 Inhalte

Im Rahmen des Projekts fand eine IST- Standserhebung mehrmals im Laufe des Projektzeitraums mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und unterschiedlicher Zielsetzung statt:

- Zu Beginn eine Analyse mit Hilfe eines Fragebogens und eines Spinnennetzdiagramms³⁶
- Zum Thema „Vernetzung“ mit Hilfe des Instruments der Nutzwertanalyse und der Netzwerkkarte³⁷
- Zum Thema Hospiz- und Palliativkultur mit einem beliebigen Instrument
- Außerdem waren die Projektteilnehmer*innen immer wieder aufgefordert mit Hilfe der bereits bekannten Instrumente Veränderungen im IST-Stand zu erheben und zu dokumentieren, so zum Beispiel im Vorfeld der Einrichtungsgespräche.
- Durch die Präsentation der Arbeitsaufträge fand ein regelmäßiger Abgleich mit den anderen Projekteinrichtungen statt. – Wenn Sie als Einrichtung alleine implementieren ist hier Selbstdisziplin gefragt.

S. 55

S. 59



3.2.2.3 Praktische Arbeitshilfen zur Umsetzung

- Machen Sie sich mit unterschiedlichen Analyseinstrumenten vertraut oder schauen Sie, ob es in Ihrer Einrichtung vielleicht ein erprobtes Instrument gibt, mit dem Sie gut zurechtkommen.
- Erarbeiten Sie sich den aktuellen IST- Stand zu Beginn der Implementierung anhand des Spinnennetzdiagramms oder mit Hilfe eines anderen Instruments. Orientieren Sie sich dazu an den Fragen zum Spinnennetzdiagramm, bei Bedarf können Sie diese auch erweitern oder ersetzen.
- Orientieren Sie sich an den Inhalten dieses Handbuchs und finden Sie heraus, welchen Themen Sie besondere Aufmerksamkeit widmen sollten und wo sie auf Ressourcen zurückgreifen können.
- Diskutieren Sie die Ergebnisse im Team und leiten daraus Ihr Vorgehen ab.
- Wiederholen Sie diese Analyse im Laufe der Implementierung mehrmals, um Ihr Fortschreiten zu erfassen und zu dokumentieren sowie Entwicklungspotentiale zu entdecken.
- Machen Sie zusätzlich Analysen zu einzelnen Themenbereichen, um hierzu detaillierte Infos über Ihren aktuellen Stand und die weiteren Schritte abzuleiten (z.B. zum Stand der Hospiz- und Palliativkultur, zur Ihren Netzwerkpartner*innen in Bezug auf ACP, zu ihren internen Kommunikationsstrukturen...). Eine Analyse ist immer dann sinnvoll, wenn Sie nicht sicher sind, inwieweit genau das Thema bereits in Ihrer Einrichtung verankert ist.
- Seien Sie selbstkritisch ohne zu hart mit sich ins Gericht zu gehen: Suchen Sie nach Entwicklungspotentialen nicht nach Defiziten!



3.2.2.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Eine IST- Stands-Analyse zu Beginn der Implementierung ist unerlässlich.
- ✓ Eine erneute Erhebung im Verlauf des Projekts hilft, um das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren und Erfolge sichtbar zu machen. Sie stellt ein gutes Instrument zur Reflexion und Nachjustierung dar.
- ✓ Es gibt viele Analyseinstrumente: Wichtig ist, dass das Instrument hilfreiche Erkenntnisse liefert und für das ganze Team einfach in der Anwendung und Auswertung ist.
- ✓ Eine- IST- Stands- Analyse mit einem gut verständlichen Instrument hilft auch bei der Argumentation gegenüber Leitungsebene oder Kolleg*innen/ Mitarbeiter*innen.

³⁶ Vgl. Anhang 3: Spinnennetzdiagramm, Anleitung und Fragen

³⁷ Vgl. Anhang 4: Netzwerkkarte/ egozentrisches Netzwerk

3.3 Themen der Implementierung

3.3.1 Rechtliche Grundlagen



3.3.1.1 Ziel der Einheit

Auseinandersetzung und Kenntnis der rechtlichen Grundlagen des Angebots ACP sowie damit zusammenhängender weiterer Rechtsbegriffe und Bestimmungen.



3.3.1.2 Inhalte

Gesetzliche Grundlagen

- **§132g SGB V: Grundlage für das (über die gesetzlichen Krankenkassen abrechenbare) Angebot ACP³⁸**
- **Vereinbarung zum §132g SGB V: Details zum §132g SGB V, bezüglich der Voraussetzungen für die Anerkennung durch die Krankenkassen³⁹**
→ Hierbei handelt es sich um DIE zentralen rechtlichen Instrumente zu ACP!

- Einwilligung(un)fähigkeit: ist ein nicht klar definierter rechtlicher Begriff, steht in engem Zusammenhang mit den Regelungen zur Betreuung und zur Patientenverfügung, wirft vor allem auch ethische Fragen auf, kann vorübergehend oder dauerhaft sein, ist abzugrenzen von Geschäfts(un)fähigkeit! Wer geschäftsunfähig ist, kann dennoch einwilligungsfähig sein! Auch die Vereinbarung geht in einer Fußnote hierauf ein: „Willensäußerung im Sinne dieser Vereinbarung ist sowohl ein verbaler oder non-verbaler, unmissverständlicher Ausdruck des natürlichen Willens einer nicht-einwilligungsfähigen Person als auch der Ausdruck des Willens einer einwilligungsfähigen Person im Rahmen des Beratungsprozesses.“⁴⁰ „Solange die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte sich selbst äußern kann – auch nonverbal – steht im Beratungsprozess ihre/seine Willensäußerung vor allen anderen Erwägungen. Dabei ist mit besonderer Sorgfalt der Inhalt einer solchen Äußerung festzustellen – insbesondere da Gegenstand der Ermittlung zukünftige Handlungen und Versorgungsformen sind.“⁴¹
- Frage der Rechtssicherheit: Was ist Rechtssicherheit? Ist Rechtssicherheit das Ziel? Inwiefern kann ein Vorsorgeinstrument überhaupt Rechtssicherheit geben?
- §1901a BGB⁴²: Regelungen zur Patientenverfügung
- Weitere Vorsorgeinstrumente, z. B. Vorsorgevollmacht, Notfallplan...
- Betreuungsrecht⁴³: Regelungen zu Aufgaben, Rechten und Pflichten von gesetzlichen Betreuern, ist auch unter ethischen Aspekten wichtig. (Achtung: Wichtige Änderungen im Betreuungsrechts ab 2022, wodurch die Selbstbestimmung des/ der Betreuten gestärkt und die Rechte des/ der Betreuer*in noch stärker auf den Willen des Betreuten ausgerichtet werden müssen!)
- Hospiz- und Palliativgesetz⁴⁴: regelt die hospizliche Versorgung in Deutschland

³⁸ (Deutscher Bundestag, 2015)

³⁹ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017)

⁴⁰ Fußnote zu: „Ergebnis des Beratungsprozesses kann eine schriftliche Willensäußerung sein, die bei einwilligungsfähigen Leistungsberechtigten auch in Form einer (ggf. aktualisierten) Patientenverfügung abgegeben werden kann; dies ist jedoch nicht zwingend.“ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 4)

⁴¹ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 6 §5 (6))

⁴² (Bundesministerium für Justiz)

⁴³ (Bundesministerium der Justiz)

⁴⁴ (Dt. Bundesregierung, 2015)

- **Datenschutz:** Die DSGVO ⁴⁵ regelt, welche Daten von wem eingesehen und verarbeitet werden dürfen. Grundsätzlich ist im Rahmen von ACP der Datenschutz sehr wichtig, da es sich um ein sehr intimes Thema und einen unter Umständen sehr vulnerablen Personenkreis handelt. Es ist auch immer im Einzelfall abzuwägen, ob und inwieweit eine vorherige Einsichtnahme in die Klient*innenakte durch den/die Berater*in erlaubt und sinnvoll ist – auch aus ethischer Sicht. Gleiches gilt für die Übernahme von Gesprächsergebnissen in die Klient*innenakte: Hier muss mit dem/ der Datenschutzbeauftragten genau abgestimmt werden, in welcher Form der/ die Klient*in seine Zustimmung hierzu explizit erteilen muss.

Schritte zur Umsetzung

Voraussetzungen zur Abrechnung mit den Krankenkassen

- ⌘ Die Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistung mit den Krankenkassen wird im §132g SGB V sowie in der dazugehörigen Rahmenvereinbarung geregelt.
- ⌘ Es gibt sehr detaillierte Vorgaben, betreffend die Zertifizierung als Berater*in sowie für die Abrechnung. Auch die Ausbildungsinhalte und die Aufgaben der Berater*innen und der Einrichtungen, die ACP anbieten möchten sind sehr klar geregelt.
- ⌘ Daher ist es wichtig für eine erfolgreiche Implementierung sich detailliert mit diesen beiden Dokumenten auseinanderzusetzen. Auch in dieser Handreichung wird immer wieder darauf Bezug genommen.

Antragsstellung etc.

Um ACP nach §132g SGB V anbieten zu können, muss eine Einrichtung folgende Schritte gehen ⁴⁸:

- ⌘ Sie muss die Voraussetzungen erfüllen (derzeit können nur stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe das Angebot abrechnen)
- ⌘ Sie muss Personen für die Berater*innenschulung finden, die die berufliehen und vor allem auch die persönlichen Voraussetzungen mitbringen, die im §132g SGB V und in der Vereinbarung genannt sind ⁴⁹ und diese bei einem anerkannten Bildungsträger ausbilden lassen. (Die Überprüfung erfolgt durch den Ausbildungsträger, erteilt er die Zulassung und wenn die Ausbildung erfolgreich absolviert ist, erfolgt die Zertifikatserteilung, mit der die Berater*innen dann bei der Krankenkasse gemeldet werden.)
- ⌘ Die Einrichtung muss bei der für ihre Region zuständigen federführenden Krankenkasse (i.d.R. deren Landesverband) die Zulassung beantragen, unter namentlicher Nennung der Berater*innen sowie dem Nachweis, dass diese mindestens den ersten Teil der Ausbildung abgeschlossen haben ⁵⁰ (der zweite Teil muss dann innerhalb eines Jahres abgeschlossen werden, um die weitere Zulassung zu erhalten.) Dafür gibt es in der Vereinbarung zum §132g Formulare; auch die federführende Krankenkasse ist hierüber zu ermitteln. Die Zulassung ist IMMER an die Person des/ der Berater*innen gebunden; d.h. ein personeller Wechsel erfordert eine erneute Meldung an die Krankenkasse, wobei die Eignung erneut geprüft wird und gegebenenfalls die Jahresfrist erneut beginnt: Wenn eine Einrichtung also eine*n neue*n Berater*in melden will, prüft die Krankenkasse, ob diese*r bereits zertifiziert ist, bzw. erteilt die Zulassung befristet, bis zum Ablauf des zweiten Ausbildungsteils. Das hat keinen Einfluss auf die anderen bereits gemeldeten Berater*innen.

⁴⁵ (Europäische Union, 2018)

⁴⁶ (Deutscher Bundestag, 2015)

⁴⁷ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017)

⁴⁸ Vgl. (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017)

⁴⁹ Vgl. (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 12 ff. §12)

⁵⁰ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 19 §14)

- ↯ Zusätzlich muss ein Konzept für die geplante Beratung nach §132g SGB V/ ACP erstellt und bei der federführenden Krankenkasse eingereicht werden ⁵¹.
- ↯ Ist die Zulassung durch die Krankenkasse erfolgt, kann die Beratung angeboten und über die Krankenkasse abgerechnet werden und steht allen gesetzlich Versicherten in der Einrichtung zur Verfügung. Die Vergütung erfolgt nach einem festen Vergütungsschlüssel (derzeit ⁵² pauschal nach der Anzahl der gesetzlich versicherten Bewohner*innen.) D.h. es ist egal wie viele Berater*innen eine Einrichtung hat, die Refinanzierung erfolgt abhängig von der Klient*innenzahl: Die genaue Berechnung lässt sich aus der Vereinbarung zum §132 g ersehen.(s. unten) ⁵³.
- ↯ Für andere Personengruppen (ambulant betreute Klient*innen, privat Versicherte) kann das Angebot z.B: als Selbstzahlerleistung ebenfalls angeboten werden. Ebenso sind Einzelverträge mit den jeweiligen Kostenträgern denkbar. Dies ist aber immer im Vorfeld der Beratung abzuklären, da hier kein gesetzlicher Anspruch besteht, wie bei den im §132g SGB V genannten Personengruppen. ⁵⁴
- ↯ Die Abrechnung erfolgt in vorgegebenen Abständen unter Verwendung der in der Vereinbarung vorgegebenen Formulare mit den einzelnen Krankenkassen der Klient*innen ⁵⁵.

Zur Antragstellung und zur Abrechnung mit den Krankenkassen ist der Vereinbarung ein Formular angefügt, das in sehr knapper und einfacher Form das Gespräch dokumentiert: Es werden lediglich die zur Abrechnung erforderlichen Eckdaten abgefragt, keine Gesprächsinhalte oder Ergebnisse.

Einzig dieses Formular muss zur Abrechnung für jede*n Klienten*in ausgefüllt und weitergegeben werden:

„Die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Daten sind entsprechend § 9 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 17 Abs. 6 zu dokumentieren.“ ⁵⁶

„Der Leistungsnachweis ist nach Abschluss des Beratungsprozesses zu erstellen und der Krankenkasse zu übermitteln (vgl. § 17 Abs. 6)“ ⁵⁷

„Die Einrichtung hat nach Abschluss des Beratungsprozesses nach § 8 an die Krankenkasse der Versicherten/des Versicherten den in der Anlage beigefügten Vordruck des Leistungsnachweises zu übermitteln (s. Anlage 2). Die Zahlung der monatlichen Pauschale nach § 15 Abs. 4 ist unabhängig von den zu übermittelnden Leistungsnachweisen.“ ⁵⁸

In den Paragraphen der Vereinbarung zum §132g SGB V, die sich mit der Dokumentation befassen (§5, §9, §17) ⁵⁹ ist bereits zu ersehen, dass die Ergebnisoffenheit auch aus Sicht des Gesetzgebers eine große Rolle spielt: Die Einrichtung oder der/ die Berater*in ist niemandem Rechenschaft über die Inhalte der Gespräche schuldig. Diese sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht. Auch in anonymisierter Form werden keine Angaben dazu erhoben ob Patientenverfügungen erstellt wurden oder was die konkreten Ergebnisse der Gespräche waren.

⁵¹ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 19, §14 (3))

⁵² Stand 01.2022

⁵³ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 20, §15)

⁵⁴ Vgl. (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 4 §3)

⁵⁵ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 22 §17)

⁵⁶ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 7, §5 (10))

⁵⁷ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. S. 9f §9 (1))

⁵⁸ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 22 §17 (6))

⁵⁹ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017)



3.3.1.3 Praktische Arbeitshilfen zur Umsetzung

Setzen Sie sich mit den gesetzlichen Grundlagen von ACP auseinander. Besonders die Rahmenvereinbarung zum §132g gibt bereits auf viele Fragen eine Antwort. Zu einigen Punkten kann es aufgrund der Komplexität gesetzlicher Regelungen ist es hier sicher hilfreich, eine*n erfahrenen Sozialrechtsjurist*in zu Rate zu ziehen, aber nicht immer ist die rein juristische Sichtweise bei der Implementierung von ACP hilfreich: So ist beispielsweise die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen noch nicht in allen Teilen im Betreuungsrecht umgesetzt. Ein weiteres Beispiel ist das Thema „Einwilligungsfähigkeit“: Dieser Begriff taucht zum Beispiel im Betreuungsrecht oder im Gesetz zur Patientenverfügung immer wieder auf, ist aber nicht klar definiert und auch nicht pauschal definierbar, sondern muss im Einzelfall geklärt werden. So kann beispielsweise ein Mensch mit kognitiven Einschränkungen oder beginnender oder fortgeschrittener Demenz, der unter umfassender Betreuung steht und nicht geschäftsfähig ist, durchaus dennoch bei bestimmten Themen einwilligungsfähig sein⁶⁰. Auch die UN Behindertenrechtskonvention geht davon aus, dass jeder Mensch grundsätzlich Entscheidungen treffen kann – er muss nur dazu befähigt werden.⁶¹

Hieraus ergibt sich auch bei beiden Gruppen (Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz) die ethische Grundsatzfrage nach der Vertreterdokumentation: – Geht das überhaupt oder widerspricht dies den Grundsätzen der Behindertenrechtskonvention, die davon ausgeht, dass jeder Mensch in der Lage ist, sich seinen Willen zu bilden, sofern er dazu befähigt wird?

Aus diesem Grund ist es wichtig, sich auch aus ethischer Sicht mit den gesetzlichen Vorgaben auseinanderzusetzen.

Im Projekt umfasste das Thema einen halben Tag sowie die Arbeitsaufträge, es hätte aber auch gut mehr Zeit darauf verwendet werden können. Aufgrund der Komplexität ist es allerdings ratsam, sollte mehr Zeit darauf verwendet werden, eher kleinere Unterthemen einzeln zu behandeln.

Eine empfehlenswerte Vorgehensweise wäre:

- Machen Sie sich besonders mit dem §132g SGB V sowie der Vereinbarung zum §132g vertraut. Als weiteres Hilfsmittel gibt es zudem auch noch einen Fragen- Antworten- Katalog zum §132 g.⁶²
- Setzen Sie sich Schritt für Schritt damit auseinander und sammeln offene Fragen.
- Bearbeiten Sie im Team weitere Gesetztestexte, die im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit dem §132g und der Vereinbarung relevant sind: Diskutieren Sie darüber und sammeln offene Fragen.
- Beschäftigen Sie sich mit der UN- Behindertenrechtskonvention⁶³ und der „Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen“⁶⁴ sowie der „Charta zur Betreuung Sterbender“⁶⁵
- Befassen Sie sich mit den unterschiedlichen Vorsorgeinstrumenten, nicht nur mit der Patientenverfügung.
- Diskutieren Sie die Frage der Rechtssicherheit: Auch eine Patientenverfügung gibt keine endgültige Rechtssicherheit, ein Aspekt von ACP ist auch das Aushalten einer gewissen Unsicherheit. Diskutieren Sie darüber.

⁶⁰ (Winzen, 2022)

⁶¹ (Praetor Verlagsgesellschaft)

⁶² (GKV- Spitzenverband, 2017)

⁶³ (Praetor Verlagsgesellschaft)

⁶⁴ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit, 2020)

⁶⁵ (Bundesärztekammer; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.)

- Klären Sie gegebenenfalls Unklarheiten mit einem Juristen, der sich mit Sozialrecht und vor allem auch mit Betreuungsrecht und im Idealfall mit ACP gut auskennt.
- Überprüfen Sie, welche Regelungen in Ihrer Einrichtung sowieso schon relevant sind und klar geregelt (z.B. Datenschutz) bzw. wo es evtl. Überprüfungs- oder Anpassungsbedarf in Bezug auf die ACP Gespräche geben könnte.
- Machen Sie sich mit den Unterlagen zur Antragsstellung (um bei den Krankenkassen als Einrichtung für die Gesprächsbegleitung nach §132g anerkannt zu werden) sowie mit den Modalitäten der Abrechnung vertraut.



- Bearbeiten Sie die Arbeitsaufträge zum Thema. ⁶⁶
- Überlegen Sie wie Sie das Dilemma rund um Rechtssicherheit, Einwilligungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit, Betreuungsrecht, und dem Recht und der Fähigkeit zur eigenen Willensbildung gut für Ihre Klienten lösen könnten. Dies wird vor allem in der Frage der Durchführung und Dokumentation relevant. ⁶⁷



3.3.1.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Die intensive schrittweise Auseinandersetzung mit dem §132g SGB V und der dazugehörigen Vereinbarung ist unerlässlich für das Verständnis und die Implementierung von ACP! Hier sind die Antworten auf die meisten Fragen zu ACP zu finden.
- ✓ Die Kenntnis weiterer rechtlicher Grundlagen ist hilfreich.
- ✓ Insbesondere Kenntnisse im Betreuungsrecht und über verschiedene Vorsorgeinstrumente sind hilfreich.
- ✓ Rechtssicherheit für die Einrichtung kann auch mit Patientenverfügung u.ä. nicht 100% hergestellt werden.
- ✓ Es ist in jedem Fall sinnvoll, sich zu diesem Thema fachlichen Rat zu holen.
- ✓ Rechtliche Fragen kommen immer wieder auf und sind häufig verknüpft mit ethischen Fragen!

⁶⁶ Arbeitsauftrag Recht: Anhang 5

⁶⁷ Eine Möglichkeit mit diesem Dilemma umzugehen, finden Sie im Abschnitt Durchführung und Dokumentation

3.3.2 Ethische Überlegungen



3.3.2.1 Ziel der Einheit

Ziel dieser Einheit ist es, sich mit ethischen Fragestellungen rund um ACP auseinanderzusetzen und eine für die Einrichtungskultur passende Antwort zu finden. Auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zu Tod und Sterben sowie der Haltung der eigenen Einrichtung zu diesem Thema werden hier bearbeitet und gegebenenfalls weiterentwickelt.



3.3.2.2 Inhalte

ACP ist als solches bereits ein originär ethisches Thema, da die Frage nach einem „guten Sterben“ ebenso wie nach den Kriterien eines individuell guten Lebens eine zutiefst ethische ist.

- Was ist überhaupt Ethik? Wodurch wird eine christliche Ethik bzw. Ein christliches Menschenbild gekennzeichnet?
- Was ist der Unterschied zwischen Ethik und Moral?
- Was heißt es für jeden einzelnen „gut“ zu sterben?
- Welche Dimensionen ethischen Handelns⁶⁸ werden bei der Durchführung der ACP- Gespräche und bei der Umsetzung der Wünsche und des Willens der Klient*innen in welcher Weise berührt?
- Was bedeutet „Ethik“ in Ihrer Einrichtung? Wie wird ethisches Handeln definiert und in der Praxis umgesetzt?
- Inwiefern beeinflusst ACP die „Essenz“ einer Einrichtung?
- Was hat es mit dem „Nicht- Schadens-Prinzip“⁶⁹ aus der Medizinethik auf sich? Welchen Einfluss hat dieses auf die ACP- Gespräche sowie die Umsetzung der Wünsche? Welchen Einfluss haben die anderen von Beauchamp/ Childress formulierten medizinethischen Grundsätze Autonomie, Fürsorge und Verteilungsgerechtigkeit?⁷⁰
- Welche ethischen Fragen werden durch die Dokumentation der ACP- Gespräche aufgeworfen? Welche Kriterien muss die Dokumentation unter ethischen Gesichtspunkten erfüllen?
- Welches Ziel verfolgen Sie als Einrichtung mit dem Angebot der ACP- Gespräche? Wie passt dieses Ziel zu Ihrer Einrichtungsethik?
- Wie gehen Sie als Einrichtung mit ungewöhnlichen, nicht durchführbaren Wünschen oder sogar der eigenen Einrichtungsethik widersprechenden Haltungen um (z.B. nach assistiertem Suizid, besondere Bestattungsformen, Trauerrituale...)? Wie weit lässt die eigene „Essenz“ solche Dinge zu? Was ist, wenn eigene ethische Prinzipien sich widersprechen?

Das **Positionspapier des Ethikkomitees des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg zur gesundheitlichen Vorsorgeplanung** befasst sich dezidiert mit der Frage, welche ethischen Grundvoraussetzungen dem Verständnis von ACP im Sinne der Caritas zugrunde liegen.⁷¹ Dabei werden wiederum in besonderer Weise die Ergebnisoffenheit, Freiwilligkeit und Allgemein zugänglichkeit des Angebots betont – was auch ein Grund dafür war, im ACP-Projekt nicht nur stationäre, sondern in

⁶⁸ S. Dimensionen ethischen Handelns im Anhang 6; Idee: Maximiliane Eisenmann

⁶⁹ Vgl. (Beauchamp, et al., 2001)

⁷⁰ Vgl. auch (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019)

⁷¹ (Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V., 2019) zu beziehen über den Caritasverband für die Diözese Augsburg

gleichem Maße ambulante Einrichtungen einzubeziehen. Diese (ethische) Entscheidung wirft aber neue ethische Fragen auf, wie z.B.: Wie könnte das Angebot finanziert werden, für Personengruppen, die der §132g SGB V nicht abdeckt? Wie kann Zugangsgerechtigkeit ermöglicht werden? Wie ist mit Personengruppen umzugehen, deren Einwilligungsfähigkeit in Frage steht? Wo endet Fürsorge und wo fängt Übergriffigkeit an?

Auch §1 Absatz 4 der Vereinbarung zum §132g SGB V spricht einen ethischen Aspekt von ACP an, nämlich die **Selbstbestimmung sowie das Bedürfnis nach Verlässlichkeit**:

„Ziel der Vereinbarung ist es, für die Leistungsberechtigten eine qualifizierte gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase verfügbar zu machen, die den Bedürfnissen und individuellen Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie den Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Leistungsberechtigte) nach Verlässlichkeit und Selbstbestimmung gerecht wird.“⁷²

Eine weitere ethische Fragestellung, die im Zusammenhang mit ACP immer wieder auftaucht ist, die **Reflexion des Spannungsfelds zwischen individueller personaler Würde jedes Einzelnen und dem Menschen als Teil von Beziehungen**.

Auch die oben bereits erwähnten Fragen des **Datenschutzes** können **im Licht der Ethik** ganz andere Antworten hervorbringen: Ist es ethisch vertretbar und wirklich nötig, alles zu tun, was man datenschutzrechtlich darf? Sollte z.B. der/ die Berater*in aus ethischer Sicht überhaupt Einblick in Klient*innenakten nehmen, auch wenn dies datenschutzrechtlich abgeklärt und abgesichert ist? Ist dann eine offene Begegnung auf Augenhöhe noch möglich? Oder wird sie vielleicht gerade dadurch erst ermöglicht?

Diese Fragen werden immer wieder auftauchen und sicher auch nicht immer pauschal zu beantworten sein. Häufig werden sie situations- und klient*innenabhängig unterschiedliche Ergebnisse hervorbringen.

In manchen Einrichtungen gibt es Konzepte zu ethischen Fallbesprechungen, runden Tischen o.ä., die unbedingt in die Konzeption von ACP mit integriert werden sollten. – Das Instrument der (ethischen) Fallbesprechung ist in der Vereinbarung zum §132g SGB V sogar explizit benannt.⁷³



3.3.2.3 Praktische Arbeitshilfen zur Umsetzung

Setzen Sie sich in Ihrem Implementierungsteam mit den Grundlagen von Ethik allgemein und in Ihrer Einrichtung auseinander. Vielleicht gibt es in Ihrer Einrichtung auch eine*n Spezialist*in zu dem Thema, der sich als Referent zur Verfügung stellt? Oder Sie bearbeiten einen Teil des Themas mit einem/ einer externen Referent*in?⁷⁴

Beschäftigen Sie sich im Team vor allem mit folgenden Fragestellungen:

- Was ist Ethik allgemein? Welche Formen gibt es? Wo unterscheiden sie sich? Wo liegt der Unterschied zwischen Ethik und Moral?
- In welcher Form sind ethische Fragen in Ihrer Einrichtung festgeschrieben?
- Welcher ethischen „Schule“ ist Ihre Einrichtung zuzuordnen? (humanistisch, religiös...)
- Gibt es ein spezielles Gremium/ eine Person, die die Einrichtungsethik verkörpert? (z.B. Ethikkomitee, Seelsorge, ...)

⁷² (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 2)

⁷³ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 6f. §8 u. 9)

⁷⁴ Beispiele weiterführender Literatur hierzu: (Lob- Hüdepohl, 2019); (Birnbacher, 1998), (Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V., 2019)

- Haben Sie ein ethisches Leitbild oder Konzept für Ihre Einrichtung? Beschäftigen sie sich damit!
- Befassen Sie sich mit den Dimensionen ethischen Handelns. Welche davon werden von ACP insbesondere berührt? --> Sammeln Sie Beispiele! ⁷⁵
- Diskutieren Sie im Team die oben aufgeführten ethischen Fragestellungen im Hinblick auf ACP. Beziehen Sie dabei Ihr Einrichtungskonzept, die Vereinbarung zum §132g, sowie das Positionspapier des Ethikkomitees des Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. mit ein. Stellen Sie Vergleiche an und befassen Sie sich besonders mit den Widersprüchen.
- Kennen Sie das Instrument der ethischen Fallbesprechung? Wird es in Ihrer Einrichtung praktiziert? Oder etwas Vergleichbares? Machen Sie sich gegebenenfalls damit vertraut.
- Wie werden die bereits vorhandenen Elemente ethischen Handelns in Ihrer Einrichtung – kurz die Essenz Ihrer Einrichtungskultur - Ihr ACP- Konzept beeinflussen? Wo wird umgekehrt ACP die ethische Haltung bzw. die „Essenz“ Ihrer Einrichtung evtl. beeinflussen und ändern?
- Um das ethische Verständnis der Caritas zu ACP zu verstehen, setzen Sie sich mit dem Positionspapier des Ethikkomitees des Caritasverband für die Diözese Augsburg zur gesundheitlichen Vorsorgeplanung auseinander. ⁷⁶
- Versuchen Sie die Inhalte des Positionspapiers in die verschiedenen Dimensionen ethischen Handelns einzuordnen.
- Überlegen Sie welche praktischen Auswirkungen Ihre ethischen Zielsetzungen bezüglich ACP auf die Durchführung und Dokumentation haben (müssen).
- Diskutieren Sie, an welcher Stelle ACP zu einer ethischen Neuausrichtung Ihrer Einrichtungskultur führen sollte, wird oder muss.
- Befassen Sie sich auch mit dem Spannungsfeld zwischen individueller personaler Würde jedes Einzelnen und dem Menschen als Teil von Beziehungen. Hierzu gehört zum Beispiel die Auseinandersetzung mit Wünschen, die ethische Konflikte aufwerfen könnten, insbesondere dem assistierten Suizid. Dabei kann beispielsweise die Orientierungshilfe des CBP eine hilfreiche Diskussionsgrundlage sein. ⁷⁷ Reflektieren Sie dazu sowohl ihre persönliche Haltung als auch die Ihrer Einrichtung. Wie kann vor diesem Hintergrund würdevoll, wertschätzend und ethisch vertretbar mit solchen Wünschen umgegangen werden?

S. 61 

S. 62 



3.3.2.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Ethische Fragen sind zentral bei der Implementierung von ACP. Sie tauchen als Querschnittsthema immer wieder auf.
- ✓ Das ACP- Angebot Ihrer Einrichtung muss zu Ihrem ethischen Grundkonzept passen, bzw. das ethische Grundkonzept muss auf ACP hin angepasst werden.
- ✓ ACP ist weit mehr als ein Instrument zur rechtlichen Absicherung, da es zutiefst intime Fragen berührt und damit hohe ethische Anforderungen an die Berater*innen aber auch die Einrichtung und ihre Essenz stellt.
- ✓ Das Thema assistierter Suizid ist ein in der Praxis eine nicht zu unterschätzendes Thema.
- ✓ Das Thema Ethik ist auch bei der Ausweitung des Angebots ein zentrales.

⁷⁵ Vgl. Anhang 6: Dimensionen ethischen Handelns

⁷⁶ Vgl. Anhang 7: Leitfragen zum Positionspapier des Ethikkomitees

⁷⁷ (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., 2021)

3.3.3 Kommunikation Intern / Extern



3.3.3.1 Ziel der Einheit

Ziel dieser Einheit ist es, Kommunikationsstrukturen und –ströme in der eigenen Einrichtung im Hinblick auf das neue Angebot ACP zu evaluieren, sinnvoll zu nutzen und gegebenenfalls zu überarbeiten und anzupassen.

Außerdem soll eine zielgruppenorientierte und vor allem barrierefreie Kommunikation sowohl über das Angebot als auch in der Beratung selbst erreicht werden. Insbesondere auf den letzten Aspekt geht auch die Vereinbarung zum §132g SGB V im §6 explizit ein.⁷⁸ Nur so kann es gelingen alle mit ACP in Berührung kommenden Personen (sowohl intern als auch extern) „mit ins Boot“ zu holen und für die Klient*innen ein nutzbringendes Angebot zu machen.



3.3.3.2 Inhalte

Kommunikation ist zum einen die Grundlage jedes ACP-Gesprächs, zum anderen hat die Form der Kommunikation innerhalb einer Einrichtung entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz des Angebots sowie die Umsetzung der Ergebnisse der ACP-Gespräche. Außerdem berührt Kommunikation über das Thema Öffentlichkeitsarbeit auch Fragen der internen und externen Vernetzung.

Daher befasst sich dieser Themenblock sowohl mit **Grundlagen der Kommunikationswissenschaft**, als auch, da Kommunikation ja meist in sozialen Systemen stattfindet, mit **Grundannahmen systemischen Denkens** sowie mit der **Reflexion des eigenen Kommunikations- und Führungsverhaltens** in unterschiedlichen Rollen und Settings bezogen auf ACP:

- Wie kommuniziere ich als Vorgesetzte*r, als Projektteamleiter*in, als Projektteammitglied, als Berater*in... mit unterschiedlichen Zielgruppen zum Thema? Wie erfolgreich bin ich jeweils und warum?
- Welche Zielgruppen gibt es intern und extern und was bedeutet das für die Kommunikation im Rahmen von ACP?
- Wie verläuft Haltungsbildung in sozialen Systemen?
- Wer kann als Multiplikator*in dienen, warum? Wie „hole ich ihn/ sie ins Boot“?

⁷⁸ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 7; §6)

Außerdem spielen **besondere Kommunikationsformen** für die praktische Durchführung der ACP-Gespräche vor allem im Bereich der Behindertenhilfe, aber auch im stationären Altenhilfesetting z.B. bei Gesprächen mit demenziell erkrankten Menschen eine wichtige Rolle.

Daher lässt sich das Thema Kommunikation in mehrere Unterthemen gliedern:

- Interne Kommunikation, Führung und interne Vernetzung: Wie vermitteln wir das Angebot den Mitarbeiter*innen? Wie werben wir um Akzeptanz, Wohlwollen und Interesse und verhindern Misstrauen und Konkurrenzdenken in Bezug auf ACP? Wie stellen wir den Informationsfluss sicher, um die Umsetzung der Wünsche zu gewährleisten? Wie gehen wir mit Widerständen um? Wie wird die Umsetzbarkeit diskutiert? Wie gewinnen, informieren und schulen wir interne Multiplikator*innen?
- Information über ACP: Wie kommunizieren wir das Angebot für unsere Klient*innen? Wie weit darf „Werbung“ für ACP gehen?
- Externe Kommunikation: Wie kommunizieren wir das Angebot an potentielle Netzwerkpartner*innen und Multiplikator*innen?
- Wissenschaftlicher Hintergrund der Kommunikation: Kommunikationsmodelle, Grundannahmen systemischen Denkens...
- Über das Sterben reden: Welche Haltungen und kommunikativen Fähigkeiten brauchen die Berater*innen um über dieses sensible Thema überhaupt mit Klient*innen sprechen zu können? Welche Grundhaltung ist in der Einrichtung hierfür nötig?
- Besondere Kommunikationsformen um die in der Vereinbarung geforderte Barrierefreiheit zu gewährleisten: ⁷⁹ UK (Unterstützte Kommunikation), Leichte Sprache, einfache Sprache, Gebärdensprache, Braille, Umgang mit Dolmetscher*innen...
- *UK-Hilfsmittel speziell, um über Tod und Sterben zu sprechen:* (Beispiel: Hospizkoffer der CAB) ⁸⁰ Diese Kommunikationshilfsmittel eignen sich nicht nur zum Gespräch mit Klient*innen mit verbalen Einschränkungen. Sie können bei allen Menschen als Türöffner für ein Thema, über das es oft schwer fällt zu sprechen, dienen.

⁷⁹ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 7 f.)

⁸⁰ CAB (Caritas Betriebsträger GmbH; ein Träger der Alten- und Behindertenhilfe in der Diözese Augsburg): in der Fachstelle für unterstützte Kommunikation und leichte Sprache ist im Rahmen eines Projekts der Hospizkoffer entstanden, der vielfältige Materialien enthält, um (nicht nur mit Menschen mit Behinderung) leichter über das Thema Tod und Sterben ins Gespräch zu kommen. Zudem sind die Materialien ganz konkret in der Begleitung Sterbender als Hilfsmittel einsetzbar. Sie sind großteils nonverbal und sprechen alle Sinne an, wie zum Beispiel das „Sonnenkissen“: Ein gelbes, sonnenförmiges Dinkelspelzkissen, das z.B. zur Schmerzlinderung eingesetzt werden kann und optisch (Farbe, Form) und haptisch (Wärme, Material, Form) eine Assoziation mit der angenehmen Wärme der Sonne hervorruft und so leichter über mehrere Sinne aufgenommen werden kann, als eine bloße (verbale) Visualisierung. Nähere Informationen zum Hospizkoffer der CAB: CAB (Caritas Betriebsträger GmbH) Fachstelle für unterstützte Kommunikation und leichte Sprache



3.3.3.3 Praktische Arbeitshilfen zur Umsetzung

Teilen Sie das Thema Kommunikation in mehrere „Portionen“ ein. Vielleicht sind einige der oben aufgeführten Themenfelder für Sie wichtiger als andere, vielleicht ist z.B. die Frage nach besonderen Kommunikationsformen in Ihrer Einrichtung nicht relevant, da Sie hier sowieso klare Konzepte haben. Oder das Thema ACP ist bereits gut bei den Mitarbeitenden verankert. Vielleicht ist eine Weiterbildung in Grundlagen der Kommunikation Usus in ihrem Hause. In diesen Fällen wäre zu diesen Unterpunkten eher eine reflexive Betrachtung sinnvoll, während andere Ihre Aufmerksamkeit mehr fordern würden.

Im Projekt umfasste das Thema Kommunikation neben den Arbeitsaufträgen zwei ganze Projektstage. Außerdem floss es in allen weiteren Modulen ein. Im Folgenden werden zu den einzelnen Themenfeldern der Kommunikation Arbeitsanregungen aufgeführt

Hintergrund

- **Wissenschaftlicher Hintergrund der Kommunikation:**

- Machen Sie sich mit wissenschaftlichen Kommunikationsmodellen (wieder) vertraut (z.B. Watzlawik ⁸¹, Schulz von Thun ⁸², Systemtheorie...)
- Reflektieren Sie im Team darüber und überlegen Sie, inwieweit es für Ihr ACP nützlich ist.

Interne Kommunikation

- **Interne Kommunikation, Führung und interne Vernetzung:**

- Machen Sie sich Gedanken zu den Kommunikationsströmen in Ihrer Einrichtung: Wie werden üblicherweise Neuerungen den Mitarbeitenden vermittelt – per Anweisung der Führungsebene oder im Versuch Akzeptanz, Kooperation und Einverständnis zu erlangen oder in einem Mittelweg? Wie sieht dieser konkret aus?
- Wie transparent werden Änderungen in Ihrem Hause üblicherweise kommuniziert?
- Wie erfolgreich und nachhaltig sind die üblichen Kommunikationsformen (werden alle Mitarbeitenden erreicht? Werden Änderungen akzeptiert und umgesetzt?)
- Wieweit werden Mitarbeiter*innen in Veränderungsprozesse einbezogen?
- Reflektieren Sie Ihre eigenen Kommunikations- und Führungsmuster vor allem in Bezug auf Ihre Rolle bei der Implementierung von ACP. (Hierzu gibt es unzählige Methoden, auch ein*e Supervisor*in oder ein externer Coach kann hierzu hilfreich sein.)
- Welche konkreten Wege der Informationsweitergabe gibt es in ihrem Haus? (Rundmail, Newsletter, persönlicher Kontakt, Infoveranstaltung...)
Welche davon wären für ACP nutzbar?
- Entwickeln Sie Strategien, um die Mitarbeiter*innen mit ins Boot zu holen.

⁸¹ (Watzlawik, 2015); (Watzlawik, et al., 2016)

⁸² (Schulz von Thun, 2010 - 2013)

- **Information über ACP:**

- Entwickeln Sie Ideen um das Angebot bekannt zu machen – es muss nicht immer (nur) der Flyer sein! Denken Sie kreativ und probieren vielleicht neue Formate aus, die zu Ihrer Zielgruppe passen.
- Erarbeiten Sie Infomaterial und -möglichkeiten für die Klient*innen
- Achten Sie auf Verständlichkeit für die Zielgruppe!
- Achten Sie bei der Erstellung ihres Informationsmaterials auf folgende Aspekte:
 - Optisch ansprechende Gestaltung mit Bildern und Grafiken, die möglichst zu den anderen Veröffentlichungen aus Ihrem Hause passt (Wiedererkennungseffekt!) sich aber zugleich so deutlich abhebt, dass sie als eigenständiges Angebot erkannt wird.
 - Abkürzungen und Fremdworte kurz und klar erklären! (ACP oder GVPL o.ä. sind Begriffe, die in Deutschland noch so unbekannt sind, dass damit vermutlich keine*r Ihrer Klient*innen etwas anfangen kann...)
 - Verwenden Sie barrierefreie Kommunikationsformen und einfache klare Sätze. Hilfreich sind hierfür die Leichte Sprache, oder ähnliche Instrumente
 - Wichtige Basisinformationen, die nicht fehlen dürfen:
 - Wer ist Ansprechpartner? (Person und Einrichtung/ Abteilung/ Logo!) mit vollständigen Kontaktdaten;
 - Wie läuft das Angebot ab? (Büro, aufsuchend, Dauer...)?
 - Kosten?
 - Wer kann das Angebot nutzen?
 - Wie funktioniert die Anmeldung?
 - Fassen Sie mit wenigen Worten zusammen, warum Sie das Angebot machen: Was ist Ihr Ziel (Gesprächsangebot oder Formular? Sicherheit für Klient oder Einrichtung? Raum zu schaffen um das Thema Tod und Sterben ins Leben Ihrer Einrichtung zu holen?...)
 - Bringen Sie die in Ihrer Einrichtung verankerte Haltung zum Thema letzte Lebensphase, Sterben, Tod und Trauer zum Ausdruck!
 - > **Der/die Adressat*in soll in kurzer Zeit die nötigen Informationen haben, um sich für das Angebot zu interessieren und wissen, dass er/sie sich dafür oder dagegen entscheiden kann. Die Freiwilligkeit und Ergebnisoffenheit des Angebots muss deutlich werden!**
- Nutzen Sie interne Netzwerke und Kommunikationsströme: Vielleicht ist es sinnvoller wenn die Mitarbeiter*innen, die dem/ der Klient*in vertraut sind, Klient*innen das Angebot erklären, als wenn nur ein Flyer verteilt wird. Vielleicht haben Sie in Ihrer Einrichtung Menschen, die sich gut als Multiplikator*innen eignen – nicht nur unter den Mitarbeiter*innen, usw.

- **Externe Kommunikation:**

- Klären Sie, welche externe Öffentlichkeit Sie erreichen wollen:
 - Potentielle Multiplikator*innen? Netzwerkpartner*innen? Die „breite“ lokale Öffentlichkeit?
 - Potentielle externe Klient*innen und deren Angehörige? usw.
- Klären Sie die Ziele, die mit der externen Kommunikation/ Öffentlichkeitsarbeit verfolgt werden sollen: Wollen Sie zusätzliche Klient*innen gewinnen? Wollen Sie ACP als Teil Ihres Angebotspektrums darstellen? Wollen Sie potentielle Netzwerkpartner*innen informieren und ins Boot holen? usw.
- Erarbeiten Sie Strategien und Materialien zur externen Kommunikation und passen Sie diese an Ihre örtlichen Gegebenheiten an; nutzen Sie bereits vorhandene Strukturen. Vielleicht haben Sie ja immer einen Infostand am örtlichen Weihnachtsmarkt? Oder Sie haben gute Kontakte zur lokalen Presse? Oder Sie sind in verschiedene Gremien vertreten... Erarbeiten Sie unterschiedliche Materialien, die situationsabhängig flexibel einsetzbar sind.
- Überprüfen, überarbeiten und erweitern Sie Ihr Informationsmaterial sowie die Formen der externen Kommunikation regelmäßig.

- **Über das Sterben reden:**
 - Reflektieren Sie gemeinsam im Team, wie es für Sie selbst ist, über das – eigene - Sterben zu reden. Ihre Haltung wirkt sich auf die interne und externe Kommunikation des Angebots aus, wie auch direkt auf die Beratungssituation.
 - Holen Sie sich evtl. für diese Fragestellung externe Unterstützung, z.B. über In-House Fortbildungen, von einer/ einem Supervisor*in, eine*r Seelsorger*in oder einer Person, die sich mit dieser Fragestellung bereits intensiv auseinandergesetzt hat und in der Lage ist, diesen Reflexionsprozess zu begleiten.

- **Besondere Kommunikationsformen / Barrierefreie Kommunikation:**
 - Reflektieren Sie die Kommunikationsfähigkeit Ihrer Klient*innen: Sind besondere Kommunikationsformen (Gebärdensprache, Braille, Leichte Sprache, Bilder, Unterstützte Kommunikation, Dolmetscher*innen...) nötig um ACP-Gespräche führen zu können?
 - Verschaffen Sie sich einen Überblick, was es in diesem Bereich gibt. Einige Methoden sind sehr speziell und müssen extra erlernt werden, andere erweisen sich aber bei allen Menschen als sehr hilfreich, um über ein so emotionales und für viele Menschen schwieriges Thema wie in den ACP-Gesprächen behandelt wird, ins Reden zu kommen. Sie können als Eisbrecher dienen und Menschen ins Erzählen bringen oder komplexe Sachverhalte visualisieren und damit greifbarer machen. Daher ist es in jedem Fall sinnvoll, sich zumindest mit Visualisierungstechniken, Leichter Sprache und Unterstützter Kommunikation auseinanderzusetzen.⁸³
 - Welche Ressourcen und Erfahrungen mit speziellen Kommunikationsformen sind in Ihrer Einrichtung oder in Ihrem Netzwerk bereits vorhanden? Wie können Sie für die ACP-Gespräche genutzt werden?
 - Gibt es Mitarbeiter, die Erfahrung in unterstützter Kommunikation mitbringen bzw. eine Fortbildung dazu gemacht haben oder machen möchten?
 - Bearbeiten Sie die Arbeitsaufträge zur Kommunikation.⁸⁴



3.3.3.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Kommunikation ist alles!
- ✓ Die Reflexion gewohnter Kommunikationsstrukturen ist wichtig um ACP gut zu vermitteln.
- ✓ Die Kommunikation muss sich je nach Zielsetzung und Zielgruppe unterscheiden.
- ✓ Es ist unabdingbar, die Mitarbeiter*innen durch transparente, regelmäßige und angepasste Kommunikation und Information „ins Boot zu holen“, um ACP zu einem gelebten Teil der Einrichtungskultur werden zu lassen.
- ✓ Je dezentraler und kleinteiliger eine Einrichtung strukturiert ist, umso wichtiger ist es über gute Kommunikation eine gemeinsame Haltung zu entwickeln.
- ✓ Barrierefreie Kommunikation und Dokumentation ist die Grundlage jeder guten ACP-Beratung und wird auch in der Vereinbarung zum §132g SGB V explizit gefordert.⁸⁵ Daher ist es unabdingbar, sich mit entsprechenden Kommunikationshilfsmitteln vertraut zu machen.
- ✓ Barrierefreie Kommunikationsformen sind nicht nur in der Behindertenhilfe relevant.

⁸³ Siehe auch: 3.2.8. Hospiz- und Palliativkultur: der Hospizkoffer der CAB

⁸⁴ Vgl. Anhang 8: Arbeitsauftrag Kommunikation

⁸⁵ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 7; §6)

3.3.4 Durchführung und Dokumentation



3.3.4.1 Ziel der Einheit

In dieser Einheit soll ein Bewusstsein geschaffen werden, wie die Art der Durchführung und die gewählte Dokumentationsform sowie die konkrete Gesprächsführung und die Kultur der Einrichtung sich gegenseitig bedingen.

Es sollen die Grundlagen geschaffen werden, eigene reflektierte und zur Einrichtungskultur passende Durchführungsstandards und Dokumentationsformen zu erarbeiten. Zudem erfahren die unterschiedlichen Instrumente, die im Allgemeinen unter dem Oberbegriff „Dokumentation“ zusammengefasst werden, eine klare Abgrenzung und Unterscheidung in Bezug auf ACP.⁸⁶

Glossar
S. 45

Alle an der Implementierung beteiligten Personen verwenden als Ergebnis der Einheit einheitliche Begriffsdefinitionen zu ACP. Die ethischen Hintergründe und Folgen der gewählten Form der Durchführung und Dokumentation sind allen Beteiligten klar.

Es sollen die **praktischen Rahmenbedingungen** zur Umsetzung der ACP-Beratung geschaffen werden.

Im Projekt diente dieses Thema zur **Verknüpfung der Schulung und der Implementierung**. Daher waren die Inhalte hier ganz eng an der „Essenz“ des Schulungskonzepts ausgerichtet. Als Referentin stand die Leiterin des Berater*innenkurses in der Katholischen Akademie Regensburg zu Verfügung. Die Implementierer*innen sollten ein Verständnis dafür entwickeln, welche Haltung dem Schulungskonzept zugrunde liegt und so die Arbeitsweise der Berater*innen nachvollziehen und unterstützen lernen.



3.3.4.2 Inhalte

Das Thema Durchführung und Dokumentation berührt zum einen erneut ethische, zum anderen organisatorische Fragen, die sich gegenseitig bedingen: Die ethische Haltung gegenüber dem Angebot ACP beeinflusst ganz klar die Art, wie die Gespräche angeboten und geführt werden. Auch die Formen der Dokumentation werden von der grundlegenden Haltung zu ACP beeinflusst. Ebenso haben aber auch die in der Einrichtung vorgegebenen Richtlinien zur Durchführung und Dokumentation eine Wirkung auf die Haltung der Berater*innen und damit auf den Gesprächsverlauf.

Im Thema Durchführung und Dokumentation wird daher erneut die enge Verflechtung der einzelnen Themen deutlich: Hier spielen zugleich ethische, rechtliche, sowie organisatorische Aspekte eine entscheidende Rolle.

Das Schulungskonzept der Katholischen Akademie Regensburg bietet ganz bewusst keine vorgefertigten Dokumente an, die die Berater*innen ausfüllen könnten oder sogar müssten. Vielmehr steht ein zweiteiliger personenzentrierter, durch den/ die Klient*in gesteuerter Gesprächsprozess im Vordergrund: Im ersten Teil geht es nur um das Gespräch, in dem die Wünsche, Ängste etc. des/ der Klient*in ermittelt werden; im zweiten – optionalen – Teil können auf Wunsch des/ der Klient*in Dokumente wie eine Patientenverfügung, eine Vorsorgevollmacht, ein Notfallbogen o.ä. auf der Grundlage des im Gespräch ermittelten Willens erstellt werden. Hierauf nimmt auch die Vereinbarung zum §132g SGB V Bezug: „Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einem oder in mehreren, aufeinander aufbauenden Beratungsgespräch(en) und ggf. einer oder mehreren Fallbesprechung(en) statt und kann multiprofessionell aufgestellt sein. Die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte kann den Beratungsprozess jederzeit beenden.“⁸⁷ sowie: „Im Falle einer Patientenverfügung ist darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen, um

⁸⁶ Vgl. Glossar: Dokumentationsformen

⁸⁷ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 9 §8 (5))

der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten nochmals die Möglichkeit der persönlichen inhaltlichen Auseinandersetzung zu geben.“⁸⁸

Hierfür gibt es einen Gesprächsleitfaden der sich am GROW-Modell nach John Whitmore⁸⁹ sowie dem Total Pain Konzept nach Cicely Saunders⁹⁰ orientiert. Hierdurch werden die Berater*innen unterstützt, das Gespräch zu strukturieren und die dem/ der Klient*in wichtigen Aspekte in Bezug auf die letzte Lebensphase herauszuarbeiten. Hierbei wird neben der Klärung der Wünsche und Ängste bezüglich medizinischer Behandlungen auch eine ganzheitliche Auseinandersetzung mit Fragen der letzten Lebensphase ermöglicht.

Ganz besonders hervorzuheben sind hierbei die Freiwilligkeit⁹¹ (wie bereits weiter oben ausgeführt) und Ergebnisoffenheit⁹²: Allein der/ die Klient*in entscheidet, welche Themen mit Blick auf das Lebensende für ihn/ sie zentral sind und was am Ende schriftlich festgehalten werden soll und wer welche Informationen bekommen soll. Der/ Die Berater*in unterstützt durch aktives Zuhören und vertiefende Fragen und gibt, wenn gewünscht, fachliche Informationen.

Welche Dokumentationsformen für die Gespräche gewählt werden, ist ebenfalls von der Lebenssituation des/ der Klient*in und seinen/ ihren Wünschen abhängig:

- Die Lebenssituation entscheidet, welche Inhalte wie und wo festgehalten werden – dies ermitteln Berater*in und Klient*in gemeinsam.
- Vom/ von der Klient*n ist abhängig was und wie dokumentiert wird: Einerseits, insofern, dass er/ sie entscheidet, welche Inhalte des Gesprächs festgehalten werden sollen und welche nicht, andererseits abhängig von seiner/ ihrer Kommunikationsfähigkeit – so kann für ein*e Klient*in der/ die nicht lesen kann, eine Dokumentationsform mit Piktogrammen oder Fotos richtig sein, für eine*n andere*n dagegen ein Fließtext in Kombination mit einer der vielen Vorlagen für Patientenverfügungen, wieder andere möchten vielleicht nur eine unstrukturierte Zusammenfassung des Gesprächs, um mit ihren Angehörigen alleine darüber zu sprechen usw.

Die **Rahmenvereinbarung** unterscheidet **drei Dokumente**: die **Dokumentation des Beratungsprozesses, die Dokumentation der Willensäußerung sowie den Leistungsnachweis zur Übermittlung an die Krankenkassen**.⁹³ Nach außen sieht sie lediglich vor, dass die Gesprächsprozesse mit dem dort im Anhang veröffentlichten Formular zu dokumentieren sind.⁹⁴ Alle weiteren Dokumentationsformen sind frei in Ihrer Ausgestaltung. Die Vereinbarung gibt lediglich Mindeststandards diesbezüglich vor, Inhalte werden im Wesentlichen nur in der Willensäußerung festgehalten. Diese ist aber freiwillig.⁹⁵ Das Caritas-Konzept orientiert sich hier streng an der Vereinbarung und gibt keine weiteren Formulare vor, die im Rahmen der ACP-Beratung auszufüllen sind. Alle weiteren Dokumente werden in jeder Einrichtung individuell entwickelt und gewählt, so dass sie regional und einrichtungsintern möglichst gut verstanden werden und damit auch die Verlässlichkeit der Umsetzung erhöht wird.

Desweiteren geht es in diesem Modul darum ganz konkrete Rahmenbedingungen für die Beratung zu schaffen, wie Raum, Zeit, Telefon etc.

⁸⁸ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 9 §8 (9))

⁸⁹ (Whitmore, 2014)

⁹⁰ (Clark, 1999)

⁹¹ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 4; §3 (4)) sowie Begriffsklärung6

⁹² (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 4 §2 (2))

⁹³ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 9 §9) sowie Glossar

⁹⁴ Vgl. Rechtliche Grundlagen: Voraussetzungen zur Abrechnung mit den Krankenkassen S.21

⁹⁵ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 11 §9 (3) letzter Punkt)



3.3.4.3 Praktische Arbeitshilfen

- Machen Sie sich möglichst bereits im Vorfeld, mit unterschiedlichen Schulungskonzepten und Ihren Schwerpunkten vertraut und überlegen sie sich, welches Schulungskonzept zu der hospizlichen Haltung und ethischen Orientierung Ihrer Einrichtung und den Zielen, die Sie bei der Implementierung von ACP verfolgen, passt. Sollten Sie schon ausgebildete Berater*innen haben, kommen Sie mit ihnen ins Gespräch – sie können Ihnen am besten sagen, wie sie ACP gelernt haben. Erarbeiten Sie sich gemeinsam Ihren Weg zu ACP.
- Wenn Sie sich am Caritaskonzept orientieren wollen, ist das bereits beim Thema „Ethik“ erwähnte Positionspapier des Ethikkomitees des Caritasverband für die Diözese Augsburg eine gute Hilfestellung um zu einer Haltung im Sinne des Caritaskonzepts zu ACP zu gelangen⁹⁶.
- Halten Sie sich an die Vorgaben des § 8 (7) der Rahmenvereinbarung⁹⁷: Sie führen den Gesprächsprozess mit dem/ der Klient*in, egal ob Bedenken an der Einwilligungsfähigkeit bestehen und egal, ob rechtliche Geschäftsfähigkeit vorliegt oder ein*e Betreuer*in für die Gesundheitsfürsorge bestellt ist oder nicht. Gehen Sie davon aus, dass jede*r mit den entsprechenden Hilfsmitteln in der Lage ist, seine Wünsche und Ängste zu äußern! Informieren den/ die Betreuer*in, holen aber nicht seine/ ihre Erlaubnis zum Gespräch ein!
- Um den/ die Betreuer*in sowie weitere für den/ die Klient*in wichtige Personen „ins Boot zu holen“ und damit die rechtliche Wirksamkeit sowie die Akzeptanz der Willensbekundung durch das Umfeld zu erhöhen, können Sie den/ die Klient*in zum Abschluss in einem feierlichen Rahmen das Erarbeitete all diesen Personen vorstellen lassen. In diesem Rahmen können alle unterschreiben, dass Sie den Willen des/ der Klient*in erfahren und verstanden haben und nach bestem Wissen und Gewissen umsetzen werden.
- Erarbeiten Sie Dokumentationsformen, die zu den in Ihrem Hause üblichen sowie zu Ihren Klient*innen passen. Überlegen Sie, welche Information sinnvollerweise wo dokumentiert werden könnte.
- Machen Sie sich mit verschiedenen bereits existierenden Formen der Dokumentation vertraut: Es gibt viele gute Vorlagen für Patientenverfügungen, Notfallbögen und Vorsorgevollmachten usw. für verschiedene Zielgruppen (z.B. auch in Leichter Sprache oder mit Piktogrammen).
- Achten Sie, egal für welche Form der Dokumentation Sie sich entscheiden, darauf, dass die im Gespräch erarbeiteten Haltungen und Einstellungen des/ der Klient*in die hinter möglichen Entscheidungen stehen, deutlich werden. So kann auch ohne explizite Patientenverfügung im Ernstfall eine Entscheidung im Sinne des/der Klient*in getroffen werden.
- Machen Sie sich mit den unterschiedlichen rechtlichen Vorsorgeinstrumenten vertraut: Es gibt nicht nur die Patientenverfügung, sondern einige weitere, wie z.B. die Vorsorgevollmacht, Notfallbogen etc.
- Sorgen Sie dafür, dass Form und Inhalt der Dokumentationen auch an den entsprechenden Stellen bekannt sind, zur Verfügung stehen und die zuständigen Personen sie auch umsetzen können und wollen. Hier kommt wieder das Thema Kommunikation ins Spiel: Nur, wenn Sie es schaffen alle relevanten Personen „ins Boot zu holen“, werden die Wünsche und Entscheidungen die im ACP- Gespräch erarbeitet werden auch umgesetzt werden – hierfür ist Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen nötig: Von Seiten der Mitarbeiter*innen ebenso wie von Seiten der Betreuer*innen, Notärzte und zu guter Letzt natürlich der Klient*innen.

⁹⁶ (Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V., 2019)

⁹⁷ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 9 §8 (7))

- Achten Sie hier auch auf die in der Vereinbarung zum §132g SGB V geforderte Barrierefreiheit der Beratung: zum einen muss das Beratungsgespräch selbst barrierefrei erfolgen, zum anderen wird auch eine barrierefrei Dokumentation gefordert.⁹⁸
- Klären Sie ab, welche Dokumente in der Region vielleicht bereits etabliert sind – es ist wesentlich leichter, wenn im Ernstfall das Dokument in seinem Aufbau bekannt ist und damit schneller erfasst werden kann – dies gilt vor allem für Notfallbögen, die in Akutsituationen greifen sollen, bei denen keine Zeit für Recherchen oder Gespräche bleibt.
- Machen Sie sich mit den abrechnungsrelevanten Unterlagen sowie der Antragsstellung bei den Krankenkassen vertraut.
- Machen Sie sich Gedanken darüber, wie Sie mit Wünschen und Verfügungen umgehen könnten, die in Ihrer Einrichtung definitiv nicht umgesetzt werden können.

 S. 63

- Bearbeiten sie die Arbeitsaufträge zu Durchführung und Kommunikation.⁹⁹
- Schaffen Sie die noch fehlenden Rahmenbedingungen:
 - Raum
 - Sprechzeiten
 - Telefon und EDV
 - Einbindung in bestehende Systeme (Dokumentation, Homepage...)
 - Zeitliche Freistellung der Berater*innen
 - Materialien (z.B. zur Unterstützung der Kommunikation, zur Visualisierung; Büromaterial...)



3.3.4.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Durchführung und Dokumentation müssen zur ethischen Zielsetzung hinter dem Angebot passen.
- ✓ ACP ist mehr als eine reine Patientenverfügung bzw. als ein reines objektives Beratungsgespräch. Der Klient mit seiner Vergangenheit und seinen Wünschen für die Zukunft steht im Fokus.
- ✓ Die Erstellung einer Patientenverfügung ist höchstens ein Kann- Ziel und muss in einem zweiten, von der Beratung unabhängigen Schritt erfolgen.
- ✓ Was dokumentiert wird, muss mit der Person besprochen werden: Die Inhalte unterliegen dem Datenschutz – wer von den Festlegungen erfahren soll, wird zwischen Person und Berater*in besprochen.
- ✓ Das Gespräch ist auch dann wertvoll und erfolgreich, wenn am Ende kein schriftliches Dokument daraus entsteht.
- ✓ Freiwilligkeit, Personenzentrierung und Ergebnisoffenheit sollten die obersten Prinzipien des ACP- Gesprächs sein.
- ✓ Es ist sinnvoll ein eigenes ACP- Konzept inklusive der eigenen Dokumentation zu entwickeln, da so die Haltung hinter dem Angebot reflektiert und sichtbar gemacht werden kann.
- ✓ Die Dokumentation muss kurz, verständlich und nachvollziehbar sein, evtl. auch mit O-Ton- und Dialogsequenzen.
- ✓ Der mutmaßliche Wille ist keine Mutmaßung, sondern die Essenz aus dem Wissen über die Werte, Wünsche und Ängste des/ der Patient*in.
- ✓ Vorhandenes soll unbedingt in das ACP-Konzept einbezogen werden, sowohl in Bezug auf Dokumentationsformen als auch hospizlich-palliative Erfahrungen und Instrumente.
- ✓ Eine Auseinandersetzung des Implementierungsteams mit den Schwerpunkten und ethischen Grundsätzen der gewählten Schulung ist unerlässlich.
- ✓ Zeitressourcen für Gesprächsbegleitungen und v.a. für die Implementierung sind in der Organisation bereit zu stellen und strukturiert zu planen
- ✓ Der Praxisbezug ist wichtig für das Projekt, ebenfalls das Feedback der Berater*innen, um zu klären, welche Vorgaben, Rahmenbedingungen, Werkzeuge usw. noch zu entwickeln sind.

⁹⁸ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 7 f.; §6)

⁹⁹ Vgl. Anhang 8 und 9

3.3.5 Vernetzung



3.3.5.1 Ziele der Einheit

Die eigenen Netzwerke sollen reflektiert und auf ihre Nutzbarkeit für das ACP-Angebot überprüft werden.

Mögliche neue Netzwerkpartner speziell für ACP sollen gefunden und einbezogen werden.



3.3.5.2 Inhalte

Da Vernetzung und Netzwerkarbeit laut der Vereinbarung zum §132g SGB V wesentliche Aufgaben der Berater*innen, aber häufig auch im Implementierungsprozess auf Entscheidungsträgerebene wichtig sind, ist es sinnvoll, sich dazu umfassende Gedanken zu machen.

Themen hierbei sollten sein:

- Grundlagen der Netzwerktheorie: Wie funktionieren Netzwerke?
Welche unterschiedlichen Netzwerke gibt es? Wie können Netzwerke dargestellt werden? ¹⁰⁰
- Sieben Erfolgsfaktoren für die Netzwerkarbeit ¹⁰¹
- Ziele der eigenen Netzwerkarbeit in Bezug auf ACP
- Voraussetzungen für funktionierende Netzwerkarbeit
- Umgang mit Störungen
- Rollen im Netzwerk
- Analyse des eigenen bereits vorhandenen Netzwerks: Wo findet bereits Vernetzung statt?
Welche Netzwerkpartner können für ACP genutzt werden? Welche neuen Netzwerkpartner sind notwendig?
- Nutzwertanalyse egozentrisches Netzwerk und Netzwerkkarte als mögliche Instrumente, Netzwerke zu evaluieren ¹⁰²

S. 67

S. 59

¹⁰⁰ Vgl. Skript, (Schwarz, 2021) erhältlich über den Caritasverband für die Diözese Augsburg; Referat Teilhabe und Pflege

¹⁰¹ Vgl. Anhang 10 (Schwarz, 2021)

¹⁰² Vgl. Anhang 4



3.3.5.3 Praktische Arbeitshilfen

- Beschäftigen Sie sich im Projektteam mit den Grundlagen der Netzwerktheorie. Hierzu können Sie bei Bedarf das Skript des Implementierungsmoduls beim Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V., Referat Teilhabe und Pflege (Fr. Schwarz) anfordern.
 - Welche Netzwerktypen gibt es?
 - Welche können Sie für Ihre Arbeit nutzen?
 - Was sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Netzwerktypen? / Welche Besonderheiten haben diese? Welche Störungen treten auf und wie können diese bewältigt werden?
- Machen Sie sich mit einem Netzwerkanalyseinstrument vertraut, z.B. mit der Netzwerkkarte oder der Nutzwertanalyse
- Bilden Sie Ihr eigenes Netzwerk ab, z.B. anhand einer Netzwerkkarte
- Evaluieren Sie Ihr Netzwerk mit einem Instrument Ihrer Wahl (z.B. Nutzwertanalyse, Interviews, Soll-Ist-Analyse...):
 - Welche Netzwerke bestehen bereits (persönlich oder einrichtungsübergreifend)?
 - Welche Netzwerke sind nutzbringend? Welche eher belastend?
 - Welche könnten für ACP genutzt werden?
 - Welche Ziele verfolgen Sie mit der Netzwerkarbeit zu ACP?
 - Was brauchen Sie um die jeweiligen Ziele zu erreichen?
 - Welche Netzwerkpartner kommen dafür in Frage?
 - Wie intensiv sollte die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Netzwerkpartnern erfolgen, um Ihre Ziele zu erreichen?
 - Wie gehen Sie bisher mit Störungen in der Netzwerkarbeit um? Gibt es evtl. effizientere Möglichkeiten?
- Sammeln Sie Kontakte und beginnen Sie ein ACP-Netzwerk mit verschiedenen Kooperations-ebenen aufzubauen, nutzen Sie hierfür sowohl bereits vorhandene Netzwerkpartner*innen als auch neue, vor allem auch aus dem Bereich Hospiz und Rettungswesen.
- Auch hier gilt, der Grundsatz der bereits im Projektmanagement erwähnt wurde: Wählen Sie Mittel und Wege die effektiv und effizient sind.



S. 68

- Bearbeiten Sie die Arbeitsaufträge zur Netzwerkarbeit¹⁰³

¹⁰³ Vgl. Anhang 11



3.3.5.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Die Analyse und Reflexion des eigenen Netzwerks in Bezug auf ACP.
- ✓ Vernetzung ist sowohl im Hinblick auf die Gespräche selbst – z. B. zur Kontaktaufnahme mit den Klient*innen, in der Zusammenarbeit mit Betreuer*innen oder Wohngruppe usw., - wie auch für die Umsetzung der Wünsche – hierfür vor allem mit Betreuer*innen, Mitarbeiter*innen in der Wohngruppe bzw. dem Pflegedienst und Angehörigen – wichtig. Auch im Hinblick auf Kooperationen und Multiplikator*innen (intern z.B.: Kolleg*innen/ Mitarbeiter*innen aller Bereiche, Bewohner*innenvertretungen etc., extern z.B.: Ärzte, Sozialdienste, Hospizvereine o.ä.) spielt sie eine entscheidende Rolle und wird auch in der Vereinbarung zum §132g SGB V explizit gefordert.¹⁰⁴
- ✓ Interne und externe Vernetzung sind gleichermaßen wichtig.¹⁰⁵
- ✓ Die Netzwerkkarte ist ein einfaches und effizientes Hilfsmittel zur Visualisierung und Evaluierung des eigenen Netzwerks in Bezug auf ACP.
- ✓ Gute interne Netzwerksarbeit hilft, das Angebot zu etablieren.
- ✓ Es ist permanente Arbeit an der internen Vernetzung nötig (Einbezug neuer Berater*innen, fortlaufende Info an Mitarbeiter*innen/ Kolleg*innen).
- ✓ Der Austausch mit anderen Einrichtungen ist hilfreich um voneinander zu lernen.
- ✓ Der Austausch der Berater*innen untereinander ist wichtig.

¹⁰⁴ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 11 f.)

¹⁰⁵ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 11 f.)

3.3.6 Hospiz- und Palliativkultur



3.3.6.1 Ziel der Einheit

Ziel dieser Einheit ist es zum einen, **Wissen um hospizlich- palliative Strukturen** sowohl in Deutschland allgemein, als auch in der eigenen Region auf- und auszubauen.

Zum anderen sollen sowohl **persönliche als auch einrichtungskulturelle Haltungen und Einstellungen zum Thema Tod und Sterben reflektiert** und ACP darin verortet und eingebettet werden.



3.3.6.2 Inhalte

In dieser Einheit geht es um die Frage, welche Haltungen Sie, Ihre Einrichtung bzw. die einzelnen Mitarbeiter*innen zum Themenfeld Sterben und Tod haben, sowie um Begriffsdefinitionen und Netzwerkpartner*innen aus dem Hospiz- und Palliativbereich.

Eine hospizliche Haltung ist grundlegend für das Gelingen von ACP. ACP muss in ein gelebtes Konzept zur Hospiz- und Palliativkultur eingebettet werden, sonst laufen die Gespräche schnell ins Leere, da sie keine Umsetzung erfahren. Damit wird das Ziel einer möglichst guten Versorgung der Klient*innen nach ihren eigenen Wünschen verfehlt und damit das Angebot zur leeren Hülle und somit obsolet.

Um eine gute Hospiz- und Palliativkultur in einer Einrichtung zu etablieren, ist es wichtig, die eigene Haltung zu dem Thema zu reflektieren, sowie Einrichtungskonzepte auf dieses Thema hin zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Um eine gute Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase gewährleisten zu können, ist es zudem hilfreich, mit den regional verankerten Strukturen der Hospiz- und Palliativkultur vertraut und gut vernetzt zu sein.

Auch die Kommunikation spielt hier erneut eine wichtige Rolle: Es ist für viele Menschen nicht leicht, über Tod und Sterben zu sprechen. Daher beschäftigt sich diese Einheit auch erneut mit dem Thema Kommunikation, speziell unter dem Aspekt des Redens über den Tod. Ein Hilfsmittel aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation speziell zu diesem Thema stellt der im Abschnitt Kommunikation bereits vorgestellte Hospizkoffer dar. Er ist nicht nur einsetzbar bei Menschen mit kommunikativen Einschränkungen, sondern kann ganz allgemein als Türöffner zu einem Gespräch über Tod und Sterben genutzt werden.

Inhalte dieser Einheit sind daher:

- Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zu Tod und Sterben
- Auseinandersetzung mit der Einrichtungskultur in Bezug auf dieses Thema
- Kennen(lernen) der Struktur der hospizlichen und palliativen Versorgung in der eigenen Region mit ihren Möglichkeiten und Begrenzungen
- Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Begrenzungen innerhalb der eigenen Einrichtung, Wünsche in Bezug auf das Lebensende auch umzusetzen
- Genaue Definition der Rolle des/ der ACP- Berater*in, seiner/ ihrer Kompetenzen, sowie der Umsetzungsmöglichkeiten in der Einrichtung. Diese Festlegungen müssen durch die Leitungsebene getroffen werden.
- (Weiter-) Entwicklung der Hospiz- und Palliativkultur in der eigenen Einrichtung
- Auseinandersetzung mit Kommunikationshilfsmitteln speziell zur Begleitung Sterbender und zum Sprechen über Tod und Sterben (hier: Hospizkoffer der CAB¹⁰⁶)

 vgl. Fußnote

¹⁰⁶ CAB (Caritas Betriebsträger GmbH; ein Träger der Alten- und Behindertenhilfe in der Diözese Augsburg); vgl. Einheit Kommunikation Fußnote 80



3.3.6.3 Praktische Arbeitshilfen

S. 69

- Lesen Sie das Gedicht von Hilde Domin¹⁰⁷ durch und machen Sie sich Gedanken dazu. Sprechen Sie nur dann in der Gruppe darüber, wenn Sie vertraut genug miteinander sind, dass alle bereit sind, sich bei diesem sehr persönlichen und sehr emotionalen Thema zu öffnen, ansonsten betrachten Sie es als Denkanstoß für jeden Einzelnen.
- Bearbeiten Sie einzeln oder in der Gruppe folgende Fragestellungen:
 - Was ist für Sie ganz persönlich „gutes Sterben“?
 - Vergleichen Sie die Ergebnisse mit denen aus der Einheit zur Ethik:
Hat sich an Ihrer Haltung im Verlauf der Implementierung etwas geändert?
 - Welche Beispiele für „gutes Sterben“ fallen Ihnen ein – nicht nur aus Ihrer eigenen Einrichtung?
 - Was hat dazu beigetragen, dass in diesen Fällen „gutes Sterben“ möglich war?
- Reflektieren Sie Ihr eigenes Hospiz- und Palliativkonzept oder erarbeiten Sie eines:
 - Welche Haltung steckt dahinter?
 - Wie kann sich ACP dort einfügen?
- Machen Sie sich mit der Landschaft der Anbieter hospizlicher Versorgung vertraut:
 - Was gibt es überhaupt in Deutschland?
 - Was verbirgt sich hinter den einzelnen Begriffen?
 - Was sind die Unterschiede?
 - Was die Gemeinsamkeiten?
 - Wer macht genau was?
 - Was gibt es konkret in Ihrer Region?
 - Wo wäre Vernetzung möglich und sinnvoll?
 - In welcher Form?
- Erarbeiten Sie einen Fahrplan zur Vernetzung mit diesen Anbietern:
 - Mit wem kooperieren sie bereits?
 - Analysieren Sie die Zusammenarbeit: Ist sie so, wie sie aktuell ist, hilfreich für Ihre Hospiz- und Palliativkultur bzw. für das Angebot von ACP?
 - Was brauchen Sie von den Hospizdiensten/ SAPV Teams?
 - Was können diese Ihnen anbieten?
 - Was können Sie in eine Zusammenarbeit einbringen?
 - Klären Sie, welche Formen der Zusammenarbeit möglich und für Ihre Einrichtung sinnvoll sind und welche auf Dauer aufrechterhalten werden können.
 - Mit wem sollte eine Kooperation neu aufgebaut/ erweitert werden?
- Machen Sie sich Gedanken zu Kommunikationshilfsmitteln, die Sie speziell für die Begleitung Sterbender und/ oder die ACP-Gespräche einsetzen können:
 - Haben Sie vielleicht bereits eine eigene Form eines „Hospizkoffers“?
 - Mit welchen Kommunikationshilfsmitteln/ Methoden arbeiten Sie sonst?
Welche sind in Ihrer Einrichtung bereits etabliert?
 - Gibt es Mitarbeiter*innen, die Erfahrung in Unterstützter Kommunikation mitbringen bzw. eine Fortbildung dazu gemacht haben oder machen möchten?
 - Überarbeiten Sie die bereits vorhandenen Materialien und Methoden im Hinblick auf hospizliche Versorgung und das Sprechen über Tod und Sterben.
 - Was könnten sie dafür auch für die ACP-Gespräche einsetzen?

¹⁰⁷ Vgl. Anhang 12; (Domin, 1987)

- Setzen Sie sich mit der Frage auseinander, was in Ihrer Einrichtung überhaupt umsetzbar ist, bzw. unter welchen Bedingungen: Diese Frage muss zwar in jedem einzelnen ACP-Gespräch individuell geklärt werden, abhängig von den Wünschen des/ der Klient*in – aber grundlegend sollte sie auch in der Implementierung des Angebots eine Rolle spielen, um zum einen keine unrealistischen Erwartungen zu wecken, sondern Grenzen klar ansprechen zu können und zum anderen Strukturen rechtzeitig schaffen zu können, die für die Umsetzung der Wünsche und damit die Glaubwürdigkeit des Angebots nötig sind:
 - Haben Sie z.B. genug qualifiziertes Personal um eine umfassende medizinische, psychosoziale und spirituelle Begleitung Sterbender zu gewährleisten, auch wenn die Krise unerwartet eintritt (z.B. nachts)?
 - Unter welchen Bedingungen könnten Sie welche, zunächst unmöglich erscheinenden Wünsche doch umsetzen?
 - Wer kann/ soll dabei unterstützen?
 - Wie könnten Sie damit umgehen, wenn Wünsche geäußert werden, die innerhalb ihrer Einrichtung oder allgemein nicht umsetzbar sind?
 - Wie, wenn dies nicht schon im Gespräch klar ist, weil sich z.B. die Situation erst später ändert (z.B. bestimmte Personen nicht mehr zur Verfügung stehen...)?
 - Wer ist überhaupt für die Umsetzung der getroffenen Entscheidungen und Wünsche verantwortlich?
 - (Beispiel 1: Ein Klient will zum Sterben zu seiner Schwester: Weiß diese das? Will diese das? Kann sie das überhaupt gewährleisten? Kann die Einrichtung gewährleisten, dass der Klient dort dann auch hinkommt? Was passiert, wenn sich die Umstände ändern und z.B. die Schwester selbst sich nicht mehr kümmern kann? Oder der Transport nicht mehr möglich ist? Usw.)
 - (Beispiel 2: Eine Klientin will in der Einrichtung versterben und nicht mehr ins Krankenhaus: Kann die Einrichtung die palliative Versorgung leisten (fachlich, zeitlich...) – auch wenn z.B. nachts eine Krise eintritt? Wie könnte dieser Wunsch umgesetzt werden? Wer könnte hinzugezogen werden?)
 - Diskutieren Sie Beispiele aus Ihrer eigenen Praxis und Erfahrung und versuchen Sie dabei auch Lösungen zu finden, wenn der Wunsch zunächst unlösbar erscheint.
 - Bearbeiten Sie den Arbeitsauftrag zur Hospiz- und Palliativkultur¹⁰⁸



3.3.6.4 Erfahrungen aus der Praxis

- ✓ Da ACP nur als Teil einer gelebten Hospiz- und Palliativkultur funktioniert, ist es wichtig sich in der Implementierung auch damit auseinanderzusetzen.
- ✓ Wo noch keine Hospiz- und Palliativkultur vorhanden ist, bietet die Einführung von ACP einen guten Start, diese aufzubauen.
- ✓ Vor allem für die Berater*innen aber auch für die Implementierer*innen ist es hilfreich und wichtig, die Bereitschaft zu haben, sich mit Fragen zur eigenen Endlichkeit und der Gestaltung der letzten Lebensphase auseinanderzusetzen. Nur dann kann in einer Einrichtung der Raum für diese Themen geöffnet werden.
- ✓ Das sich Befassen mit dem eigenen Willen in lebensbedrohlichen Krisensituationen ist eine Herausforderung.
- ✓ „ICH BIN DA“: hospizliche und palliative Begleitung hat viel zu tun mit Vertrauen und Halt geben; der Sterbende lebt noch und steht im Zentrum! Ich bin da, du bist da.
- ✓ Hospiz- und Palliativkultur ist auch Teil der Mitarbeiter*innenfürsorge: „Wieviel Tod verträgt das Team?“ → Supervision anbieten, an die Teamgesundheit denken

¹⁰⁸ Vgl. Anhang 13

3.3.7 Weiterführende Themenvorschläge

Die vorangegangenen Themen sind wesentlich für eine erfolgreiche Implementierung von ACP.

Natürlich gibt es aber auch noch viele weitere Themen, die im Zusammenhang mit der Implementierung auftauchen könnten, wie zum Beispiel rechtliche Fragen der Archivierung, des Datenschutzes, oder im Bereich interner Vernetzung und Kommunikation der Einbezug weiterer „Gewerke“ in Ihrem Haus (z.B. Hauswirtschaft, Haustechnik...) usw.

Im Folgenden werden noch Themen aufgegriffen, die im Rahmen des Implementierungsprojekts „auftauchen“, aber aus unserer Sicht nicht zwingend bearbeitet werden müssen.

3.3.7.1 Finanzierung

Dieses Thema war im Projekt sehr präsent, da zum Zeitpunkt des Projekts laut §132 g SGB V eine Finanzierung des Angebots nur im stationären Bereich der Alten- und Behindertenhilfe vorgesehen war, am Projekt aber auch ambulante Einrichtungen beteiligt waren. Zudem stand die Frage im Raum, ob die zu der Zeit gültige Pauschalfinanzierung im stationären Bereich über den kurz nach Projektende anstehenden Evaluationsprozess hinaus Bestand haben würde. Daher war es allen Projekteinrichtungen ein Anliegen, sich über alternative Finanzierungsformen Gedanken zu machen.

Hierbei wurden sowohl Selbstzahlermodelle durchgerechnet – einerseits für die ambulanten Dienste, andererseits für potentielle externe Interessenten, als auch Ideen bearbeitet, die von einer Finanzierung durch Spenden bis hin zu einer Einbettung in die allgemeine Einrichtungskultur auch ohne Refinanzierung reichten. Hier wird erneut die ethische Haltung hinter dem Angebot deutlich.

- Diskutieren Sie die Frage, wie wichtig Ihnen ACP in Ihrer Einrichtung ist. Unter welchen Rahmenbedingungen soll/ kann ACP weitergeführt werden?
- Bedenken Sie bei der Auswahl der Schulung für „Ihre“ ACP-Berater*innen, dass die Qualität der Schulung sehr wichtig für das Gelingen von ACP ist. Prüfen sie daher genau, ob „billige“ Anbieter auch gut ausbilden – entscheidend ist hier vor allem die Praxisbegleitung, insbesondere im zweiten Ausbildungsabschnitt. Diese ist bei entsprechender Qualität aufwendig und hat daher ihren Preis.

3.3.7.2 ACP-Vision

Was ist Ihre Vision für ACP in ihrer Einrichtung in fünf Jahren?

Diese Frage „auszuspinnen“ kann interessante Ideen zu Tage fördern und sowohl der Zielklärung zu Beginn des Projekts als auch der Evaluation gegen Ende dienen. Zudem eignet sich die Fragestellung sehr gut als Aufhänger für eine Präsentation zum Projekt (z.B. bei einer Auftakt- oder Abschlussveranstaltung).

Vielleicht möchten Sie die Frage auch im Implementierungsprozess immer wieder stellen und beleuchten – vielleicht ändert sich die Vision ja im Laufe der Zeit?

3.3.7.3 Gestaltung einer Projektabschlussveranstaltung

Im Projekt gab es eine offizielle Abschlussveranstaltung mit externen Gästen, einem angesehenen Hauptredner, einer Rückschau auf das Projekt und einer Präsentation der ACP-Konzepte der Projekteinrichtungen und einem gemeinsamen Festakt.

In kleinerem Rahmen bietet es sich natürlich auch an, eine Abschlussveranstaltung in Ihrem Haus zu gestalten – Sie haben intensiv an einem schwierigen Thema gearbeitet, ein umfassendes Konzept zu einem neuen Angebot erstellt und dürfen sich jetzt auch feiern (lassen).

Zudem haben Sie so die Gelegenheit, ihr neues Angebot einer internen und externen Öffentlichkeit vorzustellen. Die dafür erarbeiteten Materialien (Plakat, Präsentation...) können sie immer wieder im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung verwenden. Außerdem stellen Sie eine gute Grundlage dar, wenn Sie das Angebot zu einem späteren Zeitpunkt evaluieren und weiterentwickeln möchten.

Im Projekt war jede Einrichtung aufgefordert, ihr Konzept in Form eines Plakats anhand einiger Leitfragen vorzustellen. Diese Plakate wurden in der Abschlussveranstaltung präsentiert um so in einen Austausch zu kommen. Außerdem gab es noch einen Film mit Statements verschiedener Personen zum Projekt, sowie verschiedene weitere Visualisierungen des Projekts als Ganzes.

- Überlegen Sie sich, ob Sie eine Veranstaltung zum Projektende möchten um Ihr Konzept der (internen oder externen) Öffentlichkeit zu präsentieren.
- Vielleicht wird die Projektabschlussveranstaltung gleichzeitig die Auftaktveranstaltung für den offiziellen Beginn des Angebots?
- Überlegen Sie sich, wer zu Ihrer Abschlussveranstaltung eingeladen werden soll und in welchem zeitlichen und organisatorischen Rahmen Sie sie abhalten möchten.
- Gestalten Sie ein ansprechendes Programm mit Präsentationsformen, die der Zielgruppe und dem Anlass angemessen sind und Interesse für das Thema wecken.
- Gestalten Sie die Materialien so, dass Sie sie langfristig zur Vorstellung des Angebots verwenden können.
- Sie können sich hierfür an den Leitfragen im Arbeitsauftrag Präsentation sowie an den Leitfragen für die Filminterviews orientieren.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Vgl. Anhang 14

4 Zu guter Letzt

Da die Implementierung eines Angebots eigentlich nie abgeschlossen ist, sondern einer fortwährenden Überprüfung, Evaluation und Weiterentwicklung bedarf, bleibt sicher auch nach gewissenhafter Arbeit aller hier vorgestellten Themen immer noch die eine oder andere Frage offen. Um mit dem Beratungsangebot nach §132g SGB V gut starten zu können, sollten Sie aber mit der Handreichung gut gerüstet sein. Und als lernende Organisation versteht es sich ja von selbst, das eigene Tun regelmäßig (selbst-)kritisch unter die Lupe zu nehmen und gegebenenfalls an neue Rahmenbedingungen oder neue Erkenntnisse anzupassen...

In diesem Sinne bleibt zu hoffen, dass Ihnen die Handreichung bei der Implementierung gute Dienste leistet und dazu beiträgt, dass ACP und die dahinterstehende Haltung weiter Verbreitung findet und langfristig zu einem offeneren Umgang mit dem Thema Tod und Sterben beiträgt, sowie künftig immer mehr Menschen ein würdevolles Sterben nach ihren Wünschen und Vorstellungen ermöglicht.

5 Glossar

- **ACP:** „Advance Care Planning“:
Vorausschauende Behandlungsplanung,
vorausschauende Vorsorgeplanung oder vorausschauende Versorgungsplanung: Grundlage aus dem angelsächsischen Raum (v.a. Australien, USA), auf dem die Idee des §132 g SGB V fußt.¹¹⁰
- **DiV-BVP:** „Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft – Behandlung im Voraus Planen“:
Träger eines der ersten und sehr verbreiteten Qualifizierungskonzepts für Berater*innen nach §132 g SGB V¹¹¹
- **Dokumentationsformen:**
 - **Die Rahmenvereinbarung zum §312g SGB V unterscheidet zwischen folgenden Dokumentationsformen**¹¹²:
Die Dokumentation des Beratungsprozesses, die Dokumentation der Willensäußerungen, den Leistungsnachweis sowie die rechtlichen Vorsorgeinstrumente. Hier werden weitere Begriffe erläutert.
 - **Verpflichtend (zur Abrechnung mit den Krankenkassen): Leistungsnachweis:**
kurzer Bogen, der Rahmenbedingungen der Beratung aber keine Inhalte abfragt und zur Abrechnung bei der GKV eingereicht werden muss¹¹³
 - **Optional:**
 - **Notizen zum Gespräch:**
Notizen, die der/ die Berater*in während des Gesprächs erstellt, um das Gespräch zu strukturieren und zur Weiterarbeit in einem Folgetermin oder zur Ausarbeitung einer Willensbekundung oder eines Gesprächsprotokolls anfertigt; dürfen nur mit Einwilligung des/ der Klient*in gespeichert werden
 - **Gesprächsprotokoll:**
Dokumentation des Beratungsprozesses Zusammenfassung der Gesprächsinhalte und des Ablaufs für Klient*in und Berater*in; manchmal bereits identisch mit der Willensbekundung; wird aus den Gesprächsnotizen erstellt und mit dem/ der Klient*in auf Richtigkeit überprüft und diesem/ dieser ausgehändigt; der weitere Verbleib (in der Beratungsakte, bei weiteren Personen) muss mit dem/ der Klient*in abgesprochen werden; dient der Nachvollziehbarkeit des Gesprächsprozesses
 - **Dokumentation der Willensäußerung:**
dient ebenfalls der Nachvollziehbarkeit des Prozesses, ist aber auf den konkreten Willen in Bezug auf das Lebensende fokussiert. Kann als eine freie Form der Patientenverfügung angesehen werden. Ist daher ein optionales Ergebnis des Gesprächsprozesses, kein verpflichtendes.
 - **Dokumentation:**
bezeichnet die in der Einrichtung übliche Dokumentationsform für Pflege, Förderpläne o.ä. Welche Teile aus der ACP- Beratung in diese einfließen, muss in Absprache mit dem/ der Klient*in entschieden werden. Vor allem Inhalte des ACP- Gesprächs, die die Versorgung betreffen und daher für das versorgende Personal relevant sind, sollten hier mit aufgenommen werden.

¹¹⁰ Vgl. (Coors, et al., 2015)

¹¹¹ (DiV-BVP)

¹¹² (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 9 ff, §9)

¹¹³ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. Anlage 2)

▸ **Patientenverfügung:**

bezeichnet eine Vorausverfügung gemäß §1901 a BGB¹¹⁴. Sie kann in unterschiedlicher Form abgefasst werden: als Freitext ebenso wie mit Hilfe von Textbausteinen oder unterschiedlichen Formularen (z.B. des Bundesgesundheitsministeriums)¹¹⁵; in ihr regelt der/ die Betroffene selbst im Voraus, wie er/ sie im Falle, dass er/ sie nicht mehr selbst entscheiden kann, versorgt werden möchte. Sie ist immer freiwillig und in einem zusätzlichen Prozessschritt zu erstellen¹¹⁶

▸ **Vorsorgevollmacht:**

kann anstelle oder ergänzend zur Patientenverfügung erstellt werden, und regelt, wer im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit bzw. in Fällen, wo die Patientenverfügung nicht greift, Entscheidungen treffen darf; dadurch entfällt u.U. die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers¹¹⁷

▸ **Vertreterverfügung:**

Sonderform der Patientenverfügung, bei der der mutmaßliche Wille des/ der Klient*in/ Patient*in, der/ die selbst nicht (mehr) einwilligungsfähig und auch nicht in der Lage seine Wünsche zu äußern ist, durch Vertreter*innen (z.B. Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r) ermittelt und schriftlich festgehalten wird, um im Falle, dass der/ die Vertreter*in nicht sofort erreichbar ist, dennoch den Willen umsetzen zu können. Wichtig ist hierbei, dass nicht der Wille der Vertretungsperson festgehalten wird, sondern der mutmaßliche Wille des/ der Klient*in/ Patient*in.

• **Evaluation:**

Auswertung/ Überprüfung von Ergebnissen. Hier einerseits zur Überprüfung des Implementierungsprozesses gebraucht, andererseits im Zusammenhang der erneuten Überprüfung der in einem ACP-Prozess ermittelten Wünsche und Werte.

• **GVP:**

„gesundheitliche Versorgungsplanung“: deutscher Begriff für ACP; im §132g SGB V verwendet¹¹⁸

• **Gesprächsbegleiter*in:**

im Konzept von DiV- BVP und im Modellprojekt des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg verwendeter Begriff für die Berater*innen nach §132g SGB V.

• **Rechtliche Grundlagen**

- §132 g SGB V¹¹⁹
- Betreuungsrecht¹²⁰
- Gesetz zur Patientenverfügung (§1901 BGB)¹²¹
- Hospiz- und Palliativgesetz (Teil des SGB V)¹²²
- DS-GVO¹²³
- UN-Behindertenrechtskonvention¹²⁴

• **§132g SGB V¹²⁵:**

Paragraph aus dem Hospiz- und Palliativgesetz, der das Angebot der GVP (s. dort) regelt

¹¹⁴ (Bundesministerium für Justiz)

¹¹⁵ Vgl. hierzu auch: (Bundesgesundheitsministerium)

¹¹⁶ (GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände, 2017 S. 9 §8 (9))

¹¹⁷ Vgl. (Bundesgesundheitsministerium) und §1901 c BGB (Bundesministerium der Justiz)

¹¹⁸ (Deutscher Bundestag, 2015)

¹¹⁹ (Deutscher Bundestag, 2015)

¹²⁰ Vgl. (Bundesministerium der Justiz)

¹²¹ (Bundesministerium für Justiz)

¹²² (Dt. Bundesregierung, 2015)

¹²³ (Europäische Union, 2018)

¹²⁴ (Praetor Verlagsgesellschaft)

¹²⁵ (Deutscher Bundestag, 2015)

6 Literaturverzeichnis

Bayerischer Rundfunk. 2002. Youtube/ Willi will's wissen. [Online] 2002. [Zitat vom: 27. 01 2022.] https://www.youtube.com/watch?v=R_AmlmLTDu0.

Beauchamp, T.L. und Childress, J.F. 2001. Principals of Biomedical Ethics. 5. Oxford, England : Oxford University Press, 2001. ISBN 0195143310, 9780195143317.

Birnbacher , Dieter. 1998. Der Streit um die Lebensqualität. [Buchverf.] Schummer Joachim. Glück und Ethik. Würzburg : Königshausen und Neumann, 1998, S. 125 - 145.

Bundesärztekammer; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. www.charta-zur-betreuung-sterbender.de. [Online] [Zitat vom: 27. 01 2022.] <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>.

Bundesgesundheitsministerium. Patientenverfügung. [Online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenverfuegung.html>.

Bundesministerium der Justiz. §1901c - Vorsorgevollmacht. [Online] https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1901c.html.

—. Betreuungsrecht. [Online] [Zitat vom: 10. 01 2022.] https://www.bmj.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit. 2020. www.bmfsfj.de. [Online] 02 2020. [Zitat vom: 27. 01 2022.] <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>.

Bundesministerium für Justiz. §1901a BGB - Patientenverfügung. [Online] [Zitat vom: 09. 08 2021.] https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1901a.html.

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. 2021. www.cbp.caritas.de. [Online] 05 2021. [Zitat vom: 02. 02 2022.] <https://www.cbp.caritas.de/der-verband/stellungnahmen/assistierter-suizid-neue-herausforderungen-fuer-die-assistenz-in-behindertenhilfe-und-psychiatrie-66>.

Clark, D. 1999. „Total Pain“, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders. Social Science and Medicine. 1999, S. 727 - 736.

Coors, Jox und Schmitt, in der. 2015. Advance Care Planning- Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. [Hrsg.] Jox, in der Schmitt Coors. Stuttgart : Kohlhammer, 2015. 978-3-17-028674-0.

2021. Das ACP- Projekt im Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V., 2021.

Deutscher Bundestag. 2015. §132 g SGB V. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html. [Online] 2015. [Zitat vom: 09. 08 2021.] www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html.

DiV-BVP. DiV- BVP. [Online] [Zitat vom: 26. 01 2022.] <https://div-bvp.de/>.

Domin, Hilde. 1987. Unterricht. Gesammelte Gedichte. s.l. : S. Fischer, 1987.

Dt. Bundesregierung. 2015. Bundesgesetzblatt, Hospiz- und Palliativgesetz. [Online] 2015. [Zitat vom: 19. 08 2021.] https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2114.pdf#_bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2114.pdf%27%5D__1629362728682.

Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V. 2019. Ethische Gesichtspunkte zur Vorsorgeplanung - Ein Positionspapier. Augsburg : Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V., 2019.

Europäische Union. 2018. dgsvo- Gesetz. [Online] 2018. [Zitat vom: 18. 08 2021.] <https://dsgvo-gesetz.de/>.

Fricke, Christine, Stappel, Nicole und Eisenmann, Maximiliane. 2018. In Würde. Bis zuletzt. - Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung. Augsburg : Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V., 2018. ISBN - 978-3-00-059956-9.

GKV- Spitzenverband. 2017. GKV- Spitzenverband - Fragen-/ Antworten- Katalog. [Online] 13. 12 2017. [Zitat vom: 20. 01 2022.] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/20181029_FAQ_letzte_Lebensphase_Umsetzung_132g_SGB_V.pdf.

GKV Spitzenverband, Wohlfahrtsverbände. 2017. Vereinbarung zum §132g SGB V. [Online] 2017. [Zitat vom: 09. 08 2021.] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf.

Hammes, Bernhard J. und Briggs, Linda. 2015. Das „Respecting Choices“ Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. [Hrsg.] Michael Coors, Ralf J. Jox und Jürgen in der Schmitt. [Übers.] Elin Scheel, Michael Coors und Jürgen in der Schmitt. Advance Care Planning - von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart : Kohlhammer, 2015, 4.1, S. 181 ff.

Katholische Akademie Regensburg. www.katholischeakademie-regensburg.de. Gesprächsbegleiter*in gem. § 132 g Abs. 3 SGB V. [Online] [Zitat vom: 23. 03 2022.] www.katholischeakademie-regensburg.de/bildungsangebote/bildungsangebote/b-132-g-22-gespraechsbegleiterin-gem.--132-g-abs.-3-rgb-v.

König, Eckard und Volmer, Gerda. 2018. Handbuch Systemische Organisationsberatung. Weinheim und Basel : Beltz Verlag, 2018.

Lehmeyer, Sonja, et al. 2019. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe. s.l. : Jacobs Verlag, 2019. ISBN-10 3899182715; ISBN-13 978-3899182712.

Leitlinienprogramm Onkologie. 2019. S3 - Leitlinie Palliativmedizin Version 2.0. 2019. S. S.216 ff.

Lob- Hüdepohl, Andreas. 2019. Gelassen.Gestalten. Moraltheologische Erkundungen zum „Advance Care Planning“. [Hrsg.] Höfling, Wolfram und u.a. Advance Care Planning/Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Baden- Baden : s.n., 2019, S. 109-129.

Mackmann, Georg und in der Schmitt, Jürgen. 2015. Das Pilotprojekt beizeiten begleiten. [Hrsg.] Michael Coors, Ralf J. Jox und Jürgen in der Schmitt. Advance Care Planning - Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart : Kohlhammer, 2015, 4.5, S. 234 ff.

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands. 2019. GESUNDHEITLICHE VORSORGE Innehalten und Alternativen ermöglichen zu ACP und Versorgungsplanung i.S.d. §132g SGB V - Memorandum. von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands. 2019. nicht mehr online verfügbar; bei Interesse Anfrage bei dhpv.

Praetor Verlagsgesellschaft. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>.
[Online] [Zitat vom: 10. 02 2022.] <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>.

Saunders, Cicely. gute Zitate - Zitat Cicely Saunders.
[Online] [Zitat vom: 10. 01 2022.] <https://gutezitate.com/zitat/180952>.

Schulz von Thun, Friedemann. 2010 - 2013. Miteinander Reden 1 - 3. s.l. : Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2010 - 2013. Bd. 1. ISBN-10: 3499174898, ISBN-13: 978-3499174896.

Schwarz, Anja. 2021. Kooperation und Netzwerk- theoretische Einführung. Augsburg : s.n., 2021.
Watzlawik, Paul. 2015. Man kann nicht nicht Kommunizieren. s.l. : Hogrefe, 2015. ISBN 978-3-456-85600-1.

Watzlawik, Paul, Beavin, Jeanet H. und Jackson, Don D. 2016.
Menschliche kommunikation. s.l. : Hogrefe, 2016. ISBN 978-3-456-85745-9.

Whitmore, John. 2014. Coaching for Performance. s.l. : Jungerfermann Verlag, 2014. 978-3955710361.

wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/Einwilligungsfähigkeit>. [Online] [Zitat vom: 10. 02 2022.]
<https://de.wikipedia.org/wiki/Einwilligungsfähigkeit>.

Windolph, Andrea und Blumenau, Alexander. projekte leicht gemacht. [Online]
[Zitat vom: 19. 08 2021.] www.Projekte-leicht-gemacht.de.

—. Projekte Leicht gemacht - effektiv und effizient. [Online] [Zitat vom: 10. 01 2022.]
<https://projekte-leicht-gemacht.de/blog/softskills/zeitmanagement/effizienz-effektivitaet/>.

Winzen, Rudolf. 2022. <https://wegweiser-betreuung.de/>. [Online] 2022. [Zitat vom: 10. 2 2022.]
<https://wegweiser-betreuung.de/betreuung/einwilligungsfahigkeit>.

7 Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Flipcharts Projektmanagement

Anhang 2: Arbeitsauftrag Projektmanagement

Anhang 3: Spinnennetzanalyse mit Fragen und Anleitung

Anhang 4: Netzwerkkarte/ egozentrisches Netzwerk

Anhang 5: Arbeitsauftrag Recht

Anhang 6: Dimensionen ethischen Handelns

Anhang 7: Leitfragen zum Positionspapier des Ethikkomitees

Anhang 8: Arbeitsauftrag Kommunikation

Anhang 9: Arbeitsauftrag zu Dokumentation und Durchführung

Anhang 10: 7 Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit

Anhang 11: Arbeitsauftrag Netzwerk

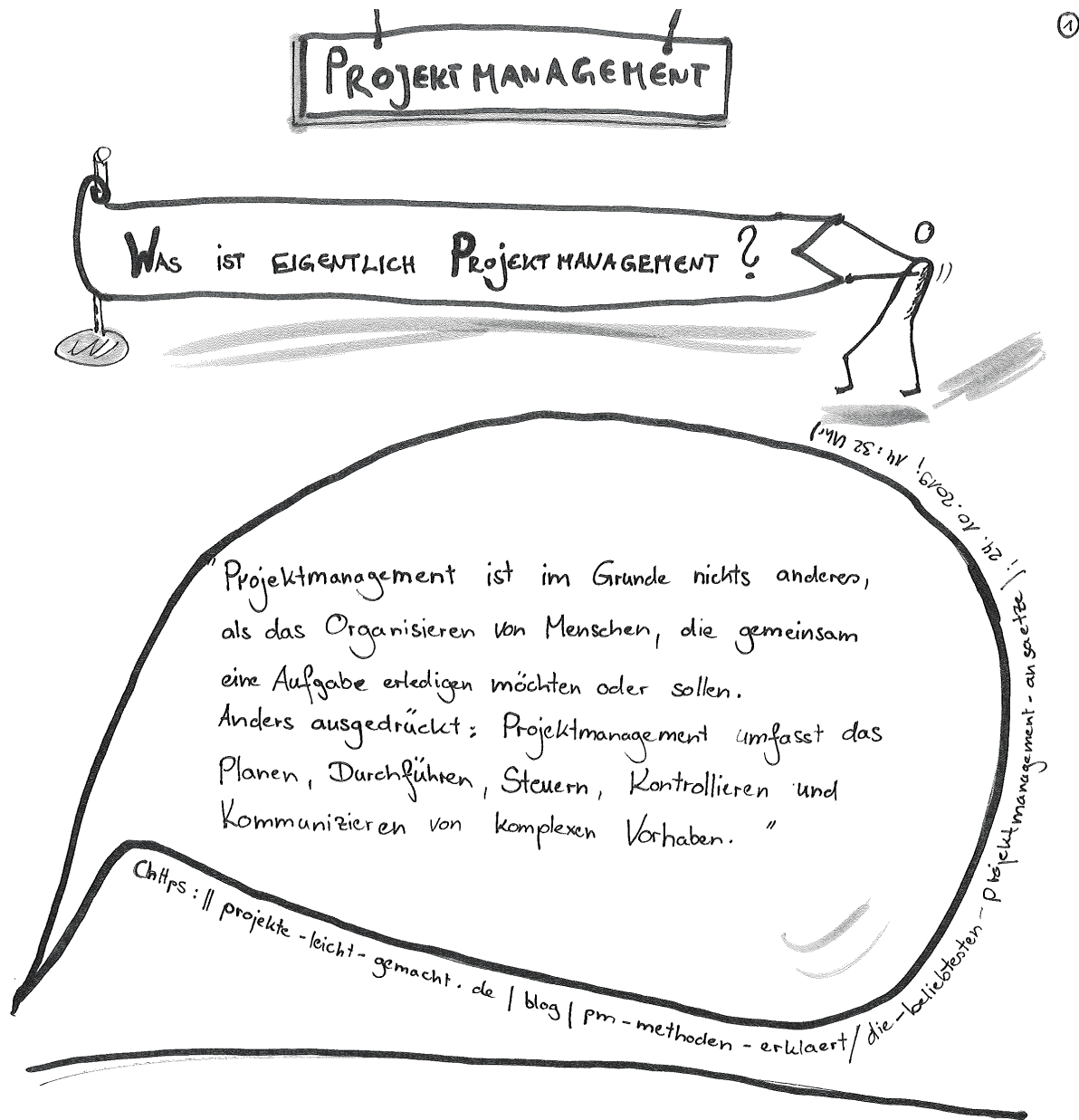
Anhang 12: Gedicht von Hilde Domin

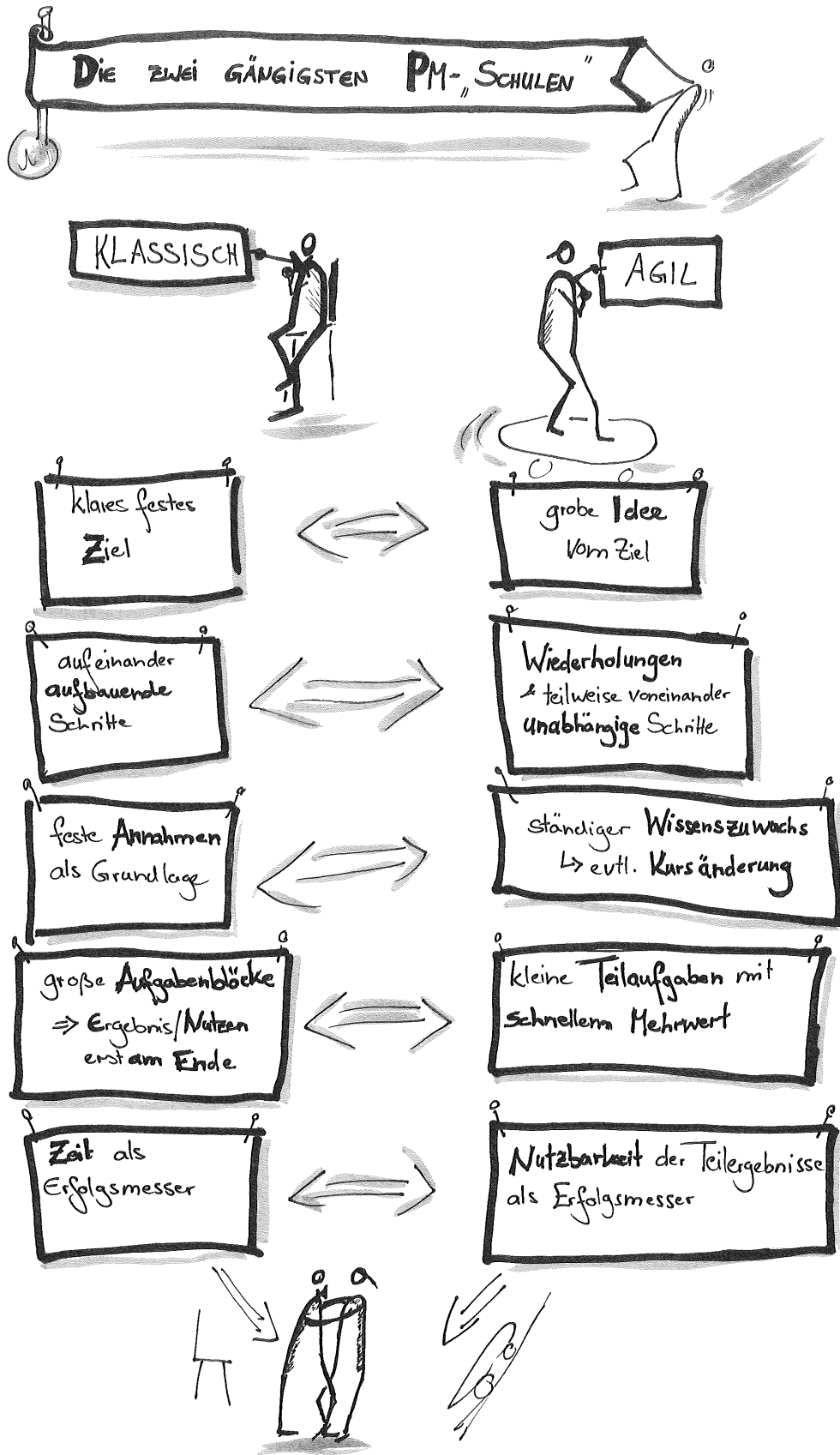
Anhang 13: Arbeitsauftrag Hospiz- und Palliativkultur

Anhang 14: Arbeitsauftrag Präsentation

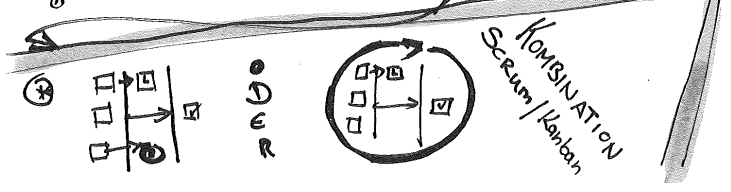
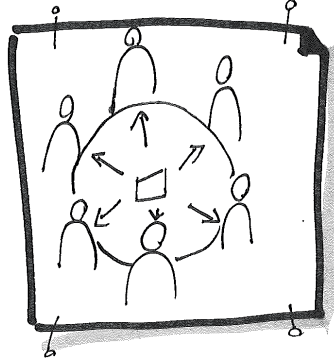
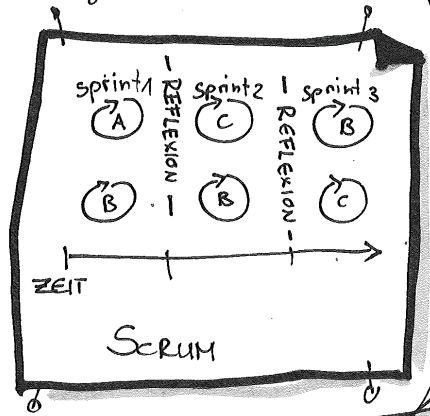
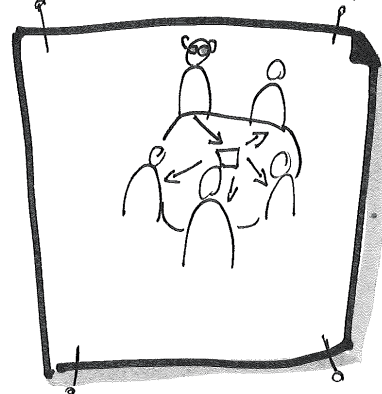
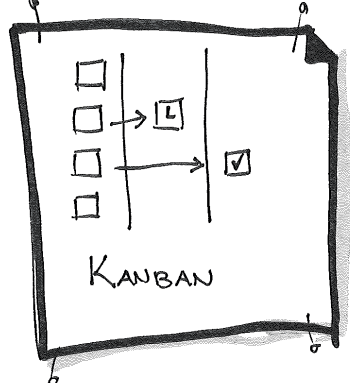
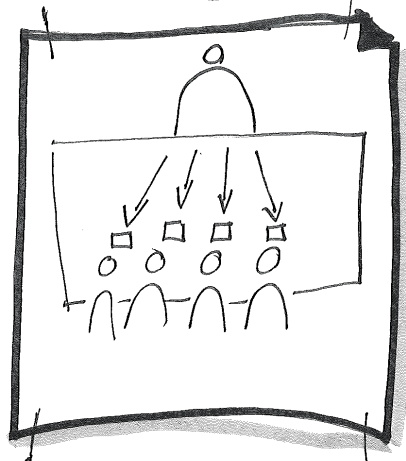
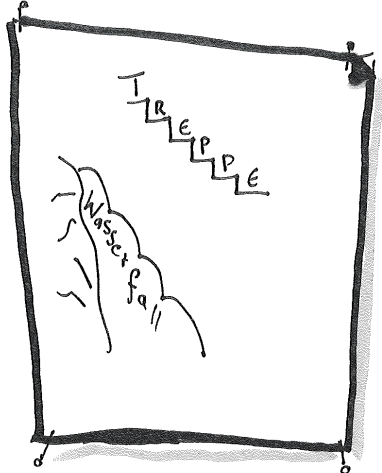
Anhang 15: Projektflyer

Anhang 1: Flipcharts Projektmanagement





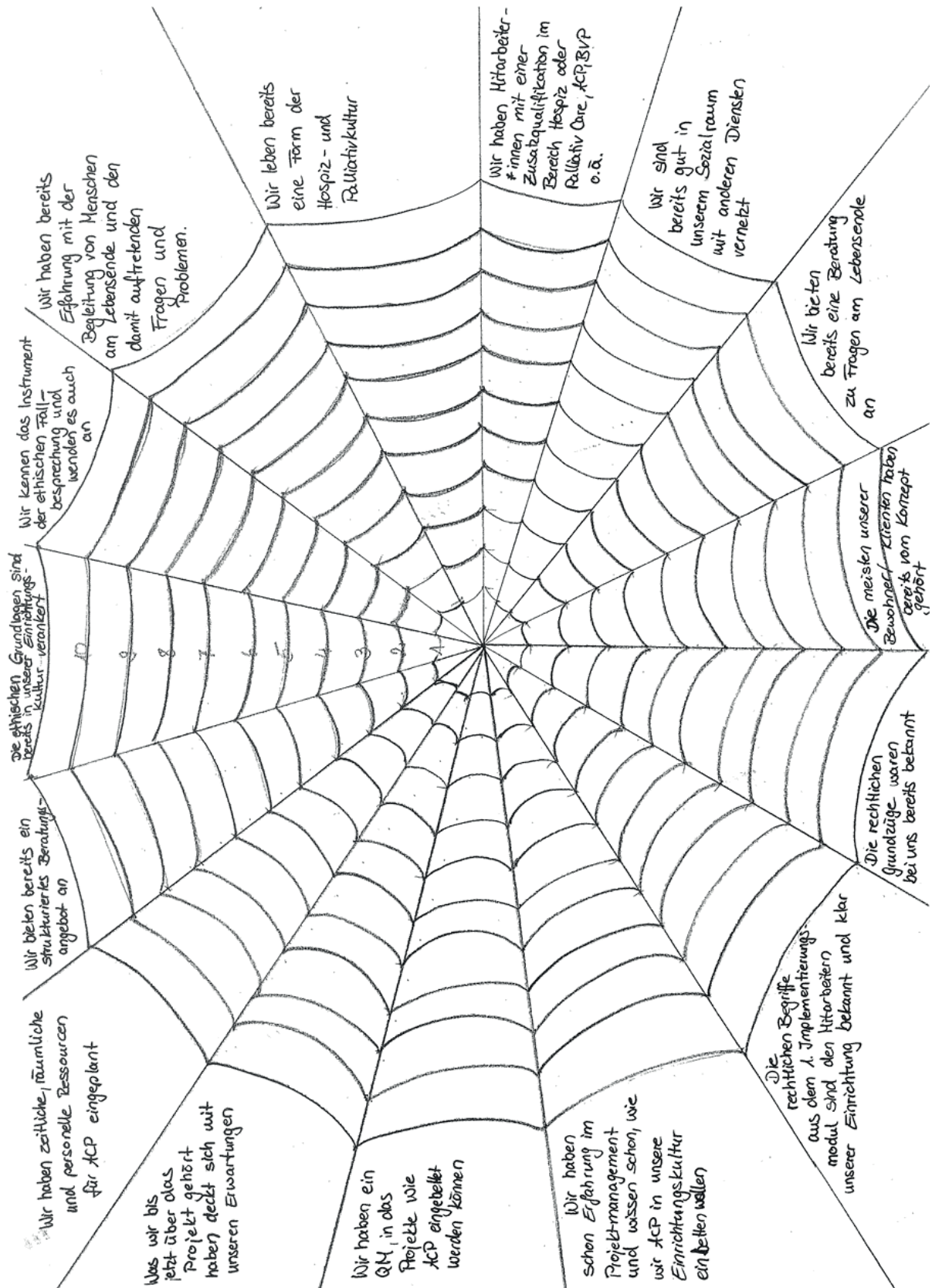
Typische Methoden & Arbeitsweisen



Anhang 2: Arbeitsauftrag Projektmanagement

1. Stellen Sie in Ihrer Einrichtung ein Projektteam zusammen und starten Sie die Arbeit: Klären Sie grundlegende Modi der Zusammenarbeit, überlegen Sie sich, wie oft und in welchem Rhythmus Sie sich treffen wollen, klären Sie grundlegende Zuständigkeiten (für den Ordner, für die Projektdokumentation...)
2. Welche SMARTen Ziele für das Projekt fallen Ihnen ein (SMART- Regel beachten und anwenden!)
3. Was sehen Sie als nächste Schritte (Sprints) in der Projektbearbeitung?

Anhang 3: Spinnennetzanalyse mit Fragen und Anleitung



Ist-Analyse

Bitte machen Sie sich mit Hilfe dieses Fragebogens in Ihrem Projektteam Gedanken, wo Ihre Einrichtung aktuell steht. Bewerten Sie jede Frage mit Punkten von eins bis zehn (1= trifft überhaupt nicht zu; 10 = trifft voll und ganz zu). Tragen Sie Ihre Bewertungen bitte in das Spinnennetz ein und schreiben Sie bei Bedarf Kommentare zu den einzelnen Fragestellungen dazu. Wir werden diese Analyse im Laufe des Projekts wiederholen, damit Sie einen Überblick bekommen, wo Ihre Einrichtung steht und was sich im Laufe des Projekts entwickelt. Bitte beziehen Sie das Spinnennetz in Ihre Präsentation der Arbeitsaufträge für das nächste Implementierungsmodul ein.

| | |
|-------------------------------|--|
| Datum: | |
| Einrichtung: | |
| Ambulant/ stationär? | |
| Altenhilfe/ Behindertenhilfe? | |

Die ethischen Grundlagen sind bereits in unserer Einrichtungskultur verankert



Beispiele:

1. Wir kennen das Instrument der ethischen Fallbesprechung bereits und wenden es auch an.



Wir haben bereits Erfahrung mit der Begleitung von Menschen am Lebensende und den damit auftretenden Fragen und Problemen



Beispiele:

Wir leben bereits eine Form der Hospiz- und Palliativkultur



Beispiele:

2. Wir haben Mitarbeiter*innen mit einer Zusatzqualifikation im Bereiche Hospiz oder Palliativ Care, ACP, BVP o.ä. (alles, was mit dem Lebensende zu tun hat)



Anzahl und Qualifikation:

3. Wir sind bereits gut in unserem Sozialraum mit folgenden anderen Diensten vernetzt



4. Wir bieten bereits eine Beratung zu Fragen am Lebensende an



5. Die meisten unserer Bewohner/Klienten haben bereits vom Konzept der gesundheitlichen Vorsorgeplanung gehört



6. Die rechtlichen Grundzüge des § 132g SGB V waren bei uns bereits bekannt



7. Die rechtlichen Begriffe aus dem 1. Implementierungsmodul sind den Mitarbeitern unserer Einrichtung bekannt und klar



8. Wir haben schon Erfahrung im Projektmanagement und wissen schon, wie wir ACP in unsere Einrichtungskultur einbetten wollen.



Ideen:

Wir haben ein QM, in das Projekte, wie ACP eingebettet werden können



Was wir bis jetzt über das Projekt gehört haben deckt sich mit unseren Erwartungen



Beispiele:

Wir haben zeitliche, räumliche und personelle Ressourcen für ACP eingeplant.



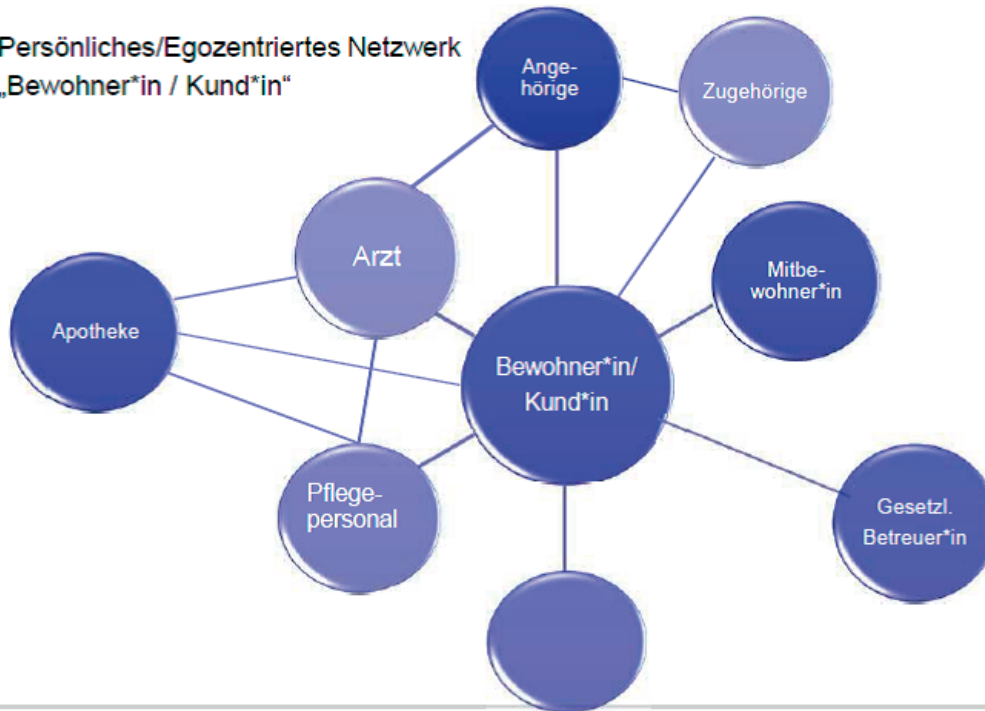
9. Wir bieten bereits ein strukturiertes Beratungsangebot zu folgenden anderen Bereichen an. (Bitte Bereiche nennen)



3. Netzwerkforschung Beispiel: Egozentriertes Netzwerk



Persönliches/Egozentriertes Netzwerk
„Bewohner*in / Kund*in“



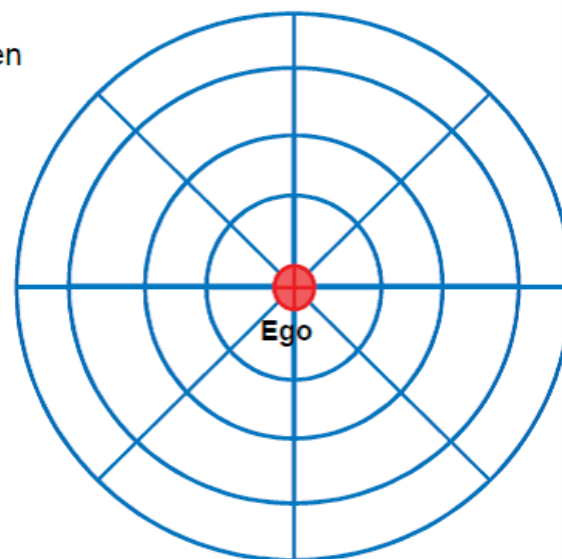
3. Netzwerkforschung Übung: Persönliches Netzwerk



Zeichnen Sie in die → **Netzwerkkarte** die Personen/Organisationen Ihres persönlichen ACP-Netzwerks ein.

→ Visualisieren der Netzwerkpartner
z.B. Bew./Kund*in, Angehörige,
Mitarbeitende, Ärzte, Träger etc.

Kriterium: Bedeutung/Kontakt
Sehr eng/wichtig → im ersten Innenkreis
Eng/wichtig → zweiter Innenkreis
Lose/weniger wichtig → dritter Innenkreis
Lose → Außenkreis



Anhang 5: Arbeitsauftrag Recht

Wie können die rechtlichen Anforderungen in Ihren Einrichtungen berücksichtigt und umgesetzt werden?

Anhang 6: Dimensionen ethischen Handelns¹²⁸

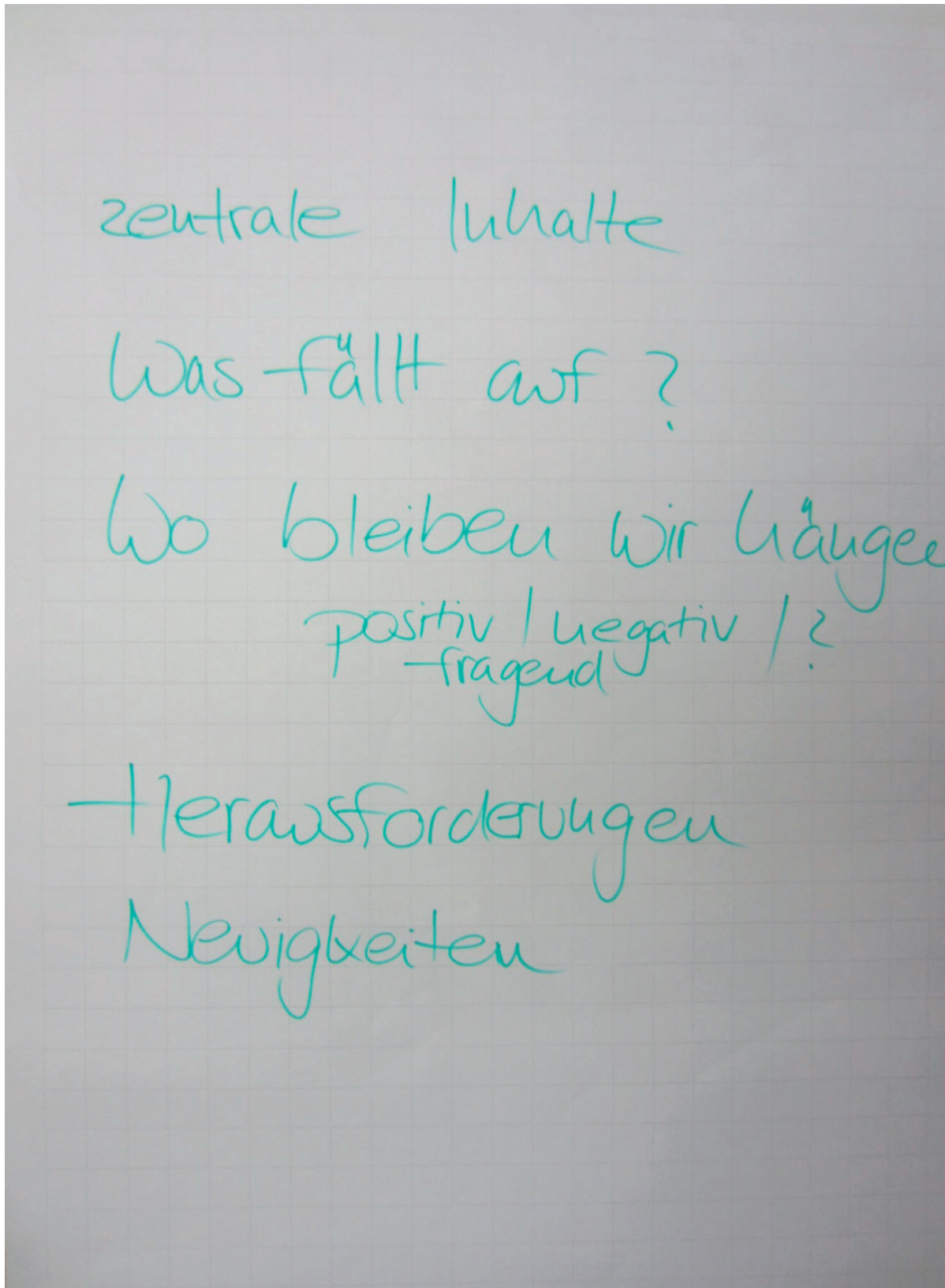
- Ordnen Sie Ihre Gedanken zur Frage „Wenn ich an ACP denke?“ unter die folgenden Dimensionen ethischen Handelns ein:
 - Vernunft
 - Autonomie
 - Gewissen
 - Urteilen
 - Verantwortung
 - Handeln

Hilfreich ist es hierzu, die Gedanken auf Kärtchen zu schreiben und in Form eines Rasters oder einer Mindmap den jeweiligen Dimensionen zuzuordnen.

- Wie können die ethischen Anforderungen in Ihren Einrichtungen berücksichtigt und umgesetzt werden? (Nicht nur in Bezug auf ACP)
- Medizin- Ethik (Beauchamps...) ¹²⁹ „nicht- Schaden“!

¹²⁸ Idee Maximiliane Eisenmann

¹²⁹ (Beauchamp, et al., 2001)



¹³⁰ Idee Maximiliane Eisenmann

Anhang 8: Arbeitsauftrag Kommunikation

Arbeitsaufträge 2. Implementierungsschritt

1. Klären Sie in Ihrem Projektteam folgende Fragen: Wie sind bei uns Entscheidungswege? Welche Kommunikationsströme gibt es? Was könnte verbessert werden? Und wie? (konkrete Maßnahmen!) Testen Sie Ihre Verbesserungsideen und setzen Sie sie um.
 2. Erarbeiten Sie anhand folgender Punkte auf welchen Wegen Sie in Ihrer Einrichtung über ACP informieren wollen:
 - a. Welche Infos müssen an wen weitergegeben werden?
 - b. Wer soll wie informiert werden? (Kollegen, Bewohner, Angehörige...)
 - c. Wie könnte die Vorstellung des Projekts in der Einrichtung für die Mitarbeiter*innen/ Kolleg*innen stattfinden? (Brief, Infoveranstaltung, Besuch in den Teams, Film ...)
Wie für die Bewohner/ Klienten? Wie für Angehörige?
- Beziehen Sie die im Seminar erarbeiteten Inhalte und Ideen mit ein.
- Erstellen Sie in Ihrem Projektteam Infomaterial bzw. erarbeiten Sie eine Infoveranstaltung für das Personal, für die Bewohner/ Klienten und für Angehörige.
- Informieren Sie bis zum nächsten Modul mindestens ihre Kolleg*innen/ Mitarbeiter*innen, indem sie die jeweils gewählte Maßnahme bis dahin umsetzen.

Anhang 9: Arbeitsauftrag zu Dokumentation und Durchführung

Extra Arbeitsauftrag:

Durchführung des Beratungsprozesses und Möglichkeiten der Dokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,

in unserem dritten Implementierungsmodul Ende Mai wird es um das Thema „Durchführung des Beratungsprozesses und Möglichkeiten der Dokumentation“ gehen.

Frau Götz wird als Leiterin des Berater*innenkurses das Konzept sowie die Überlegungen zur Dokumentation vorstellen. Gleichzeitig wollen wir diesen Ansatz mit Blick auf, in einzelnen Einrichtungen bereits implementierte Ansätze und die dazugehörigen Dokumente reflektieren. Es geht darum zu klären, welches Ziel verfolgt unsere Einrichtung, was wird hierfür benötigt?

Wir bitten daher diejenigen Projektteilnehmer*innen, die in ihren Einrichtungen bereits mit einem Konzept zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung (z.B.. Behandlung im Voraus planen (bvp) oder Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP)) arbeiten, den Ansatz und die verwendeten Dokumente sowie Ihre positiven sowie negativen Erfahrungen vorzustellen.

Darüber hoffen wir, in eine lebendige Diskussion zu kommen und Eckpunkte zu erarbeiten, die Sie alle bei der Implementierung einer hilfreichen Vorgehensweise unterstützen - sowohl diejenigen, die alles erst neu entwickeln müssen, als auch diejenigen, die ihre bisherige Praxis nochmal unter die Lupe nehmen möchten.

Bitte sagen Sie mir Bescheid, wer sein Konzept vorstellen wird - Sie dürfen sich auch gerne zusammentun, falls Sie mit den gleichen Grundlagen arbeiten. Hierfür wäre es gut, wenn Sie eine 10-15 minütige Präsentation für den Kurs vorbereiten könnten.

Folgende Leitfragen können Ihnen als Anregung dienen:

1. Stellen Sie die in Ihrer Einrichtung bisher verwendete Vorgehensweise im Beratungsprozess vor.
2. Wie informieren Sie über das Angebot?
3. Wie sichern Sie Einwilligung und Freiwilligkeit?
4. Was ist Kernpunkt der Beratung?
5. Wie verläuft der Beratungsprozess?
6. Wie dokumentieren Sie das Gespräch bzw. das Ergebnis?
7. Welche Zielsetzung verfolgen Sie als Einrichtung bzw. der/die Berater*in mit Inhalt und Form der Dokumentation?
 - Gibt es vorgegebene Formulare des Kursanbieters bei dem Ihre Berater*innen ausgebildet wurden? Werden diese bei Ihnen verwendet? Haben Sie einrichtungsintern eigene Formulare entwickelt?
 - Was erwarten Sie von der gewählten Dokumentationsform?
 - Welchen Stellenwert haben Vorsorgeinstrumente (Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsvollmachten) im Beratungsprozess?
 - Welche Rolle spielt die Einwilligungsfähigkeit des/der Gesprächspartner*in für die Dokumentation?
 - Wie wird ggf. ein*e gesetzliche*r Betreuer*in oder ein*e Bevollmächtigte*r mit einbezogen?

8. Wie ist die Dokumentation in Ihre allgemeine Einrichtungsdokumentation eingebunden?
Wie haben Sie die Datenschutzfrage gelöst?

9. Stellen Sie kurz Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Beratungsangebot dar:
 - Wie wird es von den Betreuten angenommen?
 - Welche wesentlichen Erfahrungen haben Sie bereits gemacht, die Sie uns mitteilen wollen?
 - Was war die Veranlassung, zusätzlich noch am Projekt teilzunehmen?

10. Wie gehen Sie mit Bewohner*innen/ Klient*innen um, die keinen gesetzlichen Anspruch auf die Beratung haben, aber einen Beratungsbedarf äußern?

Mit freundlichen Grüßen,
Susanna Tot (Projektkoordinatorin)

Arbeitsaufträge 3. Implementierungsschritt

3. Nächste Schritte zum ACP-Konzept:

- a. Diskutieren Sie in Ihrem einrichtungsinternen Projektteam über das Thema Haltung:
 - Warum nehmen wir am Projekt teil? Was ist (uns) wichtig?
 - Können wir die dem Caritaskonzept zugrunde liegende Haltung des Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V.nachvollziehen und mit unseren Ideen/ bereits bestehenden ACP-Konzepten vereinbaren? Wo besteht Anpassungsbedarf?
 - Welche Erfahrungen aus der Praxis würden wir gerne weiter verfolgen und in unser (zukünftiges oder bereits bestehendes) ACP-Konzept einarbeiten?
- b. Setzen Sie sich gemeinsam mit den Berater*innen mit dem Gesprächsleitfaden auseinander
→ praktische Umsetzung und gegebenenfalls Anpassung an eigenes Konzept
- c. Diskutieren Sie in Ihrem Projektteam über die Frage der Dokumentation und stimmen Sie diese mit bisherigen Dokumentationsformen und Ihrem QM ab. Orientieren Sie sich an folgenden Leitfragen:
 - Warum bieten wir diese Beratung an?
 - Was dokumentieren wir wie, wofür und für wen? (Beratene*r? Berater*in? Einrichtung? Rechtssicherheit? Betreuer*in? Klinik? Rettungsdienst? etc.?)
 - Was muss wirklich sein? Was kann offen bleiben?
 - Was darf NICHT passieren (aus wessen Sicht?)
 - Und wer steht bei welcher Dokumentationsform im Mittelpunkt? Warum? Soll das so sein? Und ist das ethisch richtig so?
 - Wie lösen wir für uns das Dilemma zwischen Rechtssicherheit und Abrechenbarkeit einerseits und einer ethischen Haltung, bei der der Mensch und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen und daher eine ergebnisoffene nicht direktive Beratung gewährleistet wird?
- d. Erarbeiten Sie Ihre eigene Dokumentationsform und klären Sie sie mit Ihren Datenschutzbeauftragten ab.
- e. Klären Sie, welche Dokumente in der Region bereits verankert sind.
- f. Informieren Sie, falls noch nicht erfolgt, Mitarbeiter*innen, Klient*innen/ Bewohner*innen und Angehörige.
- g. Bereiten Sie ganz praktisch den Beginn der Gespräche vor: Ort, Raum, Zeit, Telefonnummer, E-Mailadresse, etc., Anträge für KV vorbereiten, formale Rahmenbedingungen schaffen (Hilfestellung: Vereinbarung, Fragen- und Antworten-Katalog, andere Projektteilnehmer, DiCV)
- h. Nach Beginn der begleiteten Gespräche: evtl. Evaluation der verwendeten Dokumentationsform in Hinblick auf Haltung, Caritas-Konzept, Passgenauigkeit zum eigenen Einrichtungskonzept/ zur Einrichtungskultur (nicht nach Inhalt und Gesprächsführung!)

Sieben Erfolgsbausteine der Netzwerkarbeit



Regeln (weiter-) entwickeln

1. Gemeinsame Ziele
2. Sich auf etwas Neues einlassen
3. Gegenseitiges Vertrauen
4. Es darf nur Gewinner geben
5. Gemeinsame Kommunikation
6. Bereitschaft zum Perspektivwechsel
7. Regelmäßige Kontaktpflege

Motivation

Anhang 11: Arbeitsauftrag Netzwerk

Arbeitsaufträge 4. Implementierungsschritt

Nächste Schritte zum ACP-Konzept:

1. Stellen Sie das **ACP-Projekt als Netzwerk** dar:

- Jeder im Projektteam erstellt ein egozentriertes Netzwerk Ihres ACP-Projekts anhand der besprochenen Kriterien enge/wichtig – lose/unwichtig.
 - Diskutieren Sie im Projektteam ihre jeweiligen Netzwerke und die gewählte Position der Akteure.
 - Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede stellen Sie fest?
 - Welche Bedeutung kann dies für Ihr ACP-Netzwerk haben (z.B. für die Kommunikations- und / Informationsstruktur, wo sind noch strukturelle Lücken-> mit wem könnte/ sollte/ muss vor Ort wie kooperiert werden)?

2. **Evaluieren Sie Ihren Projektstand** möglichst mit vielen Beteiligten und Betroffenen (mindestens 1 Person je Personen/Organisationsgruppe):

- Wo stehen Sie im ACP-Projekt mit der Netzwerkarbeit:
Erstellen Sie dazu eine **Nutzwertanalyse** (max. 10 Hauptkriterien) im interdisziplinären Team (Netzwerkpartner, Betroffene und Beteiligte) anhand der Vorlage
 - Wie sind Sie bis jetzt mit der Implementierung in Ihrer Einrichtung vorankommen:
Wo gibt es Verbesserungsbedarf /Ausbaupotential?
 - Wie war die Umsetzen der bisherigen Implementierungsschritte:
Welche Maßnahmen sind zu planen/anzupassen?
 - Inwieweit stimmt ihr Projektplan noch mit dem von Anfang überein?

3. Erarbeiten Sie gemeinsam mit Ihren Berater*innen ein **Konzept zur Vernetzung im ACP**: Beschreiben Sie die Struktur- und Netzwerkmanagementebene sowie die Gremienebene:

- Wie gut ist die Netzwerkarbeit? Wie könnte man die noch verbessern?
Was kann man dafür für ACP nutzen? Wie?
- Bei welchen Kooperationspartnern bestehen Störungen, welche müssen behoben werden, wie könnten wir diese gegebenenfalls beheben?
- Wo muss einrichtungsindividuell noch mehr Netzwerkarbeit für ACP geleistet werden:
--> muss noch konkretisiert werden, wenn die Ergebnisse im Seminar vorliegen
- Kontakte herstellen und Netzwerk ausbauen
- Wer hat welche Rolle und Aufgaben in der Netzwerkarbeit?
- Wie vernetzen sich dazu Implementierer*innen und Berater*innen untereinander?

(Gerne können Sie die Spinnennetzanalyse vom ersten Modul dazu zur Hilfe nehmen)

Unterricht

Jeder, der geht,
jeder, der geht,
belehrt uns ein wenig
über uns selber.
Kostbarster Unterricht
an den Sterbebetten.
Alle Spiegel so klar
wie ein See nach großem Regen,
ehe der heutige Tag
die Bilder wieder verwischt.
Nur einmal sterben sie für
uns, nie wieder.
Was wüßten wir je ohne sie?
Ohne die sicheren Waagen,
auf die wir gelegt sind,
wenn wir verlassen werden.
Diese Waagen, ohne die nichts
sein Gewicht hat.
Wir, deren Worte sich verfehlen,
wir vergessen es. Und sie?
Sie können die Lehre nicht wiederholen.
Dein Tod oder meiner
der nächste Unterricht?
So hell, so deutlich,
dass es gleich dunkel wird.

(Hilde Domin)

¹³¹ (Domin, 1987)

Anhang 13: Arbeitsauftrag Hospiz- und Palliativkultur

Arbeitsaufträge 5. Implementierungsschritt

Nächste Schritte zum ACP- Konzept:

1. --> Projektziel aus der Kick- Off- Veranstaltung: ACP als ein neues Element einer gelebten Hospiz- und Palliativkultur etablieren!

Evaluieren Sie vor diesem Hintergrund die Hospiz- und Palliativkultur in Ihrem Hause.
(Gerne können Sie dazu wieder die Nutzwertanalyse oder das Netzwerkdiagramm aus dem letzten Modul sowie die Spinnennetzanalyse vom ersten Modul zu Hilfe nehmen.)

Bestandsaufnahme Ihrer Hospiz- und Palliativkultur vor dem Hintergrund des im Seminar Erarbeiteten:

- Welche Elemente der Hospiz- und Palliativkultur sind in Ihrer Einrichtung bereits etabliert?
- Wie sehen diese konkret aus?
- In welchem Rahmen findet das Thema Tod und Sterben im Alltag seinen Platz? Hat es überhaupt einen Platz? Ist dieser in Ihren Augen richtig?
- Wie bekannt ist ihr Hospiz- und Palliativkonzept im Haus – unter den Mitarbeiter*innen? – unter den Klient*innen? – unter den Angehörigen? Wie wird es angenommen und umgesetzt?

Wie fügt sich ACP dort ein?

- Wie lassen sich Ihre Elemente der Hospiz- und Palliativkultur mit dem neuen Angebot ACP zusammenführen?
- Wie wirkt ihre bisherige Hospiz- und Palliativkultur sich auf die Ausgestaltung ihres ACP-Konzepts aus und umgekehrt?
- Überprüfen Sie vor dem Hintergrund von ACP, ob der „Platz“, den das Thema Tod und Sterben in Ihrem Hause einnimmt (noch) passend ist und ausreichend oder ob hier vielleicht eine Anpassung nötig ist.
- Wo könnte das neue ACP- Konzept an Ihre bisherigen Konzepte zum Themenfeld Tod und Sterben „andocken“? Wo ist Pionierarbeit nötig?
- Stellen Sie sicher, dass ihre bisherigen Konzepte und das neue ACP-Konzept sich ergänzen und keine Dopplungen (Konkurrenz) oder Gegensätze auftreten.
- Welche möglichen Wünsche in Bezug auf die letzte Lebensphase, die in ACP-Gesprächen thematisiert werden könnten, sind aufgrund ihres aktuellen Hospiz- und Palliativkonzepts gut umsetzbar, welche nicht? Wo könnte evtl. ein Umdenken, eine Erweiterung nötig und möglich sein?

Was ist zu tun?! Nächste Schritte

- Wo bedarf Ihre bisherige Hospiz- und Palliativkultur vor dem Hintergrund von ACP vielleicht noch eine Vertiefung?
- Welche Netzwerkpartner in diesem Bereich stehen ihnen zur Verfügung? Wie eng sind die Netzwerkverbindungen aktuell? Überlegen Sie sich, ob und in welcher Form diese evtl. ausgebaut werden könnten (vom gegenseitigen Kennen zur Kooperation?)
- Was braucht es noch in ihrem Hause, um gut palliativ arbeiten zu können? Woher könnten Sie dafür Unterstützung bekommen?
- Was brauchen Sie an Struktur für eine fruchtbare Zusammenarbeit mit den Hospizdiensten?

2. Bearbeiten Sie ihr hauseigenes ACP- Konzept weiter:

Behalten Sie dabei den Termin der Abschlussveranstaltung im Auge: Bis dahin sollte zumindest ein vorläufiges ACP- Konzept für Ihre Einrichtung erstellt sein. Das heißt natürlich nicht, dass der Prozess zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen sein muss – sicher ergeben sich mit zunehmender Erfahrung im ACP auch neue Ideen und Anpassungspotentiale, die eine Konzeptfortschreibung oder Überarbeitung mit sich bringen.

3. Bereiten Sie sich auf unser letztes Modul im September vor:

Wir haben eine Fishbowldiskussion mit zwei Gästen, die von sehr unterschiedlichen Blickwinkeln auf ACP schauen, geplant. D.h. Sie haben die Gelegenheit in der Diskussion neben Ihrer „echten“ Rolle im Projekt auch andere Positionen einzunehmen und miteinander und unseren Gästen ins Gespräch zu kommen und so die ethische Seite von ACP und Ihre eigene Haltung aus ganz unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

- Bitte sammeln Sie Fragen (v.a. zum Thema Ethik im ACP) an unsere Gäste beim letzten Modul: Die Leitfrage wird sein: „Wie könnte/ sollte ACP weitergehen, auch wenn es nicht mehr finanziert wäre?“
- Denken Sie ihre ethischen Themen aus verschiedenen Perspektiven an (GB, Klient, Leitung, Angehörige, Mal, Betreuer etc.) und sammeln Sie Argumente aus den unterschiedlichen Blickwinkeln für und gegen ACP unter der oben genannten Leitfrage, um dann in der Diskussion verschiedene Blickwinkel einbringen zu können... (Vielleicht erinnern Sie sich an die Sammlung ethischer Dimensionen im ACP aus dem ersten Modul, wenn nicht finden sie diese im CariNet – vielleicht hilft das bei der Betrachtung)
- Spinnen Sie Ideen, wie ACP in 5 Jahren aussehen könnte – ganz frei, egal, wie realistisch oder unrealistisch die Szenarien momentan erscheinen.

Anhang 14: Arbeitsauftrag Präsentation

4. Machen Sie sich weiterhin Gedanken, wie Sie Ihr Konzept im November gut präsentieren könnten:

- Zur Erinnerung nochmal die Leitfragen aus dem letzten Modul:
Was waren ihre Highlights?
Wo gab es Umwege oder Schwierigkeiten (außer Corona!)?
Würden Sie ohne Corona an derselben Stelle stehen oder wären Sie weiter oder hat Ihnen Corona evtl. sogar einen Schub nach vorne gegeben?
Was liegt noch vor Ihnen? Inwieweit denken Sie, wird Ihr Konzept im November abgeschlossen und reif zur Umsetzung sein? Wie wird es dann weiter gehen? Wo sehen Sie „IHR“ ACP in 2 oder 5 Jahren?
- Haben Sie Wünsche oder Ideen zur Gestaltung der Abschlussveranstaltung?
- Gäbe es Personen, die aus Ihrer Sicht (sofern es die Bedingungen zulassen) eingeladen werden sollten?
- Sie werden vor dem nächsten Modul weitere Informationen zur Vorbereitung der Abschlussveranstaltung bekommen. Bitte bearbeiten Sie diese in Ihrem ACP-Team und schicken Sie sie gegebenenfalls an uns zurück.

Film:

Zur Abschlussveranstaltung entstand ein Film, an dem sich alle Projekteinrichtungen beteiligten. Sie waren hierfür aufgefordert, aus den folgenden Interviewfragen einige auszuwählen und dazu kleine Filmsequenzen zu erstellen, die dann im Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V.zu einem Abschlussfilm zusammengeschnitten wurden.

Im Folgenden finden Sie die Fragen für die Interviews.

Der Film ist unter folgendem Link in Youtube zu finden:
<https://youtu.be/YU7Nh4J8qRE>

Fragen für Interviews

1. Aus welchem Bereich kommt Ihre Einrichtung?
2. Was bleibt Ihnen in besonderer Erinnerung?
3. Mit wem werden Sie in Kontakt bleiben?
4. Welche Themen, finden oder fanden Sie besonders wichtig – welche würden Sie einer anderen Einrichtung, die ACP neu implementieren will, unbedingt zur Bearbeitung ans Herz legen?
5. Wie sieht Ihre Vision für ACP in 5 Jahren aus?
6. Gab es einen AHA- Moment im Projekt, bei dem sich der eine oder andere Knoten gelöst hat?
7. Gibt es einen Punkt im Projekt, zu dem Sie gerne nochmal zurückspulen würden?
Welchen und warum?
8. Wie hat sich Ihre persönliche Haltung zu ACP im Laufe des Projekts geändert?
Wie die in Ihrer Einrichtung?
9. Ist das Projektende für Sie hier und jetzt passend oder hätten Sie gerne noch weitere Module gehabt – oder weniger?
10. Inwieweit ist das Projekt Ihrer Realität in der Einrichtung gerecht geworden?
11. Welche Art der Projektnachbereitung würden Sie sich wünschen?
Wie könnten Sie selbst dazu beitragen?

Anhang 15: Projektflyer

Kosten

Direkte Kosten aus den unmittelbaren Projektteilen (Schulungsmodule und Beraterinnenausbildung) wie Übernachtungskosten, Verpflegung, Material werden durch das Projekt getragen. Den teilnehmenden Diensten und Einrichtungen entstehen Kosten durch die Freistellung der Projektteilnehmer*innen und aus der konkreten Implementierung der Projektkinhalte in die Organisation.

Start des Projekts:
September 2019

Geplantes Ende:
November 2021

Vorgesehener Zeitplan der modularen Projektstruktur

- September 2019
Kick-Off-Veranstaltung · Caritashaus Augsburg
- 05.–06. Dezember 2019
1. Implementierungsmodul Augsburg, Haus St. Ulrich
- 03.–04. Februar 2020
2. Implementierungsmodul Augsburg, Haus St. Ulrich
- 20.–22. April 2020
1. ACP-Schulungsmodul Augsburg, Haus St. Ulrich
- 27.–28. Mai 2020
3. Implementierungsmodul Bernried
- 13.–14. Juli 2020
2. ACP-Schulungsmodul · Bernried
- 18.–20. November 2020
4. Modul · Augsburg, Haus St. Ulrich
- 25.–26. Januar 2020
3. ACP-Schulungsmodul Augsburg, Haus St. Ulrich
- April 2021 · 2 Tage · Plan KW19
5. Implementierungsmodul voraussichtlich Bernried
- September 2021 · 2 Tage · Plan KW 39
6. Implementierungsmodul voraussichtlich Bernried
- November 2021
Abschlussveranstaltung · Caritashaus Augsburg



Projekt

Advance Care Planning (ACP)

Ausschreibung für Projekteinrichtungen zur Teilnahme am Projekt Advance Care Planning (ACP)



Mensch sein für Menschen caritas



Mensch sein für Menschen

© Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V.
www.caritas-augsburg.de

Ziele des Projekts

Projektziele sind die Stärkung der Autonomie von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung bei der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase sowie die Qualifizierung der Organisation zur vernetzten und umfassenden Umsetzung der Beratungsangebote nach § 132g SGB V im Rahmen eines Hospiz- und Palliativkonzeptes. Als Erweiterung gegenüber der gesetzlichen Vorgabe (§ 132g SGB V) sollen neben den stationären Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe auch ambulante Dienste aus beiden Bereichen einbezogen werden, um Erfahrungen zu sammeln und Entwicklung im Sinne eines „lernenden Systems“ zu ermöglichen.

Umsetzung

Um dies zu erreichen, soll ACP während des Projekts in 8 Einrichtungen in modularer Struktur implementiert werden. Die Projektpartner werden bei der Implementierung (bzw. deren Weiterentwicklung) einer Hospiz- und Palliativkultur durch bewährte Instrumente und Methoden der Organisationsentwicklung begleitet. Schwerpunkte der Projektkinhalte sind u. a. eine umfassende Beraterschulung nach den Vorgaben aus dem § 132g SGB V, Konzepterstellung und entsprechende Weiterentwicklung des einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagements.

Ziele des Projekts

Projektziele sind die Stärkung der Autonomie von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung bei der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase sowie die Qualifizierung der Organisation zur vernetzten und umfassenden Umsetzung der Beratungsangebote nach § 132g SGB V im Rahmen eines Hospiz- und Palliativkonzeptes. Als Erweiterung gegenüber der gesetzlichen Vorgabe (§ 132g SGB V) sollen neben den stationären Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe auch ambulante Dienste aus beiden Bereichen einbezogen werden, um Erfahrungen zu sammeln und Entwicklung im Sinne eines „lernenden Systems“ zu ermöglichen.

Umsetzung

Um dies zu erreichen, soll ACP während des Projekts in 8 Einrichtungen in modularer Struktur implementiert werden. Die Projektpartner werden bei der Implementierung (bzw. deren Weiterentwicklung) einer Hospiz- und Palliativkultur durch bewährte Instrumente und Methoden der Organisationsentwicklung begleitet. Schwerpunkte der Projektkinhalte sind u. a. eine umfassende Beraterschulung nach den Vorgaben aus dem § 132g SGB V, Konzepterstellung und entsprechende Weiterentwicklung des einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagements.

Angebot

- Unterstützung bei der Implementierung und Umsetzung von Advance Care Planning sowie der damit verbundenen Weiterentwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur
- Beraterschulung gemäß § 132g SGB V im Umfang von insgesamt 8 Tagen plus 4 begleitete Gespräche
- 6 Implementierungsmodule à 2 Tage, eine Kick-Off Veranstaltung und eine gemeinsame Abschlussveranstaltung
- Ergänzendes Angebot der Begleitung und Beratung der Projekt-Einrichtungen vor Ort
- Tagungs- und Schulungsmaterial, Übernachtungen mit Verpflegung sind kostenfrei

Nachhaltiger Nutzen für die teilnehmenden Projekt-Einrichtungen

- **Orientieren:** Analyse der Ist-Situation zur Hospiz- und Palliativkultur und ACP in der jeweiligen Projekt-Einrichtung
- **Sensibilisieren:** Wahrnehmung der jeweiligen Gegebenheiten vor Ort und den Blick schärfen für Ressourcen, lösungsorientiertes Handeln zur Umsetzung des Patientenwillens
- **Qualifizieren:** Haltung im Sinne des christlichen Profils, Gesprächs- und Fachkompetenz der Mitarbeiter*innen stärken
- **Kooperieren:** Handlungssicherheit für alle am Prozess Beteiligten, Einbindung in regionale Strukturen
- **Implementieren:** Unterstützung bei der Umsetzung und Organisationsentwicklung, Konzepterstellung zur Einbindung ACP in die Gesamtstruktur der Einrichtungen, Einarbeitung ins Qualitätsmanagement

Zielgruppen

Gesucht werden zwei ambulante und zwei vollstationäre Einrichtungen der Altenhilfe sowie zwei ambulante und zwei vollstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Voraussetzungen für die Teilnahme

- Implementierungsmodule Verbindliche Teilnahme an allen Modulen von einer mit den entsprechenden Umsetzungskompetenzen ausgestatteten Leitungsperson und einer weiteren beruflich qualifizierten Mitarbeiter*in aus dem pflegerischen und/ oder pädagogischen Praxisfeld.
- Beraterschulung Zwei Mitarbeiter*innen absolvieren die Beraterschulung und werden von der Projekt-Einrichtung für die ACP Schulungsmodule sowie die dazugehörigen begleiteten Gespräche freigestellt. Voraussetzung ist nicht, dass diese an den Implementierungsmodulen teilnehmen.
- Die Bereitschaft ACP in die Organisationsstruktur der Einrichtung zu implementieren (Hospiz- und Palliativkultur, Ablauforganisation anpassen etc.) ist vorhanden.



Mensch_{sein}
für Menschen

