Dr. Gudrun Silberzahn-Jandt ist Referentin beim Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V., Kulturwissenschaftlerin und Palliative-Care-Fachkraft.

Ursula Schnelle ist Referentin bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. und Ansprechpartnerin im Bereich Langzeitpflege.

Viel mehr als nur Worte auf Papier

Praxiserfahrungen zeigen: Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) bietet Sicherheit für Menschen am Lebensende, für ihre An- und Zugehörigen sowie die Mitarbeitenden.

Sicherlich kennen Sie dies: Der Gesundheitszustand einer pflegebedürftigen Person im Pflegeheim verschlechtert sich akut und sie kann ihre Wünsche nicht (mehr) äußern. Was tun? Hilfreich ist, im Vorfeld mit der pflegebedürftigen Person/ihren An- und Zugehörigen (*Mit „An-/Zugehörige" sind alle relevanten Personen im Umfeld des pflegebedürftigen Menschen gemeint, sowohl Familienangehörige, Nahestehende, Bevollmächtigte als auch gesetzliche Betreuer.*) über die Wünsche zu sprechen und diese auch gemeinsam mit ihr zu dokumentieren. Solche Gespräche können qualifizierte Fachkräfte im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V) in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe führen.

Für Einrichtungen ist die **Vorhaltung des Angebots freiwillig**, ein flächendeckendes Angebot ist deshalb nicht vorhanden. Die Zahl der Einrichtungen mit GVP steigt nach unseren Beobachtungen langsam, aber kontinuierlich.

Zehn Jahre nach den gesetzlichen Grundlagen im Hospiz- und Palliativgesetz stellt sich die Frage, welche Erfahrungen Beraterinnen und Berater im Alltag mit diesem Instrument der Vorsorgeplanung machen. Wir haben deshalb mit acht Beraterinnen unterschiedlicher Träger (*Evangelische Altenheimat, Evangelische Heimstiftung GmbH, Kleeblatt Pflegeheime gGmbH, Städtische Pflegeheime Esslingen am Neckar, St. Elisabeth-Stiftung, Stiftung St. Franziskus Heiligenbronn*) von rund 180 vollstationären Pflegeeinrichtungen strukturierte Gespräche geführt.

Diese sehr eindrücklichen Rückmeldungen aus der Praxis bilden die Basis dieses Beitrags. An dieser Stelle einen herzlichen Dank an alle beteiligten Beraterinnen!

GVP FÖRDERT SELBSTBESTIMMUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER

Die GVP schafft einen geschützten Rahmen, um Befürchtungen und Ängste auszusprechen sowie Fragen zu klären. Als Prozess ermöglicht sie den Beteiligten, sich mit der Situation auseinanderzusetzen. Die Bewohner erleben Sicherheit, da ihre Wünsche und ihr Wille gehört, wertgeschätzt und umgesetzt werden.

Die Beraterinnen übernehmen mit den Gesprächen auch die Funktion eines Bindegliedes: Da das Thema für viele schwierig ist, trauen sich Pflegebedürftige oft nicht, ihren Willen gegenüber An-/Zugehörigen klar zu sagen – und gleiches findet man aufseiten der An-/Zugehörigen, die als Bevollmächtigte in der letzten Lebensphase Entscheidungen treffen müssen. Aber auch in den vielen Situationen, in denen sich Pflegebedürftige kaum selbst adäquat äußern können, erfüllt die GVP eine wichtige

GVP

- **2015 wurde die GVP im Hospiz- und Palliativgesetz für gesetzlich Krankenversicherte verankert. Konkrete Rahmenbedingungen für ihre freiwillige Umsetzung in Einrichtungen wurden 2018 in einer Vereinbarung der Leistungserbringerverbände mit dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Kassen definiert: § 132g SGB V, aktuelle Fassung; Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V; Handreichung der BAGFW zu § 132g SGB V; Gut-Leben – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (nach § 132g SGB V) im Pflegeheim: Bisherige Implementierung, Barrieren und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – G-BA Innovationsfonds.**
- **Die offiziell im SGB V verwendete Bezeichnung „gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende" (GVP) wird verschieden benannt: im internationalen Bereich etwa „Advanced Care Planning – ACP", in der Praxis oft „Vorsorgeplanung". Im Beitrag wird einheitlich der Begriff GVP verwendet.**

Foto: Werner Krüper

Funktion. Die gemeinsame Feststellung des mutmaßlichen Willens entlastet An-/Zugehörige und Bevollmächtigte auch in hochemotionalen, trotzdem als tröstend empfundenen Gesprächen. Professionelle Begleitung hilft, Sorgen zu klären, Vertrauen aufzubauen und die Angst vor Fehlentscheidungen zu mindern – was zur Ruhe und Akzeptanz in der Sterbesituation führen kann.

Einen Gesprächsprozess in Gang zu setzen, erfordert Vertrauen, Zeit und ›››

FALLBEISPIEL

Eine 87-jährige Bewohnerin hatte um ein GVP-Gespräch gebeten. Sie kam auf eigenen Wunsch in die Einrichtung, nachdem ein Magentumor festgestellt wurde und sich ihr Allgemeinzustand insgesamt kontinuierlich verschlechterte. Sie hatte bereits zwei Chemotherapien bekommen, diese aber schlecht vertragen. Essen – für sie immer wichtig – schmeckte ihr nicht mehr und sie hatte bereits geäußert, irgendwann gar nichts mehr zu essen. Beim GVP-Gespräch wurde ihr Wunsch klar, sterben zu dürfen. Der letzten Chemotherapie habe sie nur zugestimmt, weil „der Arzt das doch gesagt hat" und sie das Gefühl hatte, dass ihre Nichte das wollte. Am Ende des Gesprächs hatte sie sich gegen die Weiterführung der Chemo entschieden. Danach erfolgte ein gemeinsames Gespräch mit der Nichte. Dieses war für beide sehr emotional. Die Bewohnerin wurde, nach dem Vorlesen der gemeinsam verfassten Werteanamnese, von ihrer Nichte in allen Entscheidungen unterstützt. Eine Festlegung für den Notfall konnte erstellt, Bedarfsmedikamente vom Hausarzt angeordnet werden. Von da an war klar definiert, dass die Bewohnerin im Pflegeheim bleiben kann und keine Krankenhauseinweisung oder lebensverlängernde Behandlung mehr gewünscht sind. Zwei Wochen nach diesem Gespräch verschlechterte sich der Zustand der 87-Jährigen und sie konnte, begleitet durch ihre Nichte, den ambulanten Hospizdienst und eine vertraute Pflegeperson, symptomgelindert in der Einrichtung versterben.

›› meist mehrere Gesprächsangebote der Beratenden. Denn der GVP-Beratungsprozess ist nicht linear. Er ist oft weder nach der Ablehnung eines Gesprächs noch nach Erstellung von GVP-Dokumenten wie einer Werteanamnese, einer Patientenverfügung und einem ärztlichen Notfallbogen beendet – denn Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse können sich ändern.

DIE GVP IST TEIL EINES NETZWERKS

Die Praxiserfahrungen zeigen: Die GVP muss sich als neues Angebot immer wieder präsentieren. Daher ist ein Teil der auch gesetzlich so beschriebenen Arbeit die **Vernetzung innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtung:** mit Rettungsdiensten, Kliniken, Hausärzten, Apotheken, ambulanten Hospizdiensten und Palliativnetzwerken.

GVP IMPLEMENTIEREN

Tipps für eine gute Verankerung von GVP in den Einrichtungen

1. Strategische Verankerung
- GVP im Leitbild aufnehmen
- ggf. GVP-Koordinator:in benennen

2. Kompetenz sichern
- Beratende qualifizieren (§ 132g Weiterbildung)
- Palliative-Care-Know-how im Team aufbauen/vernetzen

3. Mitarbeitende einbinden
- Pflege-/Betreuungspersonal in die Beratung einbeziehen

4. Kooperationen ausbauen
- Zusammenarbeit mit Haus-/Fachärzten, Hospizdiensten, SAPV-Teams und Seelsorge sichern

5. Evaluation & Verstetigung
- Beratungszahlen und Erfahrungen regelmäßig überprüfen

Mitarbeitende sollten das GVP-Angebot im Blick behalten und die Beraterinnen bei Bedarf informieren. Hilfreich sind konkrete Hinweise, wann sie aktiv werden sollen – etwa bei schwerer Diagnose, Rückkehr aus dem Krankenhaus oder gravierenden Veränderungen im Umfeld der Pflegebedürftigen.

Insbesondere für Notfalleinsätze sind die Festlegungen auf dem Notfallbogen sehr wertvoll und Notärzte melden dies sehr positiv zurück. Sie sind dankbar für rasch verfügbare, übersichtliche Informationen und für die rechtzeitige Klärung der Versorgungswünsche.

Erkennbare Effekte der Vernetzung aus Sicht der GVP-Beraterinnen sind: mehr palliativ-vorausschauende Planungen für Bewohnende, eine intensivere Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten, eine deutlich bessere Kooperation mit Hausärzten und weniger ungewollte Krankenhauseinweisungen am Lebensende.

DIE GVP ALS TEIL EINER PALLIATIVKULTUR

Neben Bekanntheit und Einbindung der GVP sind eine palliative Kultur und Kompetenz entscheidend: Sie ermöglichen, Bedarfe zu erkennen und die Verfügung anhand der formulierten Werte umzusetzen. Eine solche Kultur entsteht nicht von allein, sondern muss wachsen und begleitet werden. Die GVP sollte daher als fester Bestandteil des Prozesses verstanden werden – für Pflegebedürftige und die Einrichtung.

Besprochene Situationen und Festlegungen, unter anderem auf Notfallbögen, geben Mitarbeitenden Sicherheit. So wissen sie genau, was sie nach dem Willen des Bewohners tun sollen. Mitarbeitende schätzen die fundierte Beratung und Dokumentation des Willens. Mit der frühen Einbindung von An- und Zugehörigen durch die GVP werden konflikthafte Situationen minimiert, und die Klarheit über Therapieziel und Versorgungsausrichtung wird als besonders wertvoll erlebt.

Eine wirksame Umsetzung gelingt nur mit palliativpflegerischer Kompetenz in der Einrichtung und einer engen Zusammenarbeit mit relevanten Kooperationspartnern. Die GVP allein garantiert keine entsprechende Umsetzung. Die Beraterinnen benötigen ein kompetentes Pflege- und Betreuungsteam als Pendant. Entscheidet sich jemand gegen eine Krankenhauseinweisung, müssen Pflegende und Ärzte vor Ort mit Symptomen und Problemen umgehen können. Insofern ist neben externen Kooperationen auch intern **Palliative-Care-Kompetenz** erforderlich.

Für Mitarbeitende kann es moralisch entlastend sein, die Werte und Wünsche des Pflegebedürftigen zu kennen. Gleichzeitig entsteht ein ethisch-moralisches Dilemma, wenn diese Wünsche nicht mit den eigenen Vorstellungen übereinstimmen – und die Selbstbestimmung trotzdem respektiert werden muss. Die Beraterinnen halten deshalb ergänzend Angebote der Ethikberatung für erforderlich. Die GVP braucht die beiden Pendants Palliativversorgung und Ethikberatung.

DIE GVP-ARBEIT HAT IHRE HERAUSFORDERUNGEN

- **Pflegebedürftige Menschen können sich nicht mehr äußern und haben vorab nichts festgelegt.**

In Pflegeeinrichtungen sind bis zu 80 Prozent der Bewohnenden kognitiv eingeschränkt. Fehlen vorherige Festlegungen, stellt dies die GVP-Beraterinnen vor eine Herausforderung. Dennoch wird versucht, diese Menschen einzubeziehen und zu eruieren, ob sie noch Entscheidungen und Wünsche äußern können. Ebenso wird das direkte Gespräch mit den Bevollmächtigten/gesetzlichen Betreuern gesucht.

Zusammenarbeit mit Ärzten

Die aktive Einbindung der behandelnden Ärzte ist vorgesehen und wird als sehr wertvoll eingeschätzt – insbesondere bei GVP-Fallbesprechungen. Doch die Umsetzung scheitert oft am Zeitmangel der Hausärzte. Hier ist eine gewisse Beharrlichkeit vonseiten der GVP-Beraterinnen erforderlich, um deutlich zu machen, dass

Foto: Werner Krüper

Für Pflegende kann es moralisch entlastend sein, zu wissen, was sich der Pflegebedürftige am Lebensende noch an Versorgung wünscht.

die gemeinsame Klärung der Situation sehr wichtig ist.

» **Der GVP-Stellenschlüssel ist zu gering angesichts der Aufgabenvielfalt und des Austauschbedarfs.**

Der pauschal vorgegebene, knappe Stellenumfang pro Einrichtung wird als schwierig erlebt – besonders, da manche Gespräche bei den Beraterinnen selbst Austausch- oder kollegialen Beratungsbedarf auslösen. Da sie oft für mehrere Einrichtungen oder ergänzend zu einem pflegerischen Stellenanteil tätig sind, müssen sie gut planen und in der Zusammenarbeit flexibel reagieren können, da die unterschiedlichen Teams verschieden arbeiten.

DIE GVP BRAUCHT EINE ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVE

Den Beraterinnen zeigt sich klar: Die Begrenzung der GVP-Beratung auf vollstationäre Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen ist nicht sinnvoll. Die Planung für das eigene Lebensende muss Setting-übergreifend gedacht werden, da die GVP die Menschen in der stationären Altenhilfe erst spät in ihrem Krankheitsverlauf erreicht. Gleichzeitig sinken die Verweildauern. Ein früherer Start, etwa in ambulanter oder teilstationärer Versorgung, könnte mehr eigene Äußerungen ermöglichen und stabile Grundlagen schaffen.

Die GVP-Beraterinnen erkennen ein großes Potenzial, wenn GVP-Beratung auch in der ambulanten Pflege und im betreuten Wohnen angeboten würde.

Ergänzend braucht es eine politische Entscheidung, die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen finanziell zu fördern – ohne zusätzliche Kosten für die Bewohnenden. GVP, Palliativkultur und Ethikberatung gehören untrennbar zusammen und können gemeinsam ein wertvolles Mehr an Zeit für Menschen am Lebensende ermöglichen. «

FAZIT

» 1.

Die GVP-Beraterinnen erfahren in ihrer Arbeit große Anerkennung und empfinden ihr Tun als Wertschätzung den Menschen gegenüber; die Gespräche bieten eine Möglichkeit, Dinge anzusprechen, die sonst selten thematisiert werden.

» 2.

Den Beraterinnen geht es nicht um leere Worte auf Papier – ihnen ist die konkrete Umsetzung der Festlegungen wichtig. So tragen sie aktiv zu einer Kultur des würdevollen Sterbens in den Einrichtungen bei.

» 3.

Die GVP entfaltet ihr volles Potenzial nicht isoliert als Beratungsangebot, sondern eingebettet in eine gelebte Palliative-Care-Kultur.

Kontakt zu den Autorinnen:
silberzahn-jandt.g@caritas-dicvrs.de
schnelle@bwkg.de

MEHR ZUM THEMA

Die Wirkung von GVP für Bewohnende ist Gegenstand verschiedener Studien:
Provision of hospice and palliative care and implementation of advance care planning for residents in German nursing homes – a cross-sectional study | BMC Geriatrics | Full Text
Machbarkeitsprüfung und Analysen der Leistungsnachweise zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V im Pflegeheim – Ergebnisse des Projekts „Gut-Leben“

mega com
ein deutscher Hersteller für
Funkfinger
kompatibel mit fast allen Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de