



Sachstand

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 064/19
Abschluss der Arbeit: 11. September 2019
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	4
2.	Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	5
2.1.	Die neue Vorschrift des § 132g SGB V	5
2.2.	Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	6
2.3.	Zur Abgrenzung der rechtlichen Versorgungsinstrumente	7
2.3.1.	Die Patientenverfügung	7
2.3.2.	Die Vorsorgevollmacht	8
2.3.3.	Die Betreuungsverfügung	8
2.3.4.	Die dokumentierte Willensäußerung	8
2.3.5.	Dokumentierte Willensäußerungen als Form der vorsorglichen Willensbekundung	9
3.	Zum Verfahren	9
3.1.	Ausgangssituation	9
3.2.	Ablauf der gesundheitlichen Versorgungsplanung	10
3.2.1.	Aufsuchendes Gesprächsangebot	10
3.2.2.	Qualifiziertes Gesprächsangebot	10
3.2.3.	Professionelle Dokumentation	11
3.2.4.	Archivierung, Zugriff und Transfer	11
3.2.5.	Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf	11
3.2.6.	Beachtung und Befolgung durch Dritte	12
3.2.7.	Schlussfolgerungen aus dem vorgestellten Beispiel	12
4.	Zur weiteren Diskussion	12

1. Vorbemerkung

Im Zuge des demografischen Wandels und des damit einhergehenden Anstiegs des Anteils älterer Menschen steht heute für viele die Frage im Raum, wie ihre medizinische Versorgung und Betreuung für die letzte Lebensphase vorbereitet und ausgestaltet werden soll. Eine ausreichende Absicherung für diesen Lebensabschnitt setzt voraus, dass sich die Betroffenen insbesondere mit den Pflegeangeboten zur physischen, psychischen, sozialen wie auch seelsorgerischen Unterstützung befassen.¹ Die Bundesregierung hat es sich gerade vor diesem Hintergrund zur Aufgabe gemacht, schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung zu ermöglichen und damit die Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland durch flächendeckende Angebote zu stärken.²

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)³, das in wesentlichen Teilen am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurden mehrere Gesetze geändert, mit denen eine Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung erreicht worden ist. Grundlegendes Element ist die Verbesserung der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Versorgung von Patienten oder Pflegebedürftigen. Eine Maßnahme des Artikelgesetzes ist die Einführung des § 132g in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)⁴.

§ 132 g Abs. 1 SGB V lautet:

„Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)⁵ und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und

-
- 1 Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13. Dezember 2017, S. 1, abrufbar unter: https://www.dhfv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2018_Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_GVP.pdf. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 6. September 2019.
 - 2 Siehe hierzu BT-Drs. 18/5170 vom 12. Juni 2015, S. 1 f.
 - 3 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 1. Dezember 2015, in Kraft getreten zum 8. Dezember 2015, BGBl. I S. 2114.
 - 4 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist.
 - 5 Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10c des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist.

geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.“

Durch diese Regelung soll es pflegerischen Einrichtungen ermöglicht werden, die Versorgung ihrer Bewohner und Patienten so zu gestalten, dass die nötigen medizinischen Fragen mit deren Willen in Einklang gebracht werden.⁶ Dies bedeutet konkret, dass alle an der Versorgung Beteiligten mit Hilfe einer gut strukturierten Kooperation darauf hinwirken, den Wunsch der Betroffenen nach Selbstbestimmung zu respektieren und ungewollte Behandlungen zu vermeiden.⁷

2. Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

2.1. Die neue Vorschrift des § 132g SGB V

Durch die Vorschrift des § 132g SGB V wird es vollstationären Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ermöglicht, ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Zweck der Vorschrift ist es dazu beizutragen, dass Bewohner und Patienten in ihrer letzten Lebensphase entsprechend ihren Wünschen und Vorstellungen bestmöglich betreut und versorgt werden.⁸ Neben diesem Beratungsprozess auf der individuellen Ebene treten die Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie Hospizbegleitung und die Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern auf der Systemebene.⁹ Dabei werden die Voraussetzungen wie auch Fragen der Finanzierung durch die gemäß § 132g Abs. 3 SGB V zu treffende Vereinbarung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit den entsprechenden Vereinigungen der Träger dieser Einrichtungen vom 13. Dezember 2017¹⁰ geregelt.

Im Hinblick auf die Formulierung im Gesetzestext in § 132g Abs. 1 Satz 2 SGB V „Versicherte sollen... beraten werden“ stellt sich die Frage, ob Versicherte einen Rechtsanspruch auf entsprechende Beratung haben. Es läge nahe, die Formulierung so zu verstehen, dass ein Anspruch auf Beratung in der Regel besteht und nur dann, wenn außergewöhnlichen Umstände vorliegen, hiervon abgewichen werden könnte. Dagegen spricht jedoch, dass gemäß § 132g Abs. 1 Satz 1 SGB V Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtet sind, die Versorgungsplanung einzurichten, sie „können“

6 Luchte, Ernst-Wilhelm, Die neue gesundheitliche Versorgungsplanung im SGB V für die letzte Lebensphase, Die Sozialgerichtsbarkeit, 63 (2016), S. 329 ff., abrufbar unter: <https://www.diesozialgerichtsbarkeit.de/ce/die-neue-gesundheitliche-versorgungsplanung-im-sgb-v-fuer-die-letzte-lebensphase/detail.html>.

7 Siehe hierzu BT-Drs. 18/5170 vom 12. Juni 2015, S. 30.

8 Siehe hierzu BT-Drs. 18/5170 vom 12. Juni 2015, S. 1 f.

9 Siehe hierzu BT-Drs. 18/5170 vom 12. Juni 2015, S. 3; in der Schmitt, Jürgen/Nauck, Friedemann/Marckmann, Georg, Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirkamer Patientenverfügungen, Palliativmedizin 2016, S. 177ff. (180).

10 Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017, abrufbar unter: https://www.dhqv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2018_Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_GVP.pdf.

diese „anbieten“. Insoweit sei § 132g Abs. 1 SGB V, so wird dies in der Literatur vertreten, nur als Kompetenznorm zu verstehen, die den Einrichtungen objektive Befugnisse, aber den Betroffenen keine subjektiven Berechtigungen verleihe.¹¹

2.2. Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

Die Vereinbarung gemäß § 132g Abs. 3 SGB V enthält eine Reihe von Vorgaben für die Auswahl wie auch die Weiterbildung der Berater, für die Durchführung der Beratung, die Dokumentation der Beratungsgespräche und nicht zuletzt auch für die Vergütung der Beratung. Bestandteil der Beratung ist auch das Gespräch über rechtliche Versorgungsinstrumente, wie zum Beispiel die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung, d. h. zum Einen die Frage, ob der Betreffende entsprechende Verfügungen bzw. Vollmachten treffen will und zum anderen, ob Anlass besteht, bereits getroffene zu aktualisieren. Daneben kann allerdings auch nach § 9 Abs. 3 bis 5 der Vereinbarung die schlichte Dokumentation der Willensäußerung der Patienten Gegenstand der Beratung sein.

Während die genannten Verfügungen und die Vorsorgevollmacht bereits klare rechtliche Grundlagen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) haben¹², stellt sich hier die Frage nach dem rechtlichen Charakter der schlicht dokumentierten Willensäußerung¹³.

Die Vereinbarung lehnt sich – so die Formulierung in der Präambel – an das internationale Konzept des „Advance Care Planning“ (ACP)¹⁴ an. ACP-Programme bzw. –Projekte beinhalten stets auf mehreren Säulen basierende Planungen zu einer zwischen allen Beteiligten abgestimmten Versorgung und deren Dokumentation.

Das erste ACP-Programm wurde vor etwa 25 Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika unter dem Namen „Respecting Choices“ entwickelt. Ziel war und ist es, dass Patienten, die sich

11 Siehe hierzu die Ausführungen von Luthe, Ernst-Wilhelm, Die neue gesundheitliche Versorgungsplanung im SGB V für die letzte Lebensphase, Die Sozialgerichtsbarkeit, 63 (2016), S. 329 ff. (330), abrufbar unter: <https://www.diesozialgerichtsbarkeit.de/ce/die-neue-gesundheitliche-versorgungsplanung-im-sgb-v-fuer-die-letzte-lebensphase/detail.html>.

12 Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 31. Januar 2019 (BGBl. I S. 54) geändert worden ist, 4. Buch Familienrecht, Abschnitt 3 §§ 1773-1921.

13 Siehe hierzu auch Luthe, Ernst-Wilhelm, Die neue gesundheitliche Versorgungsplanung im SGB V für die letzte Lebensphase, Die Sozialgerichtsbarkeit, 63 (2016), S. 329 ff., abrufbar unter: <https://www.diesozialgerichtsbarkeit.de/ce/die-neue-gesundheitliche-versorgungsplanung-im-sgb-v-fuer-die-letzte-lebensphase/detail.html> (der Autor spricht hier von einem neuen „Regelungsinstrument innerhalb des SGB V mit ungewohnter rechtsdogmatischer Einbettung“, S. 329).

14 Eine einheitliche Übersetzung von „Advance Care Planning“ hat sich in der deutschen Sprache bislang noch nicht durchgesetzt. Innerhalb von § 132g SGB V wird von der „gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gesprochen“, unter anderem werden auch die Begriffe „gesundheitliche Vorausplanung“ oder „Behandlung im Voraus planen“ verwendet.

krankheitsbedingt nicht mehr selbst zu ihren Wünschen über die weitere Kranken- und Palliativbehandlung äußern können, auch in diesem Lebensabschnitt nach ihren individuellen Wertvorstellungen behandelt werden.¹⁵

2.3. Zur Abgrenzung der rechtlichen Versorgungsinstrumente

Für die rechtliche Einordnung der dokumentierten Willensäußerung ist eine Abgrenzung der verschiedenen Versorgungsinstrumente insbesondere nach deren Inhalten und Zielrichtungen erforderlich.

2.3.1. Die Patientenverfügung

Nach § 1901a Abs. 1 S. 1 BGB soll mithilfe der schriftlichen Patientenverfügung festgelegt werden, dass spezielle medizinische Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind, falls sich der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann. Dadurch wird es ermöglicht, den Willen des Patienten nach seinen Vorstellungen umzusetzen, auch wenn dieser in der jeweiligen Situation nicht mehr von ihm geäußert werden kann. Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine einseitige, nicht empfangsbedürftige Erklärung, die jeder Person gegenüber verbindlich ist, die in den Entscheidungsprozess involviert wird.¹⁶ Folgende Voraussetzungen müssen eingehalten werden, damit die Patientenverfügung Bindungswirkung entfalten kann:

- Sie muss sich auf eine konkrete ärztliche Maßnahme in der Zukunft beziehen.
- Der Betroffene muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Die Einwilligungsfähigkeit ist gegeben, wenn der Patient nach seiner natürlichen Einsichts- und Steuerungsfähigkeit die Art, Bedeutung, Tragweite und die Risiken der Maßnahmen erfassen kann.
- Die Patientenverfügung muss gemäß § 126 BGB schriftlich abgefasst sein.

Nicht zu den Voraussetzungen der Patientenverfügung zählt eine fachkundige Beratung durch einen Arzt. Diese ist jedoch sinnvoll, um die Verfügung klar und bestimmt zu verfassen.¹⁷

Demgegenüber basiert die dokumentierte Willensäußerung immer auf einer fachkundigen Beratung und versteht sich häufig als Vorbereitung zur Abfassung einer Patientenverfügung.

15 In der Schmitt, Jürgen/Nauck, Friedemann/Marckmann, Georg, Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, Palliativmedizin 2016, S. 177 ff. (180).

16 Schwab, Dieter in: Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl. 2017, § 1901a Rn. 8.

17 Roth, Gregor in: Erman, Kommentar zum BGB, 15. Aufl. 2017, § 1901a Rn. 2 ff.

2.3.2. Die Vorsorgevollmacht

Bei der Vorsorgevollmacht nach § 1896 Abs. 2 BGB wird eine andere Person durch den Vollmachtgeber ermächtigt, sein Selbstbestimmungsrecht für ihn für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit auszuüben.¹⁸ Das Erteilen einer Vorsorgevollmacht kann eine wichtige Maßnahme sein, um bei unvorhergesehenen Ereignissen die Handlungsfähigkeit im Interesse des Betroffenen auszuüben, sie wird häufig aber auch dann erteilt, wenn – etwa im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung – der Eintritt der Geschäftsunfähigkeit oder Betreuungsbedürftigkeit vorhersehbar ist. Aus rechtlicher Sicht ist sie eine Willenserklärung in Form eines Auftrags. Dabei unterliegt der Bevollmächtigte nicht den Beschränkungen eines gesetzlichen Vertreters. Zwar kann die Vorsorgevollmacht grundsätzlich formfrei erteilt werden, soweit sie ärztliche Behandlungen betrifft, muss sie schriftlich erteilt werden, wobei diese gemäß § 1904 Abs. 2 BGB ausdrücklich in der Vollmacht erwähnt werden müssen. Empfohlen wird im Hinblick auf die erhöhte Rechtssicherheit, diese Vollmacht behördlich beglaubigen zu lassen.

Auch hier versteht sich die dokumentierte Willensäußerung als ein wichtiger Vorbereitungsschritt – sie kann, aber muss nicht im Zusammenhang mit der Erteilung einer Vorsorgevollmacht stehen.

2.3.3. Die Betreuungsverfügung

Im Fall der Betreuungsverfügung gemäß § 1896 Abs. 1 BGB schlägt der Betroffene zunächst nur die Person vor, die seine Betreuung wahrnehmen soll. Im Unterschied zur Vorsorgevollmacht ist diese jedoch nicht rechtsverbindlich, denn letztlich entscheidet das zuständige Betreuungsgericht darüber, ob der vorgeschlagene Betreuer abgelehnt oder bestätigt wird. Der vorgeschlagene Betreuer kann von dem Gericht abgelehnt oder die Betreuung aufgehoben werden, etwa dann, wenn ein Bedarf zur Betreuung nicht mehr besteht.

Die Versorgungsinstrumente Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung können grundsätzlich miteinander kombiniert werden. Allerdings ist nach § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB die Betreuungsverfügung gegenüber der Vorsorgevollmacht subsidiär.¹⁹

2.3.4. Die dokumentierte Willensäußerung

Eine Willensäußerung im Sinne der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V 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.²⁰

18 Spickhoff, Andreas/Mesch, Maria, in: Groll/Steiner, Praxis-Handbuch Erbrechtsberatung, Patienten- und Betreuungsverfügung sowie Vorsorgevollmacht, Rn. 19.3.

19 Scherer, Stephan, Münchener Anwaltshandbuch Erbrecht, Rn. 68 ff.

20 Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13. Dezember 2017, Anm. 3, § 2 Abs. 2, § 9 Abs. 1 und 3 Spiegelstrich 1. und 4.

Gemäß § 9 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V umfasst die Dokumentation der Willensäußerung die geäußerten Vorstellungen und Wünsche über die Versorgung am Lebensende sowie einen nachvollziehbaren und verständlichen Überblick über die Behandlungsvorstellungen. Aus §§ 8 Abs. 9, 9 Abs. 3 bis 5 der Vereinbarung folgt, dass die gesundheitliche Vorausplanung gerade nicht die bekannten rechtlichen Instrumente der Versorgungsplanung ersetzen soll. Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase baut insoweit auf den bekannten rechtlichen Versorgungsinstrumenten auf, um diese durch den organisierten Beratungsprozess effektiver nutzbar zu machen und in die Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherungen einzugliedern. Die in diesem Rahmen geäußerten Wünsche und Vorstellungen für die gesundheitliche Versorgungsplanung sind in verständlicher Weise zu dokumentieren, wobei die gesonderten gesetzlichen Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen.

2.3.5. Dokumentierte Willensäußerungen als Form der vorsorglichen Willensbekundung

Vorsorgliche Willensbekundungen sind Erklärungen eines Patienten, die von ihm außerhalb einer Behandlung und unabhängig von einer konkreten Behandlungssituation geäußert werden.²¹ Sie dienen dem Verfahren zur Feststellung des Patientenwillens nach §§ 1901a, 1901b BGB und sind in drei verschiedenen Kontexten zu finden:

- Der Patientenverfügung (§ 1901a Abs. 1 BGB),
- dem Behandlungswunsch (§ 1901a Abs. 2 S. 1 Alt.1 BGB) und
- der Mitteilung von Überzeugungen, Wertvorstellungen u. a., die als Indizien für den mutmaßlichen Willen des Patienten dienen (§ 1901a Abs. 2 S. 1 Alt. 2 sowie Abs. 2 S. 2 und 3 BGB).²²

Durch die Dokumentierung wird die vorsorgliche Willensbekundung des Patienten ein rechtlich verbindliches und rechtssicheres Instrument. Ihr kommt gerade dann Bedeutung zu, wenn der Patient einwilligungsunfähig ist und seine Wünsche und Wertvorstellungen nicht mehr äußern kann.

3. Zum Verfahren

Ausgehend von einem fiktiv gewählten Beispiel wird nachfolgend der Ablauf der dokumentierten gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, wie er sich im Falle eines reibungslosen Verlaufs darstellen könnte, erläutert und es wird verdeutlicht, wie die Versorgungsplanung im Verhältnis zu den übrigen Versorgungsinstrumenten zu verstehen ist.

3.1. Ausgangssituation

Herr B. ist 85 Jahre alt, verwitwet und lebt allein in einer Wohnung in einem Mehrfamilienhaus. Seit einiger Zeit fällt es ihm zunehmend schwer, seinen Alltag zu bewältigen und gelegentlich erweckt er den Eindruck, geistig verwirrt zu sein. Seine Nachbarn benachrichtigen daraufhin

21 Lipp, Volker, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht* 7. Auflage 2015, Rn. 140.

22 Lipp, Volker/Schrader, Johan, in: Scherer, *Münchener Anwaltshandbuch Erbrecht*, 5. Auflage 2018, Rn. 77 f.

seine Kinder, die weit entfernt und in verschiedenen Städten wohnen. Auf deren Anraten und in Absprache mit seinem Hausarzt stimmt Herr B. einem Umzug in ein Pflegeheim zu.

3.2. Ablauf der gesundheitlichen Versorgungsplanung

3.2.1. Aufsuchendes Gesprächsangebot

Beim Aufnahmegespräch spricht die Heimleitung Herrn B. unter anderem auch auf die Themen Patientenverfügung und Vollmachten an. Dabei stellt sich heraus, dass er bislang noch keine entsprechenden Verfügungen oder Vollmachten erteilt hat. Er erklärt jedoch, er sei sich sicher, später nicht von Maschinen am Leben gehalten werden. Daraufhin unterbreitet die Heimleitung ihm den Vorschlag, über die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit einem internen qualifizierten Berater zu sprechen. Herrn B. wird angeraten, bei dieser Besprechung auch seine Kinder und seinen Hausarzt mit einzubeziehen.

Das Pflegeheim ist – in diesem Beispiel - mit eigenem Personal für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase seiner Patienten ausgestattet und besitzt damit die Organisationshoheit für das Beratungsangebot. (Hintergrund: Die Einrichtungen können qualifizierte Personen im Sinne von § 12 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V selbst organisieren oder müssen sich durch Kooperationen mit externen Beratungsstellen vernetzen, wie zum Beispiel mit ambulanten Hospiz- oder Palliativdiensten. Um ein umfassendes medizinisches und pflegerisches Betreuungs- und Versorgungsangebot sicherzustellen, sind alle regionalen Versorger mit einzubeziehen.²³⁾)

3.2.2. Qualifiziertes Gesprächsangebot

Der verantwortliche Berater organisiert und moderiert das erste Beratungsgespräch, bei dem Herr B., seine Kinder und sein Hausarzt anwesend sind. Im Rahmen dieses Gesprächs wird gemäß § 5 Abs. 9 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V die **erste Fallbesprechung** vorgenommen, mittels derer die medizinisch-pflegerischen Abläufe geklärt werden sollen. Dazu zeigt der Arzt die Gesundheitsdaten von Herrn B. auf. Neben der beginnenden Alzheimer-Demenz leidet er unter Bluthochdruck sowie einer ausgeprägten Schwerhörigkeit. Mit den Behandlungsvorschlägen seines Hausarztes ist Herr B. einverstanden, daneben äußert er zum wiederholten Mal, dass er in Ruhe sterben möchte und dass in einer Notfallsituation keine lebenserhaltenden Maßnahmen ergriffen werden sollen. Daraufhin stellt der Berater ihm die Versorgungsinstrumente der **Vorsorgevollmacht** und der **Patientenverfügung** vor. Hinsichtlich der Vorsorgevollmacht wird festgestellt, dass seine Kinder aufgrund der räumlichen Distanz nicht geeignet seien, sein Selbstbestimmungsrecht für ihn interessengerecht auszuüben. Im weiteren Verlauf des Gesprächs äußert Herr B. unter der Zustimmung seiner Kinder eindeutig den Willen, seine Wünsche und Wertvorstellungen in einer Patientenverfügung abzufassen.

Bei dem Beratungsprozess werden Gesprächs- und Moderationstechniken eingesetzt, durch die die freie Selbstbestimmung des Patienten hinsichtlich der Fragen zu seiner Gesundheit und Behandlung unterstützt werden soll (vgl. § 12 Abs. 8 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V). Daneben kann eine Patientenverfügung für Herrn B abgefasst werden, da die Voraussetzungen

23 Krauskopf, Simone/Föllmer, Oliver, 102. EL Februar 2019, SGB V § 132g Rn. 8.

des § 1901a BGB erfüllt sind: Es werden die konkreten zukünftig zu unterlassenden ärztlichen Maßnahmen aufgenommen, Herr B. ist im jetzigen Zeitpunkt noch einwilligungsfähig und die Patientenverfügung wird schriftlich abgefasst. Gemäß § 8 Abs. 9 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V ist bei der Patientenverfügung allerdings darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht bei nur einem Termin erfolgen, damit sich der Patient nochmals inhaltlich mit der Verfügung auseinandersetzen kann.

3.2.3. Professionelle Dokumentation

Nach der ersten Fallbesprechung fertigt der Berater eine übersichtliche und nachvollziehbare **Dokumentation** des Beratungsprozesses sowie über die Willensäußerungen von Herrn B. Nur so kann in Krisen- und Notfallsituationen ein schneller Überblick über die Behandlungsvorstellungen und -wünsche des Patienten vermittelt werden. Sofern in einem Beratungsgespräch von dem Patienten keine schriftliche Willensäußerung getätigt wird, ist auch dies in die Dokumentation mitaufzunehmen (vgl. § 9 Abs. 3 Spiegelstrich 6 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V).

Bei der Patientenverfügung ist seitens des zuständigen Beraters darauf zu achten, dass diese in einem separaten Dokument zu erstellen ist und von Herrn B. unterzeichnet werden muss. Nach § 9 Abs. 3 Spiegelstrich 5 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V ist dazu zu raten, dass als Bestandteil der Patientenverfügung eine übersichtliche, nachvollziehbare und verständliche Darstellung der Verfügung für Notfallsituationen, zum Beispiel durch einen Notfallbogen, beigelegt wird.

3.2.4. Archivierung, Zugriff und Transfer

Die schriftliche Dokumentation der Willensäußerung wird Herrn B. in Kopie ausgehändigt. Das Original wird in der Patientenakte deponiert und bei Bedarf den zuständigen Einrichtungen und Leistungserbringern zugesandt. Zur Übermittlung der Dokumentation ist die vorherige **Zustimmung** von Herrn B. erforderlich. Gemäß § 9 Abs. 5 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V ist die Zustimmung während der Fallbesprechung so zeitnah einzuholen, dass alle offenen Fragen bis zu deren Ende geklärt werden können.

3.2.5. Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf

Nach einem halben Jahr hat sich der gesundheitliche Zustand von Herrn B. akut verschlechtert. Er ist nur in seltenen Momenten in der Lage, seinen Willen klar zu äußern. Aus diesem Grund ist die **Bestellung eines Betreuers** erforderlich. Diese veränderte Situation wird in einer weiteren **Fallbesprechung** zwischen Herrn B., seinen Kindern, dem Hausarzt, dem Berater und dem bestellten Betreuer besprochen. In der Besprechung werden Erörterungen zu möglichen ärztlichen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Wünsche von Herrn B. vorgenommen. Zwischen seinem Betreuer und dem Hausarzt besteht dabei Einvernehmen, dass es dem gemeinsam festgestellten Willen von Herrn B. entspricht, dass in einer Notfallsituation keine kurativen Maßnahmen mehr ergriffen werden sollen. Dies bestätigt der Hausarzt durch seine Unterschrift auf der Patientenverfügung.

Die Behandlungswünsche von Herrn B. bilden die Grundlage für die gesundheitlichen Anweisungen des Betreuers. Nach §§ 1901 Abs. 3, 1901a Abs. 2 BGB ist er an diese gebunden, auch

wenn sie lediglich auf einem **mutmaßlichen Willen** beruhen. Aufgrund des Eilvernehmens zwischen dem Hausarzt und dem Betreuer über die Wünsche und Wertvorstellungen von Herrn B. bedarf es gemäß § 1904 Abs. 4 BGB keiner Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen.

Daneben muss der Berater die Fallbesprechung und die veränderten bzw. neuen Willensäußerungen dokumentieren. Durch die **Aktualisierung der Dokumente** soll sichergestellt werden, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase den Vorstellungen des Patienten entspricht. Durch diesen fortlaufenden Beratungsprozess werden zudem Widersprüche innerhalb der einzelnen Dokumente vermieden, so dass die dokumentierten Willensäußerungen der Konkretisierung von Patientenverfügungen sowie der Feststellung des mutmaßlichen Willens des nicht-einwilligungsfähigen Patienten dienen.

3.2.6. Beachtung und Befolgung durch Dritte

Einige Zeit später erleidet Herr B. einen Herzinfarkt und der Notarzt wird gerufen. Diesem werden durch das anwesende Personal des Pflegeheims die dokumentierten Behandlungsanweisungen und die Patientenverfügung vorgezeigt. Auf dieser Grundlage wird Herr B. nicht in ein Krankenhaus eingeliefert, sondern der Notarzt verabreicht lediglich Schmerzmittel und beruhigende Medikamente. Einige Minuten später verstirbt Herr B. an den Folgen des Herzinfarkts.

Auf Grund des vorausgegangenen Beratungsprozesses konnte der Notarzt die vorgelegte Patientenverfügung und die dokumentierten Willensäußerungen anerkennen und diese befolgen. Insbesondere durch die Unterschrift des Hausarztes auf der Verfügung wird deutlich, dass nach § 1904 Abs. 4 BGB ein Einvernehmen darüber besteht, dass der Wille von Herrn B. in seiner aktuellen Form dokumentiert ist.

3.2.7. Schlussfolgerungen aus dem vorgestellten Beispiel

Die anhand eines fiktiv gewählten Beispiels erläuterten Abläufe machen deutlich, dass die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsplanung und die Einbeziehung aller Beteiligten ausgesprochen aufwändig sein können und die konkrete Umsetzbarkeit vom jeweiligen Einzelfall abhängt. Dies betrifft die Person des zu Versorgenden, dessen Angehörigen und nicht zuletzt die Verfügbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals.

4. Zur weiteren Diskussion

Die Behandlung der Themen Pflege und Palliativversorgung in den letzten Jahren hat gezeigt, wie sehr sich die gesundheitspolitischen Akteure mit den verschiedenen Fragestellungen der gesundheitlichen Versorgung in der letzten Lebensphase befassen. Auch nach Einführung der gesetzlichen Regelung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung ergeben sich noch eine Reihe von Fragen, die die Umsetzung der Zielvorgaben betreffen:

Die Gesundheitsministerinnen und –minister sowie die Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder haben auf **der 91. Gesundheitsministerkonferenz** im Juni 2018 u. a. beschlossen,

die Bundesregierung um Prüfung zu bitten, ob das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung auf alle betroffenen Versicherten auch außerhalb von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ausgeweitet werden könnte.²⁴

Der **Bundesrat** hat sich nach einem Entschließungsantrag der Länder Berlin und Brandenburg²⁵, dem dann auch Hamburg beigetreten ist, im Mai 2019 ebenfalls mit dieser Frage befasst. Die Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie von Brandenburg, Susanna Karawanskij, hob hervor, dass nicht nur Sterbenskranke sondern auch Menschen, die „mitten im Leben stehen“, Bedarf an Aufklärung und Beratung zur gesundheitlichen Versorgung in der letzten Lebensphase hätten.²⁶

Der **Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier** hat im Jahr 2017 zehn Empfehlungen für ein Rahmenkonzept vorgelegt²⁷, die die Bedeutung der professionellen, aber gleichwohl sensiblen und behutsamen Begleitung der Bewohner und Patienten hervorheben:

- Die Einrichtungen müssen sicherstellen, dass jeder Bewohner bzw. Patient unter Beachtung der freien Arztwahl eine hausärztliche Betreuung erhält, der regelmäßig das Thema der gesundheitlichen Versorgungsplanung behutsam anspricht.
- Grundlage der gesundheitlichen Versorgungsplanung muss die Gewissheit für Bewohner und Patienten sein, dass ihnen die palliative und hospizliche Begleitung zugesichert wird.
- Hausarzt und Pflegepersonen sollen für jeden Bewohner als Behandlungsteam zur Verfügung stehen.
- Für Notfallsituationen sind standardisierte Formulare zu fertigen.
- Bewohner und Patienten sollen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nicht gedrängt werden.
- Bewohner und Patienten dürfen wegen ihrer Zustimmung oder Ablehnung zur Versorgungsplanung nicht diskriminiert werden.

24 91. Gesundheitsministerkonferenz, Juni 2018, Beschlüsse zu TOP 4.1 Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik, abrufbar unter <https://www.gmkonline.de/Beschlusse.html?id=698&jahr=2018>.

25 Bundesrats-Drs. 206/19 vom 6. Mai 2019, Antrag der Länder Brandenburg, Berlin, Entschließung des Bundesrates zur Verbesserung der Patientenorientierung.

26 Bundesrat, 977. Sitzung, 17. Mai 2019, TOP 13, S. 186 f.

27 https://www.marienhaus-stiftung.de/fileadmin/marienhausstiftung/Traegeruebergreifender_Ethikrat_im_Bistum_Trier/Ethikrat_Stellungnahme_ACP_2017_web.pdf.

- Die Bewohner und Patienten bestimmen selbst, wie groß der Kreis der Beteiligten ist, die über die Verfügungen zur Versorgungsplanung informiert werden.
- Die Einrichtungen sollen über ein Ethikkomitee verfügen, das im Bedarfsfall beratend mitwirkt.
- Die Träger der Einrichtungen sollen sicherstellen, dass die Ärzte und Pflegekräfte an den erforderlichen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen.
- Die palliative Kompetenz der Mitarbeiter der Einrichtungen ist zu fördern.
