

# Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase



Handlungsempfehlungen nach §132g Abs. 3 SGB V

STADT  
ESSEN

## **Impressum**

**Herausgeberin**    **Stadt Essen**  
**Der Oberbürgermeister**

**Fachbereich Gesundheit**  
**Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz**  
Hindenburgstraße 29  
45127 Essen

**Fachbereich Soziales und Wohnen**  
**Geschäftsstelle der Konferenz Alter und Pflege**  
Steubenstr. 53  
45121 Essen

**Ansprechpartner**    **Netzwerk Palliativmedizin Essen (npe)**  
Arbeitsgruppe der ATZ gemeinnützige GmbH  
Geschäftsstelle  
Henricistraße 40-42, 45136 Essen  
Telefon: 0201 174 49991  
[info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de](mailto:info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de)  
[www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de](http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de)

**Redaktion**    **npe Arbeitskreis stationäre Alten-, Behindertenhilfe und Hospize**  
**Arbeitsgruppe der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege**

**Foto Titelseite**    **Marion Awe**

**Satz und Druck**    **Stadt Essen, Amt für Zentralen Service**

**Auflage**    **1000 Stück**

**Dezember 2019**

## **Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g Abs.3 SGB V**

### Handlungsempfehlungen

**„Die Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist die Ermöglichung und Unterstützung einer selbstbestimmten Entscheidung über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen. Damit soll die gesundheitliche Versorgungsplanung zur Verbesserung des Prozesses des Zustandekommens von Behandlungs- und Betreuungswünschen beitragen und als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen und Wünschen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten entspricht.“**

§2 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017, Seite 5



# Inhalt

<b>Präambel</b>	7
<b>I Rechts- und allgemeine Grundlagen</b>	7
I. 1 Rechtliche Grundlagen	7
I. 2 Qualifikation und Aufgaben des Beraters	8
I. 3 Adressaten der Beratung	8
I. 4 Rechtsverbindlichkeit der Ergebnisse des Beratungsprozesses	8
<b>II Der Beratungsprozess</b>	9
II. 1 Vorbereitung	9
II. 2 Durchführung und Inhalte der Beratung	10
II. 3 Fallbesprechung	11
II. 4 Weitergehende Optionen	11
<b>III Dokumentation und Veröffentlichung der Ergebnisse</b>	12
III. 1 Dokumentationsunterlagen	12
III. 2 interne und externe Kommunikation	12
<b>Nachsatz</b>	12
<b>Verzeichnis der Anlagen</b>	13
<b>Weiterführende Hinweise</b>	13
<b>Literaturhinweise</b>	13

## Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der „Handlungsempfehlung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g Abs. 3 SGB V in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe“ durchgängig die männliche Ausdrucksform verwendet. Sie ist jedoch immer im Sinne der männlichen als auch der weiblichen Form verwendet.



## Präambel

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ heißt es im Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes. Und so darf der Artikel 1 (10) neu §132g Abs.3 des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) SGB V, der die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase als ein Angebot für Bewohner vollstationärer Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe regelt, als Fortschreibung dieses Grundrechtes für eine besonders vulnerable Menschengruppe verstanden werden. Ihr Recht auf Selbstbestimmung nicht nur zu stärken, sondern es in den Kontext der ethischen Prinzipien des Nutzenwollen, der Schadensverhinderung und der Angemessenheit zu stellen, ist Auftrag der qualifizierten Gesprächsbegleiter. Wenn Fürsorge – als spezifisch medizinethisches Prinzip – die Antwort auf das Hilfebegehren des autonomen Menschen ist, so wird deutlich, dass dieser Beratungsprozess auch an die Tugendhaftigkeit (=Tauglichkeit) des Beraters hohe Ansprüche stellt.

Und so ist es Anliegen dieser Handlungsempfehlungen, über die Vermittlung der Rechtsgrundlagen und Ausführungsbestimmungen hinaus, Denkanstöße, Durchführungshinweise und Alltagshilfen für den Beratungsprozess zu geben. Da die Ergebnisse der vorausschauenden Planung unmittelbare Relevanz für die Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens in einer medizinischen Behandlungssituation haben, ist es bedeutsam, dass man sich in einer Region einer gemeinsamen Sprache bedient und auf ein gemeinsames Konzept zurückgreifen kann. Hier stellt die Annahme der Handlungsempfehlungen durch die Gesundheitskonferenz der Stadt Essen einen wichtigen Schritt dar.

## I Rechts- und allgemeine Grundlagen

### I. 1 Rechtliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage für die Beratung zu der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) für die letzte Lebensphase ist Artikel 1 (10) neu §132g Abs.3 des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) SGB V in der Fassung vom 01.12.2015. In ihm sind auch die ggf. Anspruchsberechtigten und die Ausführung des Beratungsprozesses festgelegt.

Die konkreten, detaillierten Bestimmungen zur Aus- und Durchführung des Beratungsprozesses und zu den Vergütungsbedingungen regelt die Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit der Vereinigung der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach §132g Abs.3 SGB V auf Bundesebene.

In diesem Kontext ist wichtig, dass es **keine** Verpflichtung für Träger stationärer Einrichtungen der Alten- oder Eingliederungshilfe zur Schaffung eines GVP Angebotes gibt. Vielmehr müssen diese sich mit einem Konzept um die Anerkennung als Einrichtung mit Beratungsangebot bei den Kostenträgern bewerben. Als Anreiz wurde eine Vergütung für die geleistete Beratungsarbeit ausgelobt, deren Höhe und Auszahlungsmodalität jedoch erst vorläufig festgelegt ist. Es erfolgt eine begleitende Datenerhebung zur Weiterentwicklung der Vergütungssystematik bis (voraussichtlich) 2021.

Wichtig ist, dass kein Bewohner zur Errichtung einer **Patientenverfügung** verpflichtet werden darf, und die Errichtung oder Vorlage einer solchen nicht zur Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden darf (§1901a (4) BGB). Des Weiteren sind die Bestimmungen des Patientenverfügungsgesetzes (3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes §1904 BGB) zu beachten. Sie regeln die Pflichten und Rechte des Betreuers. Für Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Beratungsprozesses müssen die relevanten (aktuellen) Gesetze zum Datenschutz – abgestimmt mit dem Datenschutzbeauftragten der jeweiligen Einrichtung – beachtet werden (Beispiel siehe Anlage 1).

## **I. 2 Qualifikation und Aufgaben des Beraters**

Die Qualifizierung des Beraters erfolgt in Form einer zertifizierten, curricularen Schulung mit einem Theorieteil und einem begleiteten Praxisteil. Für den Praxisteil werden Inhalte und Ergebnisse des jeweiligen Beratungsprozesses für den handlungsleitenden Umgang in der Einrichtung und des Weiteren in Form eines Nachweises für die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) von dem Berater schriftlich dokumentiert. Die Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Ausbildung sind eindeutig definiert (gem. §12 der Vereinbarung nach §312g Abs.3 SGB V – Grundqualifikation, Berufserfahrung, Weiterbildung), die Qualifikation der Weiterbildungs-berechtigten hingegen nicht.

Darüber hinaus darf vom Berater erwartet werden, dass er valide Informationen zu den jeweils geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Rechtsanspruch auf eine SAPV-Versorgung), der Inhouse-Verfügbarkeit von Palliative Care und hospizlicher Begleitung sowie den entsprechenden Vernetzungsoptionen im Quartier/in der Kommune erwirbt. Im Sinne des §7 Abs.1 der Vereinbarung ist er aufgerufen, an der Entwicklung einer Palliativ- und Hospizkultur in den Einrichtungen mitzuwirken und entsprechende Initiativen zu unterstützen (z. B. internes Palliative Care Konzept, Vernetzung mit Ambulanten Hospizdiensten, Palliativärzten und der SAPV, (zertifizierte) Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter).

## **I. 3 Adressaten der Beratung**

Das Angebot zu einer GVP sollte grundsätzlich jedem Bewohner bzw. seinem persönlichen Vertreter einer vollstationären Einrichtung unabhängig von seiner aktuellen Gesundheitssituation gemacht werden. Das Beratungsangebot wird zum integralen Bestandteil der Gesamtkonzeption (Qualitätskonzept) der Einrichtung und über Druck- bzw. elektronische Medien, z.B. in Form eines Flyers oder über die Homepage bekannt gemacht.

Auch Menschen mit geistiger Behinderung und/oder dementieller Erkrankung sind in Abhängigkeit vom Ausmaß der Einschränkung im Stande, eigene Wünsche zu entwickeln und ihren Willen zu bekunden. Von daher können und sollten grundsätzlich auch Beratungsgespräche mit ihnen geführt werden. Der Betreuer ist als persönlicher Vertreter angehalten, bei diesem Prozess der Ermittlung des persönlichen Willens mitzuwirken. Der Vorsorgebevollmächtigte ist bei nicht entscheidungsfähigen Bewohnern in den Beratungsprozess einzubeziehen.

Der Zeitpunkt des Beratungsangebotes wird nach individuellem Bedarf und unter Berücksichtigung der Eingewöhnungs-, Versorgungs- und Lebenssituation des Bewohners gewählt. Der zur Orientierung festgelegte Zeitrahmen ist im Konzept der Einrichtung dokumentiert. Unabhängig davon können akute gesundheitliche Veränderungen oder Neueinzug mit einer deutlich lebensverkürzenden Erkrankung Anlass zur Durchführung einer Beratung sein (Beispiele: metastasierte Krebserkrankung, therapierefraktäre Herzinsuffizienz, fortgeschrittene Lungenerkrankung). Auch die Einschätzung eines Bewohners als Palliativpatient kann Anlass zu einem zeitnahen Beratungsangebot geben. (Entsprechende standardisierte Assessments – siehe unter „Weiterführende Hinweise“ im Anhang).

Auf Wunsch des Bewohners dient eine Evaluation der eventuell schon verfassten Patientenverfügung der erneuten und erweiterten Erfassung seiner Wünsche für die letzte Lebensphase.

## **I. 4 Rechtsverbindlichkeit der Ergebnisse des Beratungsprozesses**

Der Beratungsprozess in seiner Gesamtheit setzt sich aus einem allgemeinen und einem Bewohner bezogenen Teil zusammen. Im allgemeinen Teil erhält der Bewohner Informationen über bestehende hospizliche und palliative Betreuungs- und Begleitungsangebote im Umfeld der Einrichtung. Im wesentlich umfassenderen, bewohnerbezogenen Abschnitt werden auf der Basis der Lebensgeschichte, des persönlichen Wertekanons sowie der bisherigen Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit gemeinsam mit dem Bewohner oder seinem persönlichen Vertreter die Versorgungswünsche zum Lebensende erarbeitet und schriftlich fixiert.



Der Gesetzgeber weist daraufhin, dass diese Dokumente juristisch nicht einer Patientenverfügung (§1901a BGB) gleich zu stellen sind. Die in der Beratung erfassten und dokumentierten Willensbekundungen des Bewohners sind nach §1901a (2) BGB eine wesentliche Entscheidungshilfe für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens in einer gesundheitlichen Krisensituation.

Bei einwilligungsfähigen Bewohnern kann sich aus dem Beratungsprozess heraus die Erstellung einer Patientenverfügung und/oder einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung ergeben. Für den Fall einer zum Tode führenden fortschreitenden Erkrankung ist auch der Essener Palliativausweis empfehlenswert.

## II Der Beratungsprozess (siehe auch Anlage 2)

### II. 1 Vorbereitung

Die sorgfältige Vorbereitung des Beratungsgespräches trägt wesentlich zu dessen Gelingen und zu einem guten Ergebnis bei. Bei der Vorstellung des Angebotes muss stets beachtet werden, dass die letzte Lebensphase ein sensibles Thema ist und unter Umständen Ängste hervorruft.

Nach Möglichkeit holt der Berater im Vorfeld des Gespräches Informationen zu biographisch bedeutsamen Ereignissen, zu den bestehenden sozialen Beziehungen (Familie, Freunde) sowie zu möglicherweise früheren Willensbekundungen oder einer existierenden Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht ein. Mit dem Einverständnis des Bewohners können vor dem Beratungsgespräch weitergehende Informationen bzgl. des Gesundheitszustandes und im Erkrankungsverlauf möglicher Komplikationen bei den behandelnden Ärzten eingeholt werden (Entbindung von der Schweigepflicht beachten!).

Der Berater klärt die generelle und aktuelle physische und psychische Belastbarkeit sowie die Verständnis-/Konzentrationsfähigkeit des Bewohners ab. Sie findet Berücksichtigung in der Planung des Beratungsgesprächs bzw. der Beratungsgespräche.

**Tabelle 1: rechtliche Grundlagen der Einwilligungsfähigkeit**

#### Rechtliche Grundlagen zur Einwilligungsfähigkeit

Die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit ist ärztliche Aufgabe.

Die Rechtsprechung definiert „Einwilligungsfähigkeit“ so:

„Einwilligungsfähigkeit (auch Einsichts- und Steuerungsfähigkeit) beschreibt die Fähigkeit eines Betroffenen, in den Eingriff eines ihm zustehenden Rechtsguts einzuwilligen. Rechtsgüter sind u.a. Leib, Leben, freier Wille, Eigentum.“

Einwilligungsfähigkeit liegt vor, wenn:

- der Patient einen bestimmten Sachverhalt verstehen kann (Verständnis)
- der Patient bestimmte Informationen, auch bezüglich der Folgen und Risiken eines Eingriffs, in angemessener Weise verarbeiten kann (Verarbeitung)
- der Patient bestimmte Informationen, auch im Hinblick auf Alternativen angemessen bewerten kann (Bewertung)
- der Patient den eigenen Willen auf der Grundlage dieses Verständnisses, der Verarbeitung und Bewertung bestimmen kann (Bestimmbarkeit des Willens)

Zur Bewertung dieser Kriterien gibt es verschiedene, validierte Kognitionstest (z. B. DEMtect, MMST, Uhrentest). Die Feststellung der Schwere einer kognitiven Einschränkung beruht nie ausschließlich auf der Basis der Ergebnisse von Testverfahren.

Der Berater erkundet im Vorfeld das individuelle Sprachniveau des Bewohners und richtet seine Informationen und Erläuterungen daran aus. Schwerwiegende sensorische Einschränkungen (wie z. B. Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung) müssen nach Möglichkeit ausgeglichen oder zumindest berücksichtigt werden. Evtl. können Hilfsmittel zur Verständigung hinzugezogen werden.

Da die Gesundheitssorge nicht immer Gegenstand einer gesetzlichen Betreuung bzw. Bevollmächtigung ist, empfiehlt es sich, die entsprechenden Dokumente einzusehen. Hat der Bewohner einen gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten, dann ist dieser mit dem Einverständnis des Bewohners in den Beratungsprozess einzubeziehen. Die Festlegung des Gesprächsrahmens und der Teilnehmer am Gespräch richtet sich nach den Wünschen und der Zustimmung des jeweiligen Bewohners. Rechtsverbindlichkeiten sind zu beachten!

Da das Vorgehen im Beratungsprozess abhängig ist von den kommunikativen, sensorischen und kognitiven Möglichkeiten des Betroffenen, teilt sich der Beratungsprozess an dieser Stelle in drei Varianten auf (Tabelle 2 – siehe auch Flussdiagramm „Beratungsprozess“ im Anhang).

**Tabelle 2. Varianten der Beratungsmodalität**

<b>Variante 1</b>	<b>Variante 2</b>	<b>Variante 3</b>
Die betroffene Person ist <b>orientiert und einwilligungsfähig</b> => informierte Zustimmung	Der Bewohner ist orientiert, verbale Kommunikation ist <b>nicht uneingeschränkt</b> möglich.	Der Bewohner ist <b>kognitiv eingeschränkt oder aus anderen Gründen nicht einwilligungsfähig</b> .
Eine verbale Kommunikation ist möglich!	Spezielle Vorbereitungen unter Beachtung der folgenden Aspekte werden erforderlich: a) Kommunikationswege klären b) wichtige Vertrauensperson ansprechen c) Gibt es frühere Willensbekundungen? d) Kommunikationshilfen hinzunehmen, wie z.B.: Gebärden-Dolmetscher, Fremdsprachen-Dolmetscher, Unterstützte Kommunikation (UK)®, Eye-Trucker	Spezielle Vorbereitungen unter Beachtung der folgenden Aspekte getroffen werden: a) Kontakt zu Bevollmächtigtem/gesetzlichem Betreuer aufnehmen b) Als geeignete Kommunikationsmittel bieten sich z.B. an: Bildtafeln, Patientenverfügungen in einfacher Sprache – wie „Zukunftsplanung am Lebensende – Mein Wille“®, <i>Bonn Lighthouse e.V.</i> , Biografische Informationssammlungen in Form von „ICH-Büchern“, „Schatzkisten“ Unterstützte Kommunikation (UK)®

## **II. 2 Durchführung und Inhalte der Beratung**

Es gelten die Grundsätze der klientenzentrierten und empathischen Gesprächsführung auf dem Boden von Respekt und Wertschätzung eines jeden Menschen, begründet durch seine unveräußerliche Würde.

Die Inhalte des Gespräches richten sich nach den individuellen Bedarfen des Bewohners, wobei auch die Fragen und Gedanken der Zugehörigen entsprechende Beachtung finden.

Der Berater informiert fachlich zu den für die Versorgungsplanung relevanten Themen und unterstützt den Bewohner bei der Formulierung seiner Wünsche und Bedürfnisse. Im Vordergrund steht die Willensfindung des Betroffenen. Darüber hinaus werden individuelle Versorgungs- und Behandlungspräferenzen für die letzte Lebensphase entwickelt oder weiterentwickelt.

Bei der Erfassung von Wünschen und Bedürfnissen sollen alle Dimensionen des menschlichen Lebens berücksichtigt werden:

- Zum spirituellen Bereich gehören die persönlichen Werte und Haltungen sowie religiöse Grundüberzeugungen. Auch die Reflexion von Lebenszielen und Lebenssinn sowie das Ziehen einer Lebensbilanz sind wesentliche Themen. Ergänzend können die Gestaltung des Abschiednehmens, sowie die Bestattung und Nachlasssorge thematisiert werden.
- Der soziale Bereich umfasst die Beziehungen zu wichtigen Personen, Unterstützungswünsche für den Bewohner und seine Angehörigen (z. B. Ambulanter Hospizdienst).
- Der psychische Bereich umfasst die Erörterung der persönlichen Definition von Lebensqualität, gefühlten aktuellen und hypothetischen Belastungen. Vorerfahrungen mit Lebenskrisen oder biographisch bedeutsamen Ereignissen dürfen mit angemessenem Respekt und Vorsicht einbezogen werden (z.B. sexueller und körperlicher Gewalterfahrung)
- Der somatische Bereich nimmt Bezug auf die im Vorfeld gesammelten Informationen zum Gesundheitszustand ggf. unter Einbeziehung des Wissens um den wahrscheinlichen Krankheitsverlauf. Es werden Möglichkeiten medizinischer und pflegerischer Versorgung bei akut auftretenden gesundheitlichen Krisen erörtert (siehe Formular im Anhang: Entscheidungshilfe für die gesundheitliche Krise im Kontext der Gesundheitlichen Versorgungsplanung – Kernaussagen Beratungsprozess, Anlage 3).

Zum Abschluss des Gespräches werden die Inhalte vom Berater zusammengefasst. Mit der Frage, ob noch Themen offengeblieben sind, kann das Gespräch mit Ausblick auf einen möglichen neuen Termin beendet werden.

## II. 3 Fallbesprechung

Ungeklärte **medizinische** Fragen werden für eine empfohlene folgende Fallbesprechung mit dem behandelnden Arzt festgehalten [§132g Abs.3 SGB V (1)]. Auf Wunsch des Bewohners sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen.

Die Fallbesprechung wird auf der Grundlage der individuellen Bedürfnisse des Bewohners geführt. Für die Gesundheitssituation zu erwartende gesundheitliche Krisen- und Notfallsituationen werden erörtert und gemeinsam geeignete Maßnahmen dargestellt. Behandlungspräferenzen für hypothetische, künftige, gesundheitliche Krisen werden entwickelt und festgehalten. Die Fallbesprechung kann ggf. mehrfach stattfinden. Die Ergebnisse werden entweder unmittelbar oder im Rahmen eines Folgegespräches mit dem Bewohner und/oder seinem Vertreter zusammengefasst und schriftlich gesichert.

Das Formular „Entscheidungshilfe für die gesundheitliche Krise im Kontext der Gesundheitlichen Versorgungsplanung – Kernaussagen Beratungsprozess“ (Anlage 3) kann zu einer entsprechenden Dokumentation benutzt werden. Er gibt die Kernaussagen des Beratungsprozesses in übersichtlicher Form wieder.

## II. 4 Weitergehende Optionen

Wenn noch keine Patientenverfügung erstellt wurde oder sich seit ihrer Erstellung relevante Veränderungen im Gesundheitszustand oder den Lebensumständen des Bewohners ergeben haben, können auf Wunsch des Bewohners eine rechtsverbindliche Patientenverfügung, eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung erstellt werden.

Bei Bewohnern mit einer lebensverkürzenden Erkrankung und/oder in palliativer Situation bietet sich die Ausstellung des Essener Palliativausweises als handlungsleitendes Instrument durch den Haus-/Facharzt an.

Folgende Dokumente **müssen** vom Bewohner mit Ort und Datum unterschrieben werden: Entscheidungshilfe für die gesundheitliche Krise im Kontext der Gesundheitlichen Versorgungsplanung – Kernaussagen Beratungsprozess (hier ist auch die Unterschrift des Betreuers oder Vorsorgebevollmächtigten möglich) sowie die sich ggfs. daraus ergebende Patientenverfügung. Nach Möglichkeit sollte vor der Unterschrift eine mindestens vierundzwanzigstündige Bedenkzeit eingeräumt werden. Der Essener Palliativausweis wird **nur** gültig mit der Arztunterschrift des beratenden Arztes.

Tritt im Rahmen des Beratungsprozesses ein ethischer Konflikt auf, so sollte grundsätzlich die Möglichkeit einer ethischen Einzelfallberatung durch einen entsprechend qualifizierten Ethikberater im Gesundheitswesen erwogen werden.

### III Dokumentation und Veröffentlichung der Ergebnisse

#### III. 1 Dokumentationsunterlagen

Zur Dokumentation und zum Nachweis des Beratungsprozesses stehen folgende Formulare zur Verfügung:

1. **Einwilligung zur Datenverarbeitung** in Bezug auf die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g Abs. 3 SGB V (für die Bewohnerakte)
2. **Kernaussagen des Beratungsprozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) gemäß §132g SGB V für die gesundheitliche Krise** – als handlungsleitende Willensbekundung (für die Bewohnerakte)
3. **Beratungsgespräch** nach §132g Abs. 3 SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (Protokoll des Gespräches für den Berater)
4. **Leistungsnachweis über eine Beratung** (Beratungsprozess) nach §132g Abs.3 SGB V (Anlage 2 der Vereinbarung der GKV, Nachweis für die Krankenkasse)

#### III. 2 Interne und externe Kommunikation

Die Ergebnisse des Beratungsprozesses werden an alle an der Versorgung des Bewohners beteiligten Mitarbeitern kommuniziert, mit dem Ziel, dass dem medizinischen Fachpersonal die Inhalte der individuellen Kernaussagen für den medizinischen Notfall bekannt sind.

Die Ergebnisse des Beratungsprozesses werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen ebenso an die externen Versorgungspartner im medizinischen Fachbereich kommuniziert.

#### Nachsatz

Die Beratung zu GVP versteht sich als dynamischer und fortwährender Prozess. Die dokumentierten Ergebnisse werden regelmäßig entsprechend den einrichtungsspezifischen Vorgaben sowie gegebenenfalls situationsorientiert evaluiert.

## Verzeichnis der Anlagen

- Anlage 1: Einwilligung zur Datenverarbeitung in Bezug auf die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g Abs. 3 SGB V
- Anlage 2: Flussdiagramm „Beratungsprozess“
- Anlage 3: Kernaussagen des Beratungsprozesses der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) gemäß §132g SGB V für die gesundheitliche Krise
- Anlage 4: Beratungsgespräch nach §132g Abs. 3 SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

## Weiterführende Hinweise

- **Essener Palliativausweis** – Informationen unter:  
[http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/media/EPA\\_Flyer\\_2013\\_Online.pdf](http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/media/EPA_Flyer_2013_Online.pdf)
- **Leistungsnachweis über eine Beratung/einen Beratungsprozess**  
(Anlage 2 der „Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit der Vereinigung der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung auf Bundesebene nach §132g Abs.3 SGB V“)  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz\\_und\\_palliativversorgung/letzte\\_lebensphase/gesundheitliche\\_versorgungsplanung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitliche_versorgungsplanung.jsp)
- Folgende Dokumente können helfen die palliativen Bedarfe des Bewohners zu erfassen: **„Screening palliative und hospizliche Bedarfe“** **„Handlungspfad zur Erkennung der Sterbephase“**.  
Unter: [http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/main\\_fachinfo\\_formulare.html](http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/main_fachinfo_formulare.html)

## Literaturhinweise

- Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit der Vereinigung der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach §132g Abs.3 SGB V, 13.12.2017
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG), 01.12.2015 Artikel 1 (10) neu: §132g Abs.3 SGB V
- 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes (§1901a+b und §1904 BGB), 01.09.2009)



## Anlage 1

### **Einwilligung zur Datenverarbeitung in Bezug auf die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g Abs. 3 SGB V**

Um die erforderlichen Dokumentationen für die gesundheitliche Versorgungsplanung von

Frau/Herrn \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

durchführen zu können, ist die Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten (pb-Daten) und ggf. auch besonderer Kategorien pb-Daten erforderlich. Dafür benötigt die Einrichtung entsprechend des Datenschutzgesetzes der EKD (DSG-EKD)/Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG) die Einwilligung des Betroffenen und im Falle einer nicht möglichen informierten Zustimmung, die Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten.

Die Vorschriften des Datenschutzes (§6 Nr. 5 i.V.m. §13 Abs. 2 Nr. 8 und Abs. 3 DSG-EKD/ §6 Abs. 1c i.V.m. § 11 Abs. 2h und Abs. 3 KDG) finden grundsätzlich Beachtung.

Die in der Einrichtung erfassten Daten werden sowohl in Ordnern als auch edv-gestützt verwaltet. Der Zugriff ist nur durch berechtigte Personen möglich, verschiedene technische und organisatorische Maßnahmen schützen die pb-Daten. Alle in der Einrichtungen erfassten/verarbeiteten pb-Daten werden spätestens 11 Jahre nach dem Auszug der betreffenden Person gelöscht.

Für die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung ist es zwingend notwendig, unterschiedliche Dokumentationen zu erstellen. Diese werden im Folgenden aufgeführt:

1. Dokumentation „Beratungsgespräch“ – für den Berater (verbleibt ausschließlich in der Einrichtung und ist dem dort tätigen Berater zugänglich)
2. Dokumente der Willensäußerung
  - a. Original der dokumentierten Gesprächsinhalte (umfassend) – verbleibt in der Bewohnerakte, Kopien erhalten der betroffene Bewohner und sein Bevollmächtigter/gesetzlicher Betreuer (Aufgabengebiet Gesundheitsfürsorge)
  - b. Original „Entscheidungshilfe für den medizinischen Notfall“ (optional, nicht identisch mit Patientenverfügung) – verbleibt in der Bewohnerakte, Kopien erhalten der behandelnde Hausarzt, der betroffene Bewohner und sein Bevollmächtigter/gesetzlicher Betreuer (Aufgabengebiet Gesundheitsfürsorge)
3. „Leistungsnachweis über eine Beratung“ für die Krankenkasse – erhält die Krankenkasse per Mail oder Fax übermittelt

Es besteht nach §19 DSG-EKD/§17 KDG die Möglichkeit auch im Nachgang Auskunft über die in der Einrichtung gespeicherten pb-Daten (einschließlich Verarbeitungszweck, mögliche Empfänger und geplante Dauer der Speicherung) zu erhalten.

Unrichtige pb-Daten werden gemäß §20 DSG-EKD/§18 KDG jederzeit berichtigt oder, in dem notwendigen Maße, vervollständigt.

Der Speicherung der pb-Daten (hier explizit die unter 1. und 2. genannten Dokumentationsbögen) kann jederzeit widersprochen und die Löschung gemäß §21 DSG-EKD/§19 KDG verlangt werden. Es ist anzustreben, dass die Notfallplanung/der Krisenplan nur nach entsprechender Beratung des betroffenen Bewohners (bzw. seines gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten) durch den behandelnden Hausarzt vernichtet/gelöscht wird. Die Löschung der Daten bei der Krankenkasse muss durch den Versicherten dort erwirkt werden.

Gemäß §22 DSG-EKD/§20 KDG kann unter bestimmten Voraussetzungen die weitere Verarbeitung der pb-Daten beschränkt bzw. auf bestimmte Zwecke eingegrenzt werden. Dies kann aber zur Folge haben, dass die verfügbaren Wünsche des Betroffenen nicht umfänglich berücksichtigt werden können.

Unter den Voraussetzungen von §25 DSG-EKD/§23 KDG ist die Datenverarbeitung durch die Einrichtung im Falle eines schriftlichen Widerspruches zu unterlassen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Dokumentationen meiner pb-Daten – wie unter 1. bis 3. beschrieben – erfolgen darf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Bewohner

---

Ort, Datum

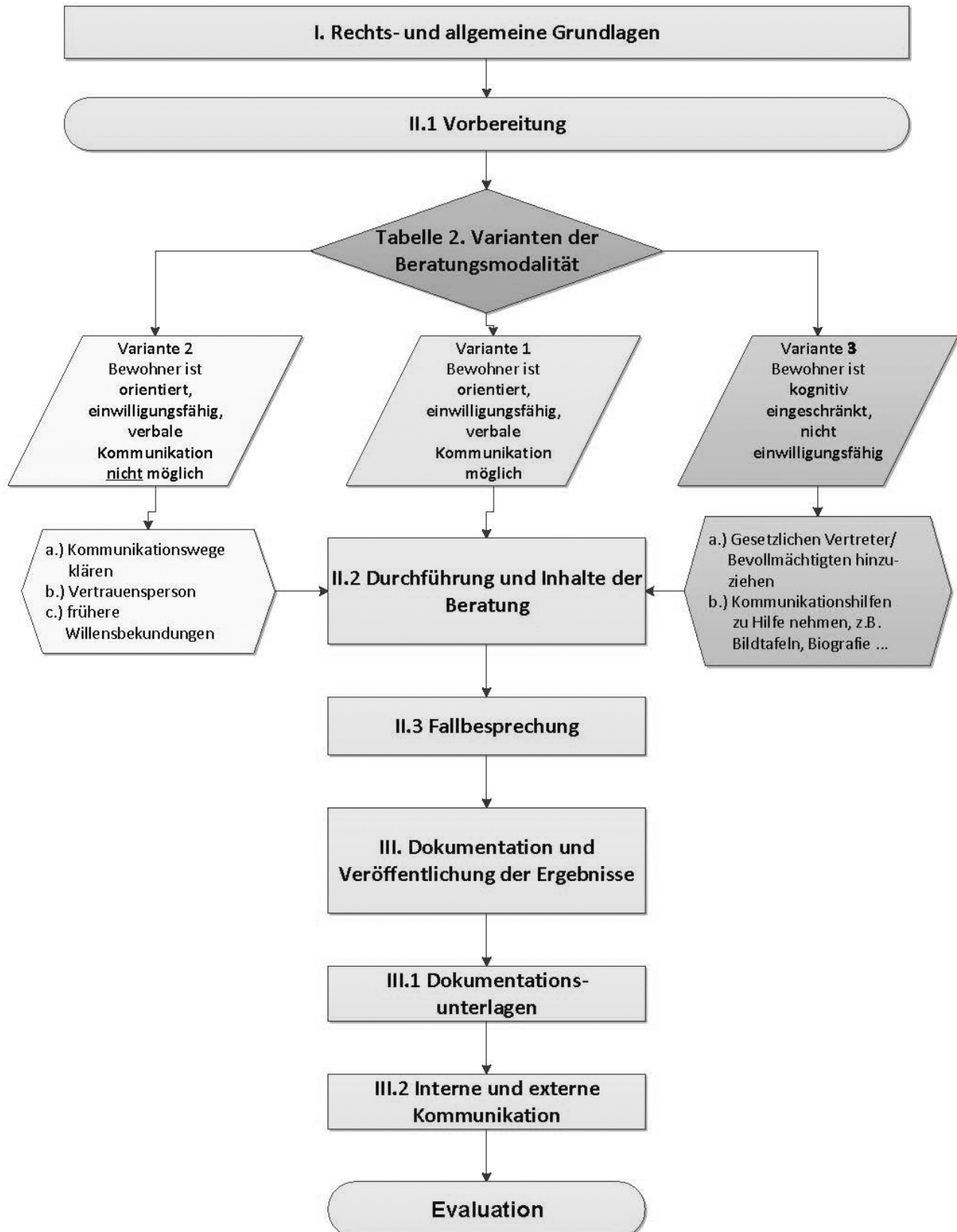
---

Unterschrift gesetzlicher Betreuer/  
Vertreter/Bevollmächtigter



## Anlage 2

### Beratungsprozess zu der Handlungsempfehlung für die GVP nach §132 g Abs.3 SGB V





## Anlage 3

Kernaussagen des Beratungsprozesses der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) gemäß §132g SGB V für die gesundheitliche Krise



<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Berufsbetreuer</b>	<b>Gesetzlicher Vertreter</b>
<b>Vorsorgebevollmächtigter</b>	
Wichtige Kontaktpersonen	
Beratungstermine	
<b>Folgende Dokumente liegen vor:</b> <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde <input type="checkbox"/> Essener Palliativausweis <input type="checkbox"/> Sonstige (s. Anlage)	
<b>Am Beratungsprozess (GVP) beteiligt:</b> <input type="checkbox"/> Betroffener <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer/Vertreter <input type="checkbox"/> Haus-/Facharzt <input type="checkbox"/> Angehörige/Zugehörige <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> Betreuungsfachkraft <input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<b>Aktuelle kognitive Situation:</b> <input type="checkbox"/> Einschätzung des Beraters <input type="checkbox"/> ärztliche Diagnose vom..... Keine Einschränkung . <input type="checkbox"/> ..... Leichte bis mittelschwere Einschränkung <input type="checkbox"/> ..... Schwere Einschränkung <input type="checkbox"/> .....	
<b>Aktuelle Gesundheitssituation</b>	
Aktuelle gesundheitliche Probleme:	
Chronische Erkrankungen:	
Fortschreitende und zum Tode führende Erkrankungen (palliativ):	
<b>Gesundheitsbezogene Themen des Beratungsgesprächs</b>	<b>Kernaussagen</b> (ggf. Zitate aus den Gesprächen)
• <b>Nahrungszufuhr</b> bei irreversibler und/oder fortschreitender schwerer Gehirnschädigung	
• <b>Flüssigkeitszufuhr</b> bei irreversibler und/oder fortschreitender schwerer Gehirnschädigung	
• <b>Krankenhauseinweisung</b>	
• <b>Herz-Kreislaufwiederbelebung</b> – – grundsätzlich – bei schwerer Erkrankung	
• <b>Organersatztherapie</b> (z. B. Dialyse)	

Dieses Dokument verbleibt in der Akte des Betroffenen.  
Einsichtsberechtigt sind der behandelnde Arzt und medizinisches Fachpersonal.

Kernaussagen des Beratungsprozesses der  
gesundheitlichen Versorgungsplanung  
(GVP) gemäß §132g SGB V für die gesundheitliche Krise

Gesundheitsbezogene Themen des Beratungsgespräches	Kernaussagen (ggf. Zitate aus den Gesprächen)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intensivmedizinische Behandlung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grundsätzlicher Beginn</li> <li>- grundsätzlicher Verzicht</li> <li>- Beendigung bei Aussichtslosigkeit</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Durchführung lebensverlängernder Therapien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nur bei gleichzeitiger Verbesserung oder Erhalt der Lebensqualität</li> <li>- immer unabhängig ihres Einflusses auf die Lebensqualität</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Therapeutische Sedierung</b> bei anderweitig nicht ausreichend zu beherrschenden Symptomen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sonstiges</b></li> </ul>	

Die Datenschutzeinwilligung wurde gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung eingeholt und liegt vor ☐ Ja ☐ nein

Über den Inhalt dieser Versorgungsplanung §132g SGBV sind alle an der Versorgung, Pflege und Betreuung des /der Betroffenen Herr/Frau \_\_\_\_\_ beteiligten Personen in Kenntnis gesetzt worden.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift Betroffener                      Unterschrift  
Gesetzlicher Vertreter / Vorsorgebevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift Berater                      Unterschrift Arzt

Evaluation und Bestätigung der Inhalte am:

Aktualisierung erfolgt am:                      => neues Dokument erstellt

Dieses Dokument verbleibt in der Akte des Betroffenen.  
Einsichtsberechtigt sind der behandelnde Arzt und medizinisches Fachpersonal.

## Anlage 4



Kommunale Konferenz  
Alter und Pflege  
Essen



Beratungsgespräch nach §132g Abs. 3 SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase					
<b>Einrichtung</b>					
<b>Name, Vorname Bewohner</b>					
<b>Geburtsdatum</b>					
<b>Nach Einschätzung des Beraters ist der Bewohner</b> (in Bezug auf Gesundheitsfürsorge)	<input type="checkbox"/> voll Entscheidungsfähig <input type="checkbox"/> teilentscheidungsfähig <input type="checkbox"/> nicht Entscheidungsfähig				
<b>Betreuer/Bevollmächtigter</b> (Einbezug notwendig?)	Name, Vorname rechtliche Stellung				
<b>Name, Vorname Berater</b>					
<b>Gesprächsdatum</b>					
<b>Dauer des Gespräches</b>	<input type="checkbox"/> 30 Minuten <input type="checkbox"/> 60 Minuten		<input type="checkbox"/> 90 Minuten <input type="checkbox"/> 120 Minuten		
<b>Weitere Teilnehmer</b> (z.B. Angehörige, Arzt usw.)					
<b>Einbeziehung Arzt durch</b>					
<b>Vorliegende Dokumente</b>	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Essener Palliativausweis				
<b>Bei dem protokollierten Gespräch handelt es sich um:</b>					
<b>Erstgespräch, Beginn des Beratungsprozesses</b>					
<b>Folgegespräch Nummer</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>Folgegespräch Datum</b>					
<b>Grund für Folgegespräche</b>					
<b>Fallbesprechung Datum</b>					
<b>Abschlussgespräch des Beratungsprozesses</b>					
<b>Datenschutzeinwilligung</b>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor				
<b>Beratungsgespräch</b> (Themen, Inhalte des Beratungsgespräches, Themen und Ergebnisse eventueller Fallbesprechungen)					

Datum

Name, Vorname (Druckbuchstaben) Berater/Unterschrift





