

Erfolgreiche ACP-Implementierung durch regionale Koordination: Warum eine gute ACP-Gesprächsbegleitung (facilitation) alleine nicht ausreicht

Jürgen in der Schmitt^a, Georg Marckmann^b

a Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf

b Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Advance Care Planning (ACP) verfolgt die übergreifende Zielsetzung, Behandlungsentscheidungen für den Fall des Verlusts der Einwilligungsfähigkeit effektiv vorzuplanen. Dabei gilt es, die Defizite konventioneller Patientenverfügungen zu kompensieren: Sie sind nicht regelhaft erstellt, oft nicht aussagekräftig formuliert, von fraglicher Validität, in der Entscheidungssituation häufig nicht verfügbar, oder sie werden nicht verlässlich umgesetzt. Im Ergebnis bleibt die Selbstbestimmung der betroffenen Patienten nur unzureichend berücksichtigt.

In Reaktion auf diese Defizite werden zunehmend Angebote der Beratung bzw. Begleitung bei der Erstellung von Patientenverfügungen etabliert. Diese sollen einen Informed-consent-Standard bezüglich der zu treffenden medizinischen Entscheidungen gewährleisten. Der Blick auf die Schwächen konventioneller Patientenverfügungen und internationale Implementierungserfahrungen machen deutlich, dass es sich bei der qualifizierten ACP-Gesprächsbegleitung um eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung handelt, damit die wohlinformierten Wünsche der Betroffenen bei den Behandlungsentscheidungen nach Verlust der Einwilligungsfähigkeit auch tatsächlich berücksichtigt werden. Die übergreifende Zielsetzung von ACP lässt sich folglich nur dann erreichen, wenn nicht nur die *Erstellung* wohlinformierter Vorausverfügungen durch die Gesprächsbegleitung, sondern darüber hinaus – gewissermaßen als zweite tragende Säule einer regionalen ACP-Implementierung – auch die verlässliche *Umsetzung* der entstandenen Pläne gewährleistet ist. Zudem erscheint es erforderlich, die initiale Etablierung von ACP in den einzelnen Institutionen der Region, wie z.B. den Senioreneinrichtungen oder Krankenhäusern, zentral zu unterstützen und zu koordinieren, um regional einheitliche Prozesse und Strukturen sowie insbesondere die Qualität der ACP-Implementierung sicherzustellen.

Diese zweite Säule einer regionalen ACP-Implementierung erfordert eine obligate *regionale Koordination*, die wiederum mindestens drei eng aufeinander abgestimmte Elemente umfassen sollte:

(1) Die Bemühungen der einzelnen an der ACP-Implementierung beteiligten Institutionen und Akteure sind so zu unterstützen, zu begleiten und zu koordi-

nieren, dass ein regional einheitliches, qualitativ angemessenes System der Vorausplanung in den Einrichtungen etabliert wird.

(2) Dabei sind allseits entsprechende Standards und Routinen zu etablieren, die ein lückenloses Angebot für alle Angehörigen einer Zielgruppe, die qualifizierte Gesprächsbegleitung sowie die Aktualisierung, Aufbewahrung, Weitergabe und Berücksichtigung der Vorausverfügungen einschliesslich der Notfallpläne sicherstellen.

(3) Dies erfordert drittens, alle potenziell an der Versorgung beteiligten regionalen Institutionen bzw. Personen zu informieren bzw. zu schulen, wie die auf einheitlichen Formularen dokumentierten Vorausverfügungen zu würdigen sind und in angemessener Weise umgesetzt werden können.

Diese regionale ACP-Implementierung stellt insofern eine besondere Herausforderung dar, als es in den meisten Gesundheitssystemen, die durch eine Vielzahl kaum untereinander abgestimmter Versorger gekennzeichnet sind, hierfür keinen regional zuständigen Verantwortungsträger gibt. Noch so gut gemeinte ACP-Initiativen einzelner Institutionen drohen deshalb letztlich ins Leere zu laufen, auch wenn dort jeweils eine qualifizierte Gesprächsbegleitung etabliert werden konnte.

Für eine effektive ACP-Implementierung ist es daher unerlässlich, die Rolle eines hierfür verantwortlichen *regionalen Koordinators* neu zu schaffen und kompetent zu besetzen. Im Pilotmodell «beizeiten begleiten» wurde diese Rolle vom Leiter des BMBF-finanzierten Forschungsprojekts übernommen [1]. Auch in dem US-amerikanischen Programm «Respecting Choices» spielt die regionale Koordination der ACP-Implementierung eine zentrale Rolle [2]. Die internationalen, aber auch die im Projekt «beizeiten begleiten» gemachten Erfahrungen zeigen, dass ohne die dauerhafte Etablierung eines regional verantwortlichen ACP-Projektkoordinators das Risiko für ein mittelfristiges Scheitern einer anfänglich von Idealismus getragenen ACP-Initiative hoch ist.

Gerade initial muss ein regionaler ACP-Projektkoordinator in aufwendigen Gesprächen zahlreiche Institutionen und Akteure erreichen, überzeugen, in die avi-

sierte Vernetzung einbinden sowie die entsprechenden Fachkräfte schulen bzw. informieren, damit ein Stein ins Rollen kommt und die Implementierung eine Eigen- dynamik entwickeln kann. Gerade zu Beginn ist kommunikatives und verhandlungsorientiertes Geschick erforderlich, um das neue ACP-System wertschätzend in die gewachsenen Strukturen einbetten zu können und die entsprechenden, vielfach schon zuvor sehr engagierten und verdienten Akteure für das Neue zu gewinnen, gleichzeitig aber auch die unabdingbaren hohen Qualitätsstandards konsequent und nachhaltig durchzusetzen. Der ACP-Projektkoordinator fungiert für alle Beteiligten – nicht zuletzt auch für bisher nicht beteiligte, jedoch an einer künftigen Kooperation interessierte Institutionen und Akteure – als zentraler Ansprechpartner, moderiert bei Konflikten, optimiert die Schnittstellen und überprüft den Erfolg über Rückmeldungen aus verschiedenen Massnahmen der Qualitätssicherung.

Voraussetzung für diese Aufgabe eines «leitenden regionalen Change Managers» sind spezifisch die Erfahrung als zertifizierter ACP-Gesprächsbegleiter und eine gezielte Vorbereitung auf die Aufgabe durch einen entsprechenden Workshop sowie allgemein Führungskompetenz und gute regionale Vernetzung. Projektkoordinatoren kommen typischerweise aus Qualitätszirkeln, allgemeinen Palliativnetzwerken und Hospizdiensten, SAPV-Teams oder Palliativstationen, aber auch besonders engagierte Einrichtungsleiter, Pflegeleitungen sowie Verwaltungsmitarbeiter mit medizinischem Hintergrund kommen in Betracht. In den ersten fünf Jahren einer Implementierungsphase ist nach eigenen und internationalen Erfahrungen sowie in Abhängigkeit von der Zahl der anfangs beginnenden und im Verlauf hinzukommenden teilnehmenden Institutionen und Akteuren damit zu rechnen, dass diese Aufgabe mindestens den Umfang von einer halben bis einer vollen Stelle für eine Region von 250 000 Einwohnern erfordert, je nachdem, ob der Projektkoordinator in Personalunion zudem auch regionale Aufgaben als ACP-Gesprächsbegleiter-Trainer wahrnimmt. Möglicherweise genügt für die langfristige nachhaltige Aufrechterhaltung eines allseits implementierten ACP-Prozesses eine Viertelstelle für den ACP-Projektkoordinator einer Region dieser Grösse.

Zu den wesentlichen Aufgaben eines regionalen ACP-Koordinators gehören:

1. *Vorbereitung der Implementierungsphase:* Dies umfasst zunächst Vorgespräche mit den regionalen Akteuren (z.B. Senioreneinrichtungen), insbesondere mit den Leitungskräften der beteiligten Einrichtungen, die in der jeweiligen Organisationsentwicklung zu unterstützen sind, darüber hinaus aber auch mit den regional zu beteiligenden Versorgern (z.B. regionale Ärzteschaft, Krankenhäuser, Rettungsdienste, ambulante Pflegedienste etc.), um diese für die er-

forderliche Kooperation bei der regionalen ACP-Implementierung zu gewinnen. Die Partner sind bei der Entwicklung von Standards und Routinen für das regionale ACP-System zu unterstützen. Hinzu kommen Informationsveranstaltungen für die verschiedenen Akteure (z.B. beteiligte Hausärzte, Mitarbeiter des Krankenhauses).

2. *Koordination der ACP-Implementierung:* Nicht nur während der Initialphase, sondern auch im weiteren Verlauf bedürfen die beteiligten regionalen ACP-Partner der Koordination, um strukturelle Fehler und Missverständnisse in der Zuständigkeit zu vermeiden. Zu diesen gehören insbesondere die Träger und Leitungen der Einrichtungen, die kooperierenden Hausärzte, die Leiter ärztlicher Qualitätszirkel, die Teams der regionalen Palliativversorgung und die einschlägigen Leitungskräfte der wichtigsten Einzugskrankenhäuser (z.B. Notaufnahme, palliativmedizinische und geriatrische Fachabteilungen und Intensivstationen).
3. *Qualitätssicherung der Gesprächsbegleitung und der regionalen Implementierung:* Eine weitere wichtige Aufgabe der regionalen ACP-Koordinatoren besteht darin, die nachhaltige Qualität der ACP-Implementierung zu sichern. Dazu gehört insbesondere die Koordination der Ausbildung und Rezertifizierung der Gesprächsbegleiter der Einrichtungen und der regionalen ACP-Gesprächsbegleiter-Trainer. Zudem sind dauerhafte Massnahmen der Qualitätssicherungen des regionalen ACP-Systems zu implementieren, die insbesondere die Qualität der Gesprächsbegleitung im Sinne eines freilassenden, zur autonomen Entscheidung befähigenden (aber keinesfalls manipulativen) Gesprächsangebots überprüfen und alle beteiligten Akteure angemessen mit einbeziehen.

Der Erfolg einer Implementierung von ACP in nationale Gesundheitssysteme wird davon abhängen, dass nicht nur die individuelle ACP-Gesprächsbegleitung, sondern auch die regionale ACP-Projektkoordination etabliert sind und vergütet werden.

Korrespondenz

Univ.-Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH
Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning
 Institut für Allgemeinmedizin
 Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
 Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

E-Mail: jids[at]med.uni-duesseldorf.de

Referenzen

1. in der Schmitt J, Marckmann G. Das Pilotmodell *beizeiten begleiten*. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J (Hg.). *Advance Care Planning*. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: Kohlhammer; 2015, p. 234–257.
2. Hammes BJ, Briggs LA. Das «Respecting Choices» Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. In: Ebd., p. 181–195.