

---

## SYMPOSIUMS-BERICHT

### Einleitung:

Am Freitag den, 25.11.2022 veranstaltete das Ärztenetz Bielefeld e.V. (ÄN) im Hotel „Bielefelder Hof“ ein Symposium zum Thema **BVP – Behandlung im Voraus Planen** (der Begriff geht auf das aus den USA stammende Konzept des „Advanced Care Planning“ = ACP zurück). Hintergrund ist ein zwischen 2019 und 2021 unter der Schirmherrschaft des MAGS NRW gestartetes Modellprojekt. Ausgehend von einer Auftaktveranstaltung<sup>1</sup> und nachfolgenden „Runden Tischen“ (wegen der Corona-Pandemie leider hauptsächlich virtuell) wurden damals unter der Federführung des ÄN erste Schritte einer Implementierung von BVP in Bielefeld unternommen.

Das jetzige Symposium richtete sich an alle beteiligten Bielefelder Akteure von BVP im vernetzen Kontext. Es sollte Raum geben für vertiefte Informationen zum Thema BVP, für ein Zwischenfazit des in Bielefeld bisher Erreichten und die gemeinsame Ausrichtung für die Zukunft.

Eingeladen waren Vertreter der Pflegeheime, des Hospizwesens, des städtischen Rettungsdienstes/Notarztwesens, der Krankenhäuser (Notfallambulanzen, Intensivmedizin, Onkologie, Geriatrie, Klin. Ethik), der Berufsbetreuer-Organisationen der Stadt Bielefeld u.a.

### Vorträge:

Der Vorsitzende des ÄN Bielefeld Dr. Johannes Hartmann gab den ca. 50 Anwesenden in seinem Vortrag „**BVP – Modellprojekt Bielefeld – gemeinsam starten ..., aber wie?**“ eine kurze Übersicht über das bisher Erreichte: Bestandsaufnahme vorhandene Berater-Kapazität in Bielefeld (ca. ein Dutzend), konsentierete Notfalldokumente für den Akutnotfall („Bielefelder Ärztliche Notfall-Anordnung (BÄNA)<sup>2</sup> und Bielefelder Notfallausweis), Basisqualifikation von 17 Hausärzt\*innen für BVP-Abschlussgespräche, laufende Qualifikation eines Ärztenetz-eigenen BVP-Beraters, anhaltende Informations- und Kooperationsangebote gegenüber den relevanten Akteuren in der städtischen Region Bielefeld.

Die Hauptreferate kamen von Vertretern des Vereins „ACP-Deutschland“<sup>3</sup>, der seit vielen Jahren große Expertise in der Erarbeitung und Anwendung von BVP-Inhalten und Formularen sowie der Ausbildung von BVP-Berater\*innen und Trainer\*innen hat.

**Prof. Jürgen in der Schmitt** - Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin der Uni Essen, niedergelassener Hausarzt und Vorsitzender von ACP-Deutschland - brachte den Zuhörern in seinem Vortrag „**BVP – Was ist das?**“ die Kernaspekte von BVP nahe: Patientenverfügungen (PV) herkömmlicher Art erweisen sich seit Jahrzehnten als dysfunktional. Gründe dafür sind (sofern eine PV überhaupt vorhanden ist): Nicht-Auffindbarkeit im Notfall, mangelnde Validität,

---

<sup>1</sup> Hintergrund ist ein zwischen 2019 und 2021 unter der Schirmherrschaft des MAGS NRW gestartetes Modellprojekt mit je zwei städtischen und ländlichen Regionen in NRW zur Implementierung von BVP (im Gesetzestext GVP genannt) nach **§132g SGB V** im vernetzten Kontext. Hierin geht es um den gesetzlich verbürgten Anspruch von Vorausplanender Behandlungsplanung für die letzte Lebensphase bezogen auf Bewohner\*innen in Einrichtungen der **vollstationären Pflege** und Einrichtungen der **Eingliederungshilfe** für Menschen mit Behinderung.

<sup>2</sup> Siehe perspektivischer Ablaufalgorithmus BVP im Pflegeheim für Bielefeld **im Anhang**

<sup>3</sup> Die ersten von der Modellprojekt-Gruppe erarbeiteten Formulare lehnen sich an die von ACP-Deutschland an. Hinsichtlich inhaltlicher Beratung und bereits laufender Schulungen von Ärzt\*innen hat sich des ÄN Bielefeld für den Standard von ACP-Deutschland entschieden.

Missverständlichkeit und faktische Reichweitenbeschränkung aufgrund bestimmter, oft unreflektiert verwendeter Termini und Textbausteine. In der Schmittens wies darauf hin, dass eine Person, die eine herkömmliche PV ausgefüllt u. unterschrieben hat, in der Regel zuvor keine ausreichend qualifizierte Beratung bekommen hat und insofern in ihrem Tun alleingelassen war. Demgegenüber basiere BVP auf dem Konzept einer prozeduralen Beratung nach festen Qualitätskriterien, die dem Beratenden eine „**relationale Autonomie**“ eröffnet. D.h.: im Beziehungsgefüge von Beratenem, BVP-Berater\*in, ggf. Vertreter\*innen und Hausärztin/Hausarzt erfolgt eine fundierte, ergebnisoffene Beratung, an deren Ende idealerweise ein „**informed consent**“ stehen sollte. PV als Ergebnis eines gut gemachten BVP-Prozesses umfasse **vier zentrale Planungsbereiche**<sup>4</sup>, für die entsprechende Dokumente im Rang einer PV erarbeitet werden:

**1. „Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben“.** Hier äußert sich der Beratene über seine persönlichen Einstellungen, die Grundlage seiner weiteren Entscheidungen sind.

Darauf aufbauend werden für drei verschiedene Szenarien Festlegungen getroffen, die jedem Betrachter inhaltlich und optisch schnell eingängig den Willen des Patienten deutlich machen:

**2. „Ärztliche Anordnung für den Notfall = ÄNo“** (für Bielefeld als „**BÄNA**“ = Bielefelder Ärztliche Notfallanordnung adaptiert). Hier legt der Beratene mittels Auswahl aus mehreren Kategorien fest, welche Art von Notfallbehandlung er für sich wünscht und zulässt. Dieses wie auch die weiteren Formulare werden nach erfolgter BVP-Beratung vom Hausarzt supervidiert. Die Inhalte werden nochmals besprochen, evtl. Widersprüche ausgeräumt und schließlich erfolgt die Unterschrift von Beratenem und Arzt. Letztlich ist dieser Teil der PV also nach dem „Vier-Augen-Prinzip“ entstanden und hat zusätzlich den Rang einer Ärztlichen Anordnung.

**3. „Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer“.** Dieser Teil der Verfügung schließt eine Lücke, die herkömmliche PV oft hinterlassen: Es wird festgelegt, wie zu verfahren ist, wenn der Vitale Notfall i.R. einer sonstigen medizinischen Maßnahme auftritt.

**4. „Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit“.** Mit diesem Teil der PV trifft der Beratene eine differenzierte Vorausverfügung für den etwaigen Fall künftig entstehender anhaltender Einwilligungsunfähigkeit, wie sie klassischerweise bei Demenz oder apallischem Syndrom besteht.

Im Weiteren stellte in der Schmittens die Qualifikationsmaßnahmen für Ärzte (4 x 8 UE) und BVP-Berater dar (8 Tage und 18 supervidierte Gespräche), die neben theoretischen Einheiten auch praktische Einheiten mit Schauspielerpatienten beinhalten. Er skizzierte die bestehenden Regelungen nach §132 g SGBV und die Möglichkeiten der Organisation von BVP im regionalen Kontext.

Für den Fall einer ganz oder teilweise kognitiv eingeschränkten zu beratenden Person gibt es das Modell der **Vertreter-Dokumentation**, bei der ein oder mehrere Zugehörige des Beratenen ersatzweise oder zusätzlich in den Beratungsprozess einsteigen. Dies sind u.U. die gesetzlichen Betreuer. Am Ende stehen die o.g. Dokumente, angepasst auf die Vertretersituation.

**Jutta Severin**, Dipl. Pflegewirtin, Krankenpflegerin, langjährige Leiterin eines Pflegeheimes und selber erfahrene BVP-Beraterin, berichtete zum Thema „**BVP im Pflegeheim – im Spannungsfeld von gesetzlichem Anspruch und Wirklichkeit**“: Fr. Severin verweist aus ihrer langjährigen Erfahrung als Heimleiterin und BVP-Beraterin auf den hohen Nutzen und die große Wertschätzung von BVP in jenen Heimen, wo sie bereits zur Anwendung kommt: Die Mitarbeiter\*innen schätzten insbesondere die (Be-)Handlungssicherheit und die Klärung von Verantwortlichkeit, die BVP für kritische Situationen schafft. Sie verweist dazu auf die Wichtigkeit, dass auch die Heimmitarbeiter\*innen zum Thema geschult würden. Auch seien die Pflegenden zentraler Teil des prozesshaften Ablaufs von BVP, indem sie oftmals als erste den Zeitpunkt erkennen, zu dem ein Bewohner eine Aktualisierung seiner BVP benötigt.

---

<sup>4</sup> <https://www.acp-d.org>

**Kornelia Götze**, FÄ für Allgemeinmedizin, in eigener Praxis und als Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Uni Düsseldorf tätig, sowie langjährige BVP-Trainerin, referierte über „**BVP – Bedeutung für Krankenhaus und Rettungsdienst**“: Zunächst verwies sie auf Studien aus den USA<sup>5</sup> und der Schweiz<sup>6</sup> zu Gesprächsbegleitung und Anwendung nach BVP-Konzept, die den Nutzen für die Arbeit in Klinik und Rettungsdienst nachwiesen. In diesem Kontext schilderte sie daraufhin die zentrale Bedeutung von Teil 2 der BVP-gestützten PV: Ärztliche Notfallanordnung („**ÄNo**“ bzw. in Bielefeld: „**BÄNA**“). Sofern bei allen Akteuren bekannt, verstanden und respektiert, bildet er im Notfall an der **Schnittstelle Patient – Zugehörige – Rettungsdienst** eine **funktionierende Handlungsgrundlage**: Die Leitstelle kennt die ÄNo und kann auf deren Basis erste Anweisungen erteilen. Die Pflege/der Zugehörige kennen die ÄNo und haben eine gesicherte Handlungsgrundlage, was entsprechend für die hinzugerufenen Sanitäter\*innen und Ärzt\*innen gilt. So entstehe: **Handlungssicherheit, Rechtssicherheit, Zeitersparnis und emotionale Entlastung**.

Anhand des Beispiels einer fiktiven Patientin macht Fr. Götze im Folgenden deutlich, wie deren Krankheits- und Behandlungsverlauf unter Würdigung ihrer BVP-basierten differenzierten PV (s.o.) ablaufen würde im Unterschied zum „klassischen“ Ablauf nach akutmedizinischem Standard ohne vorangegangene BVP und ohne differenzierte PV.

### **Diskussion:**

In der anschließenden Diskussion verweisen **Vertreter der Pflegeheime** auf ihre Wahrnehmung, dass herkömmliche PV durchaus nützlich sein können und dass sich bei offenen Fragen Ethikgespräche bewährt hätte. Ergänzende Position hierzu war: Natürlich sind PV nicht nutzlos und immer besser als nichts. Aber sie sind leider meistens dysfunktional. Ethikgespräche sind gut und hilfreich, greifen aber oft erst dann, wenn eigentlich schon Entwicklungen fehlgeleitet wurden.

Aus Sicht von **Vertretern des städt. Rettungsdienstes** wird ein **einheitliches Äno-Formular** (bzw. der **BÄNA**) als extrem hilfreich eingeordnet. Es besteht hier der Wunsch, ihn so bald wie möglich nutzen zu können, sofern er das Placet der Kommunalen Gesundheitskonferenz findet.

Insgesamt herrscht großes Wohlwollen gegenüber dem Konzept, das sich in entsprechenden Beiträgen von **Chefs der Bielefelder Krankenhaus-Notfallambulanzen** äußert. Vertreter angrenzender Kreise (PB, Lippe) haben großes Interesse, ihrerseits BVP-Strukturen zu entwickeln.

### **Ausblick:**

Prof. in der Schmittgen und Dr. Hartmann verweisen abschließend auf die bleibende große **Herausforderung von Information, Schulung und Herstellung eines hinreichenden gemeinsamen BVP-Niveaus für die Stadt Bielefeld insgesamt**. Auch die **Bereitstellung tragfähiger Strukturen** kann eine Organisation wie das ÄN Bielefeld nicht alleine schultern. Es fehlt an dieser Stelle an ausreichendem Personal und fehlender Finanzierung. Hier sind perspektivisch Unterstützung von z.B. Krankenkassen und Stadt notwendig.

**Erste Schritte** sind im Gang: z.Z. werden 17 Ärzt\*innen des ÄN Bielefeld qualifiziert und das ÄN lässt einen eigenen BVP-Berater nach ACP-Deutschland-Standard ausbilden.

Ein denkbarer weiterer Schritt wäre: Die derzeitigen BVP-Berater\*innen über eine Art „Refresher-Veranstaltung“ auf eine gemeinsame inhaltliche Basis zu bringen, die die gemeinsame Nutzung einheitlicher PV-Dokumente (s.o.) nach ACP-Deutschland-Standard erlaubt.

Rückfragen, Beiträge und Kommentare werden erbeten unter [koordination@aerztenetz-bielefeld.de](mailto:koordination@aerztenetz-bielefeld.de)

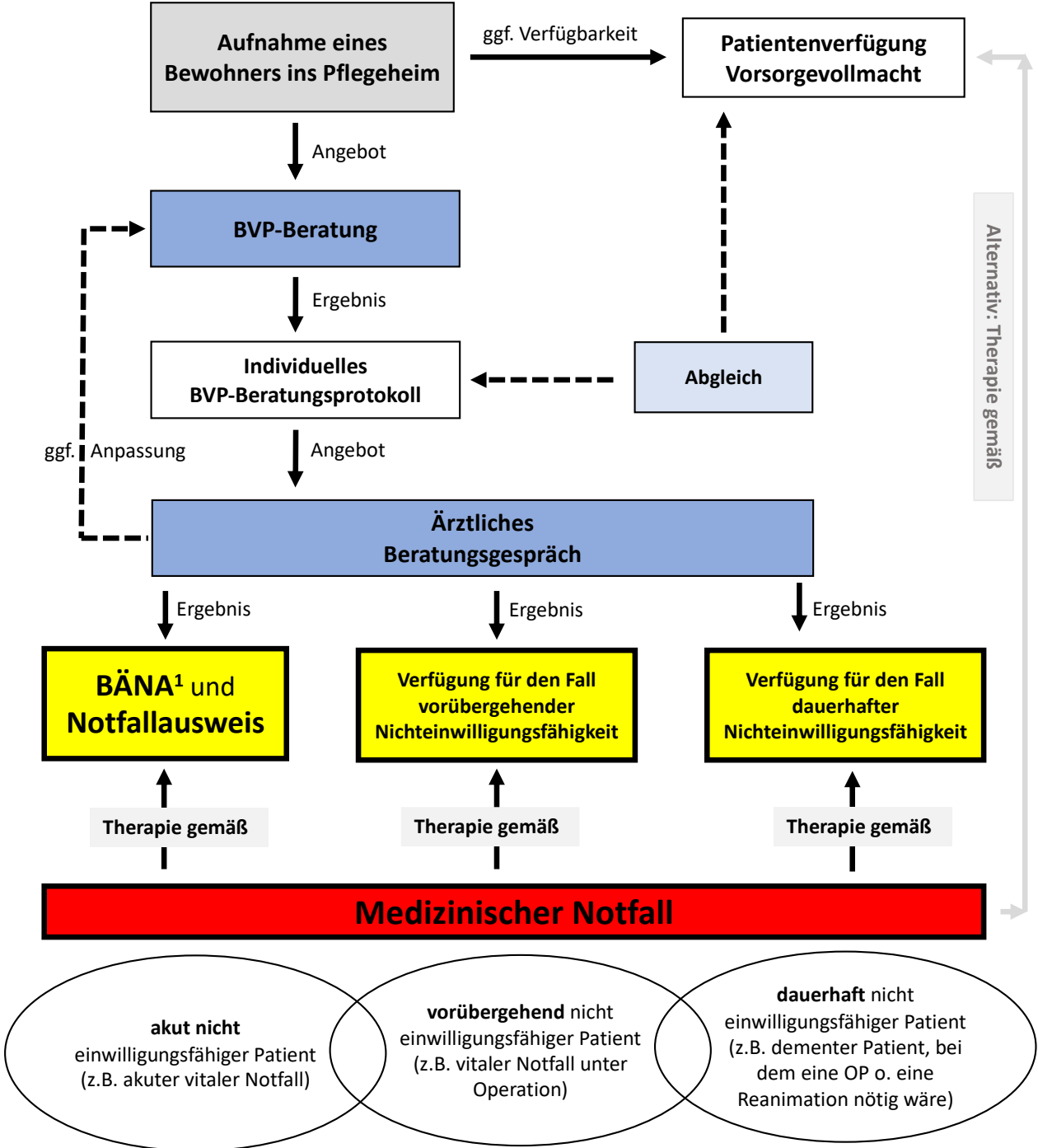
Bielefeld, den 02.12.2022

Dr. med. Johannes Hartmann

<sup>5</sup> „Respecting Choices“ (US): JAGS 2010; 10.1111/j.1532-5415.2010.02956.X

<sup>6</sup> „MAPS Trial“ (CH): BMJ Supportive & Palliative Care; doi:10.1136/bmjspcare-2017-001489

**BVP**  
**Behandlung- im-Voraus-Planen**  
 (bzw. „GVP in Pflegeheimen nach § 132“)



<sup>1</sup> BÄNA = Bielefelder Ärztliche Notfall-Anordnung

Auszufüllen vom Arzt, gemeinsam mit dem/der Patient\*in/Vertreter\*in

## Bielefelder Ärztliche Notfall-Anordnung (BÄNA)

Name	_____	Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung
Vorname	_____	
Geb. am	_____	
Ansprechpartner, Telefon	_____	

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, **sofern** sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:  
Nur **eine** Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3, C) - sonst ungültig!

**THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, soweit medizinisch vertretbar**

**A** Maximale Notfall- und Intensivtherapie, einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung 

**THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel**

**B0** Notfall- und Intensivtherapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung 

**B1** Notfall- und Intensivtherapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine Intubation und Beatmung 

**B2** Notfalltherapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine Intubation und Beatmung und keine Intensivbehandlung 

**B3** Keine Mitnahme ins Krs., nur ambulante mögliche Notfalltherapie: Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine Intubation und Beatmung und keine Intensivbehandlung 

**THERAPIEZIEL = Leidensminderung / Symptomkontrolle**

**C** Palliative Maßnahmen möglichst zu Hause. Mitnahme ins Krs. nur, wenn für Palliation unvermeidlich 

_____, den _____	_____ Unterschrift des Patienten (sofern einwilligungsfähig)
_____ Unterschrift und Stempel des Arztes	_____ Unterschrift des Vertreters (Vorsorgebevollm. / Betreuer)

Diese Notfallanordnung gilt solange, wie nicht aufgrund veränderter Indikation oder verändertem Patientenwillen eine neue Regelung getroffen wird