



## Herausforderungen bei der Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V in Niedersachsen

Ein Diskussionspapier des LSHPN zu strukturellen Herausforderungen

### Vorwort

Unter dem Begriff „Advance Care Planning“ (ACP) ist in den letzten 30 Jahren ein Konzept entwickelt worden, um Behandlungen für mögliche zukünftige Situationen im Voraus zu planen. Damit soll gewährleistet werden, dass die Behandlungswünsche von Menschen auch dann berücksichtigt werden, wenn sich diese krankheitsbedingt nicht mehr äußern können.

In Deutschland wurde ACP namentlich als „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (GVP) 2015 mit dem Hospiz- und Palliativgesetz sozialgesetzlich im §132g SGB V, verankert.<sup>1</sup> In der Folge verhandelte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) mit den Leistungserbringern über eine Vereinbarung über Inhalte und Anforderungen von GVP, welche am 13.12.2017 in Kraft getreten ist.<sup>2</sup> Seitdem können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des §43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (seit 2020: besondere Wohnformen) ihren Bewohner\*innen durch qualifizierte Gesprächsbegleiter\*innen GVP zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten.

Der Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen (LSHPN) ist eine Landeskoordinierungsstelle. Sein Ziel ist die planvolle Weiterentwicklung der hospizlich-palliativen Versorgungslandschaft in Niedersachsen. Hierfür arbeitet der LSHPN eng mit den Leistungserbringern, Fachverbänden und Kooperationspartnern zusammen. Konkret organisiert der LSHPN u.a. zwei Arbeitsgruppen zur 1) Hospizarbeit und Palliativversorgung in Altenpflegeeinrichtungen<sup>3</sup> und 2) Hospizarbeit und Palliativversorgung für Menschen mit Beeinträchtigungen<sup>4</sup>. Darüber hinaus organisiert der LSHPN durch Workshops, Tagungen und Konferenzen den fachlichen Austausch und bringt sich in die Diskussion ein. Zum Thema GVP wurden beispielsweise 2017 und 2019 zwei Fachtage organisiert<sup>5</sup>. Aus dieser Arbeit und Erfahrung heraus ist das vorliegende Diskussionspapier entstanden.

<sup>1</sup> <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html>

<sup>2</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung\\_nach\\_132g\\_Abs\\_3\\_SGBV\\_ueber\\_Inhalte\\_und\\_Anforderungen\\_der\\_gesundheitlichen\\_Versorgungsplanung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/landesstuetzpunkt/arbeitsgruppen/ag-altenpflege/>

<sup>4</sup> <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/landesstuetzpunkt/arbeitsgruppen/ag-eingliederungshilfe/>

<sup>5</sup> Inthorn J, Schwabe S (2020): Gesundheitliche Versorgungsplanung braucht Vernetzung, pflegen: palliativ 45, S. 38-41.; <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/versorgungsplanung-am-lebensende-fachtag-diskutiert-umsetzung-von-advance-care-planning-in-deutschland/>



Celle, 12.04.2021

Ziel des Diskussionspapiers ist es, die unseres Erachtens zentralen strukturellen Probleme und Herausforderungen bei der Implementierung von GVP in Niedersachsen zu benennen, um davon ausgehend einen Beitrag zur Weiterentwicklung von GVP zu leisten. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Ethische, finanzielle, organisatorische oder sonstige Probleme und Herausforderungen sind nicht Teil dieses Diskussionspapiers und werden z.T. bereits in anderen Stellungnahmen thematisiert.<sup>6</sup> Ebenso wenig geht es uns darum, einzelne Akteure oder Organisationen zu kritisieren. Strukturelle Herausforderungen zeichnen sich vielmehr dadurch aus, dass sie auf systemische Problemlagen aufmerksam machen.

Das Diskussionspapier hat der LSHPN zu verantworten. Die Inhalte müssen nicht mit den Positionen der Trägerorganisationen des LSHPN übereinstimmen.

Wir würden uns freuen, wenn das Papier in Fachkreisen Anklang findet, kontrovers diskutiert wird und einen Beitrag zur Weiterentwicklung von GVP in Deutschland leistet.

---

<sup>6</sup> z.B. Stellungnahme der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: [https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/2019-12-05\\_Bek\\_BAEK\\_ACP\\_Online\\_Final.pdf](https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/2019-12-05_Bek_BAEK_ACP_Online_Final.pdf)

Träger des Stützpunktes:



Gefördert durch:



V.i.S.d.P. Marlies Wegner

**Geschäftsstelle**

Fritzenwiese 117

29221 Celle

Tel.: 05141/21 96 986

Fax: 05141/21 96 988

[info@hospiz-palliativ-nds.de](mailto:info@hospiz-palliativ-nds.de)[www.hospiz-palliativ-nds.de](http://www.hospiz-palliativ-nds.de)



Celle, 12.04.2021

## Strukturelle Herausforderungen

### Qualitätssicherung in der Ausbildung der Gesprächsbegleiter\*innen

#### *Hintergrund*

Die Vereinbarung zum §132g SGB V des GKV-Spitzenverbandes mit den Leistungsanbietern vom 13.12.2017 regelt in §12 die „Anforderungen an die Qualifikation der Beraterin/ des Beraters“. Hier werden fachliche und personale Kompetenzen sowie Erfahrungen ausgewiesen. Darüber hinaus müssen weitergehende Fähigkeiten im Rahmen einer Weiterbildung gemäß einem in der Vereinbarung vorgegebenen Lernfeld-Kompetenz-Plan erworben werden. Dieser beinhaltet einen theoretischen und einen praktischen Teil, in dem zwei Beratungsprozesse mit vier begleiteten Gesprächen stattfinden, unter Begleitung eines Dozierenden mit anschließender Reflexion einschließlich Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation. An die Ausbilder\*innen sind keine Anforderungen gestellt und eine Qualitätskontrolle der Ausbildungen findet nicht statt. Praktisch ist es somit jeder Person möglich, eine entsprechende Ausbildung anzubieten, unabhängig von der eigenen Erfahrung mit dem Thema und den personalen und fachlichen Kompetenzen.

#### *Problem*

Zahlreiche Gesprächsbegleiter\*innen melden sich beim LSHPN und fragen nach Unterstützung und Informationen zur Implementierung von GVP in ihrer Einrichtung und dem Aufbau des Versorgungsnetzes. Dabei entsteht bei uns der Eindruck, dass sich die Kenntnisse der Gesprächsbegleiter\*innen bisweilen stark voneinander unterscheiden. Diese Unterschiede betreffen u.a.:

- Kenntnissen der hospizlich-palliative Versorgungsstrukturen
- Kenntnisse über medizinisch-pflegerische Sachverhalte
- Kenntnisse von grundlegenden rechtlichen Fragen
- Fähigkeiten zur Gesprächsführung und -reflexion
- Dokumentationspraktiken
- Fähigkeit zur externen Vernetzung

Wir haben den Eindruck gewonnen, dass Gesprächsführung und -reflexion nicht immer ausreichend gelehrt und erprobt werden und die Korrekturfunktion der Lehrenden nicht immer hinreichend erfüllt wird. Ebenso bestehen erhebliche Unterschiede dahingehend, inwieweit Gesprächsbegleiter\*innen die externe Vernetzung als Teil ihres Aufgabenspektrums verstehen und die hierfür notwendigen Fähigkeiten erlernen. Manche fühlen sich nach der absolvierten Ausbildung nicht auf die Tätigkeit als Gesprächsbegleiter\*innen vorbereitet, einige absolvieren sogar eine weitere Ausbildung bei einem anderen Anbieter, in der Hoffnung, dort eine adäquate Vorbereitung auf die Tätigkeit zu erhalten.



Celle, 12.04.2021

### Anregungen

Aus diesen Gründen sehen wir Bedarf an einer Qualitätssicherung bei der Ausbildung von Gesprächsbegleiter\*innen. Hierfür könnten folgende Instrumente/Maßnahmen diskutiert werden:

- Bundesweite Konsentierung von Qualitätskriterien für GVP-Ausbildungen
- Train-the-Trainer-Kurse zur Ausbildung von GVP-Trainer\*innen
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildungs-, sowie Reflexionsmöglichkeiten für GVP-Trainer\*innen

### GVP-Koordination und regionale Vernetzung

#### Hintergrund

Im Rahmen der Einführung von GVP sind die Gesprächsbegleiter\*innen laut GKV-Vereinbarung gehalten, sich mit den regionalen Leistungserbringern zu vernetzen (Rahmenvereinbarung §11). Die Vernetzung soll erfolgen „insbesondere mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rettungsdiensten, ambulanten Hospizdiensten, Hospizen, SAPV-Teams, Seelsorgern und anderen Institutionen“ (ebd. §11(1)). Diese sektorenübergreifende Vernetzung soll sicherstellen, dass „die regionalen Versorgungs- und Betreuungsanbieter die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung beachten“ (ebd.: §11 (2)). Außerdem sollen die Berater\*innen „regelmäßige Treffen (z.B. Runde Tische) mit den regionalen Leistungserbringern durchführen oder an Treffen vorhandener regionaler Netzwerke (z.B. Palliativnetzwerke, Hospiznetzwerke, kommunale Netzwerke) teilnehmen“ (ebd.: §11 (3)). Die regionale Vernetzung ist notwendig, um den Umgang mit den Vorsorgeinstrumenten zu regeln und einheitliche Absprachen und Standards zu treffen (z.B. Konsentierung und Einführung eines einheitlichen Notfallbogens, Schulungen der Rettungsdienste, SAPV-Teams, Qualitätskontrolle, Evaluation, etc.).

Über die Vereinbarung §132g SGB V wird der Gesprächsprozess innerhalb der Einrichtungen pauschal vergütet. Der Berechnungsschlüssel sieht für 400 gesetzlich Versicherte eine Refinanzierung für eine Gesprächsbegleiter\*innen-Stelle in Vollzeit vor, plus 15% Verwaltungskostenpauschale. Der Aufbau der GVP-Strukturen (inkl. der Ausbildung der Gesprächsbegleiter\*innen) wird nicht gesondert refinanziert, d.h. es gibt keine separaten Ressourcen für eine regionale Koordination. Darüber hinaus fehlen ausgebildeten Gesprächsbegleiter\*innen z.T. die Fähigkeiten zum Netzwerkaufbau.

#### Problem

In der Praxis kann diese Situation dazu führen, dass Gesprächsbegleiter\*innen insbesondere in der Anfangsphase nicht über die nötigen zeitlichen Ressourcen und die Fähigkeiten verfügen, um zusätzlich zu den Gesprächsprozessen und der GVP-Vernetzung in der Einrichtung die externe Vernetzung zu leisten. Wenn Rettungsdienste, SAPV-Teams, Krankenhäuser, Hausärzt\*innen und andere potenzielle Behandlungsakteure nicht über das GVP-Konzept und die Vorsorgedokumente informiert sind, besteht die Gefahr, dass die entsprechenden Dokumente im Zweifelsfall nicht berücksichtigt und die vorausverfügten Behandlungswünsche nicht befolgt werden.

Ohne eine regionale Struktur zur Vernetzung von GVP-Gesprächsbegleiter\*innen und beteiligten Versorgungsakteuren ist zudem eine regionale Qualitätssicherung (z.B. über Runde Tische)

4

Träger des Stützpunktes:



Gefördert durch:



V.i.S.d.P. Marlies Wegner

**Geschäftsstelle**

Fritzenwiese 117

29221 Celle

Tel.: 05141/21 96 986

Fax: 05141/21 96 988

[info@hospiz-palliativ-nds.de](mailto:info@hospiz-palliativ-nds.de)[www.hospiz-palliativ-nds.de](http://www.hospiz-palliativ-nds.de)



Celle, 12.04.2021

erschwert. Aufgrund der Vielzahl der eingebundenen Akteure kommt der Schnittstellenarbeit eine große Bedeutung zu. Es braucht ein regelmäßiges Forum, um über Unklarheiten und Probleme zu sprechen und im Netzwerk regional abgestimmte Lösungen zu entwickeln.

Das Fehlen einer externen Vernetzungsstruktur hat außerdem zur Folge, dass in einigen Landkreisen mehrere ausgebildete Gesprächsbegleiter\*innen parallel mit der Implementierung beginnen und dabei unterschiedliche Vorsorgeinstrumente verwenden. Unter Umständen erfahren diese Personen erst voneinander, wenn der Prozess schon fortgeschritten ist und Versorgungsakteure geschult worden sind. Die Hürden für eine Anpassung und regionale Vereinheitlichung der Konzepte sind dann besonders hoch, da durchgeführte Beratungsprozesse und Schulungen der Versorgungsakteure wahrscheinlich wiederholt werden müssen. Mittelfristig leiden darunter die Motivation der Einrichtungen und die Akzeptanz des Konzeptes bei allen Kooperationspartnern in der Region. Verschärft wird diese Situation außerdem, wenn Ausbildungseinrichtungen markenrechtlich geschützte Notfallbögen nutzen, die von Gesprächsbegleiter\*innen, die anderswo ausgebildet wurden, nicht genutzt werden sollen (obwohl es für diese Regelung gute Gründe gibt). Um einen regionale einheitlichen Notfallbogen zu implementieren müssten dann entweder alle andersgeschulten Gesprächsbegleiter\*innen umgeschult werden oder es müsste ein anderer Notfallbogen genutzt werden.

### *Anregungen*

Aus diesen Gründen sehen wir Bedarf an einer Verbesserung der externen Vernetzung und Koordination von GVP in den Regionen. Hierfür könnten folgende Instrumente/Maßnahmen diskutiert werden:

- Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen (z.B. einer anteiligen Personalstelle) auf kommunaler Ebene für den Aufbau und die Organisation eines regionalen GVP-Netzwerks
- Organisation von Auftakttreffen mit allen potenziellen Netzwerkpartnern in einer Region und Durchführung regelmäßiger Netzwerktreffen zur regional abgestimmten Weiterentwicklung und Qualitätssicherung
- Einigung auf einen einheitlichen Notfallbogen in der Region

Darüber hinaus hat der LSHPN bereits 2018 eine Kontaktdatenbank<sup>7</sup> eingerichtet, mit deren Hilfe die Gesprächsbegleiter\*innen in einer Region (sofern sie sich beim LSHPN melden) miteinander in Kontakt gebracht werden können.

### **Mitwirkung der Hausärzt\*innen**

#### *Hintergrund*

Hausärzt\*innen spielen bei der Implementierung von GVP eine wichtige Rolle. Sie können selber GVP-Gespräche führen oder initiieren, sollen auf Wunsch in den Beratungsprozess einbezogen werden (Vereinbarung §8 Abs. 8), bzw. an einer Fallbesprechung teilnehmen (ebd. §5 Abs. 9), leisten ihre Unterschrift unter die Notfallbögen und sind ggf. selber mit der Umsetzung der vorausverfügten

<sup>7</sup> <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/anmeldung-zur-gvp-kontaktdatenbank/>



Celle, 12.04.2021

Willensbekundungen betraut. Für die Teilnahme von Hausärzt\*innen an GVP-Beratungen wurde 2019 die Gebührenordnungsposition (GOP) 37400 (Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V) in das Vergütungssystem der vertragsärztlichen, bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung aufgenommen.

### *Problem*

Die Rückmeldungen aus der Praxis ergeben ein Bild, wonach das Engagement von Hausärzt\*innen hinsichtlich GVP stark variiert. Neben wenigen sehr engagierten Hausärzt\*innen, die sich z.T. selber als GVP-Gesprächsbegleiter\*innen haben ausbilden lassen oder das Konzept aktiv unterstützen, erreichen uns viele Rückmeldungen von Gesprächsbegleiter\*innen, die Schwierigkeiten haben, Hausärzt\*innen an GVP-Prozessen zu beteiligen. Hierfür werden unterschiedliche Gründe angeführt:

- Hausärzt\*innen verfügen selber über eine gute Vertrauensbasis und die Fähigkeiten zum Führen von Vorsorgegesprächen und verzichten daher auf die Einbindung von Gesprächsbegleiter\*innen
- Fehlendes Wissen und fehlende Informationen der Hausärzt\*innen über GVP
- Fehlende zeitliche Ressourcen der Hausärzt\*innen für längere GVP-Gespräche im dynamischen Praxisalltag

### *Anregungen*

Die Beteiligung von Hausärzt\*innen ist essentiell für die Durchführung von GVP-Prozessen und sollte verbessert werden. Hier könnten folgende Maßnahmen diskutiert werden:

- Verbesserung der GVP-Kenntnisse von Hausärzt\*innen, z.B. durch Informationen über GVP im Rahmen von Vernetzungstreffen (Runde Tische, Qualitätszirkel), in Fachzeitschriften oder auf einschlägigen Fachtagungen, Kongressen, etc.
- Einbindung von Hausärzt\*innen in entstehende und bereits bestehende GVP-Netzwerke

## **Besonderheiten der Eingliederungshilfe**

### *Hintergrund*

Die gesetzliche Einführung von GVP in Deutschland beschränkt sich bisher auf Altenpflegeeinrichtungen und besondere Wohnformen (bis 2019: stationäre Einrichtungen) der Eingliederungshilfe. Die Vereinbarung zu §132g SGB V berücksichtigt, dass sich die Bedarfslagen und Anforderungen an GVP in den besonderen Wohnformen von denen der Pflegeeinrichtungen unterscheiden können. Es wird festgestellt, dass „[a]ufgrund der Lebenssituation die Informations- und/oder Beratungsintervalle zeitlich auf die Bedürfnisse der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zugeschnitten sein [müssen] und die jeweiligen behinderungsspezifischen Mehraufwendungen berücksichtigen [müssen]“ (ebd. §5 Abs 3). Es wird explizit auf den besonderen Bedarf an barrierefreier Kommunikation hingewiesen, der zunächst identifiziert und dem entsprochen werden soll (ebd. §6). In der Vergütung macht die Vereinbarung jedoch keinen Unterschied zwischen den beiden Settings und legt für Pflegeeinrichtungen und besondere

6

Träger des Stützpunktes:



Gefördert durch:



V.i.S.d.P. Marlies Wegner

**Geschäftsstelle**

Fritzenwiese 117

29221 Celle

Tel.: 05141/21 96 986

Fax: 05141/21 96 988

[info@hospiz-palliativ-nds.de](mailto:info@hospiz-palliativ-nds.de)[www.hospiz-palliativ-nds.de](http://www.hospiz-palliativ-nds.de)



Celle, 12.04.2021

Wohnformen den gleichen Berechnungsschlüssel zugrunde (1 Vollzeit-Stelle GVP-Gesprächsbegleiter\*in + 15% Verwaltungskostenpauschale pro 400 gesetzlich Versicherte).

### *Problem*

Aus der Praxis erreichen uns die Rückmeldungen, dass sich GVP in besonderen Wohnformen in vielerlei Hinsicht von GVP in Pflegeeinrichtungen unterscheidet:

- Die zeitaufwändige Einbindung der gesetzlichen Vertreter\*innen/Betreuer\*innen ist regelmäßig vonnöten
- Die zeitaufwändige Ermittlung des mutmaßlichen Willens ist häufiger vonnöten
- Die Verständigung über Sterben, Tod, Vorsorge, etc. auch mit Methoden der unterstützten Kommunikation ist tendenziell schwieriger und dauert länger

GVP in besonderen Wohnformen erweist sich somit tendenziell als aufwändiger, langwieriger und damit ressourcenintensiver als GVP in Pflegeeinrichtungen. Es erfordert von den Gesprächsbegleiter\*innen zusätzliche Kompetenzen der unterstützten Kommunikation und der Verständigung über Sterben, Tod, Vorsorge, etc..

### *Anregungen*

Die besonderen Bedarfslagen bei GVP in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sollten stärker berücksichtigt werden. Hier könnten folgende Maßnahmen diskutiert werden:

- Berücksichtigung der Situation in den besonderen Wohnformen in der Ausbildung von GVP-Gesprächsbegleiter\*innen, ggf. eigene Kurse zur GVP für Menschen in besonderen Wohnformen
- Spezifische Austauschformate, Fachveranstaltungen und Informationen für GVP-Gesprächsbegleiter\*innen in besonderen Wohnformen (wie z.B. „Netzwerk Gesprächsberatungen nach § 132g SGB V in der Eingliederungshilfe“)<sup>8</sup>
- Spätestens im Fall einer Einzelfallvergütung von GVP: Besondere Berücksichtigung der ressourcenintensiveren GVP-Prozesse in der Eingliederungshilfe

## **Besonderheit der Pandemie**

### *Hintergrund*

Seit März 2020 machen sich die COVID-19 Pandemie und die damit verbundenen Schutzbestimmungen auch in Pflegeeinrichtungen und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe bemerkbar. Infolge der Corona-Verordnungen des Landes Niedersachsen und deren Umsetzung durch die Einrichtungen waren und sind die Besuchs- und Zutrittsmöglichkeiten zum Teil stark eingeschränkt. Ebenso war der soziale Austausch zwischen den Bewohner\*innen erheblich limitiert und auch der Kontakt mit den Mitarbeitenden wurde vielfach reduziert. Nach §7 der Vereinbarung zu 132g SGB V existieren drei Organisationsformen für GVP: a) Durchführung durch

<sup>8</sup> <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/wp-content/uploads/2020/08/Flyer-Netzwerk-Gespr%C3%A4chsbegleiterinnen-in-Eingliederungshilfe.pdf>

Träger des Stützpunktes:



Gefördert durch:



V.i.S.d.P. Marlies Wegner

**Geschäftsstelle**

Fritzenwiese 117

29221 Celle

Tel.: 05141/21 96 986

Fax: 05141/21 96 988

[info@hospiz-palliativ-nds.de](mailto:info@hospiz-palliativ-nds.de)[www.hospiz-palliativ-nds.de](http://www.hospiz-palliativ-nds.de)



Celle, 12.04.2021

das qualifizierte Personal der Einrichtung, b) Durchführung durch das qualifizierte Personal des Einrichtungsträgers, c) Durchführung in Kooperation mit externen regionalen Anbietern.

### *Problem*

Während der COVID-19 Pandemie waren (und sind) die Angebote der Gesundheitlichen Versorgungsplanung erheblich eingeschränkt oder wurden gänzlich eingestellt. Das betraf und betrifft alle Organisationsformen von GVP, wobei insbesondere der Zugang für einrichtungsexterne Berater\*innen besonders erschwert war und ist. Neue GVP Prozesse wurden v.a. in den Hochphasen der Pandemie kaum initiiert, bereits begonnene Prozesse wurden teilweise in verändertem Format (z.B. als Hofspaziergang, durch Plexiglasscheiben, telefonisch, als Videokonferenz) fortgeführt oder mussten unterbrochen werden. Allerdings zeigt sich, dass GVP-Angebote ausschließlich auf der Basis von Videokonferenzen oder Telefonaten nur selten nachgefragt, mit technischen Hürden versehen und als wenig zielführend und bedarfsorientiert eingeschätzt wurden.

Während den Hochphasen der Pandemie wurde uns zurückgemeldet, dass die Nachfrage nach GVP gestiegen sei. Dieser Umstand wurde dadurch erklärt, dass angesichts der Kontaktbeschränkungen, der Lebensbedrohlichkeit des Virus sowie der Diskussion über begrenzte intensivmedizinische Behandlungskapazitäten die Verunsicherung der Bewohner\*innen groß gewesen sei. Das Fehlen von GVP-Beratungsangeboten wurde daher als sehr schwerwiegend eingeschätzt.

Ein erhöhter GVP-Beratungsbedarf stand einem erheblich eingeschränkten GVP-Angebot gegenüber.

### *Anregungen*

In Pandemiezeiten sollten besonderen Vorkehrungen getroffen werden, um GVP in den Einrichtungen zu ermöglichen. Hier könnten folgende Maßnahmen diskutiert werden:

- Unterstützung und Beratung der Einrichtungen bei der Umsetzung von Hygienekonzepten (z.B. durch die Bereitstellung von Musterkonzepten)<sup>9</sup>
- Bereitstellung einer entsprechenden Infrastruktur, um GVP-Gesprächsbegleiter\*innen den Zugang zu Einrichtungen und die Durchführung von GVP-Prozessen zu ermöglichen
- Sofern durch Bewohner\*innen gewünscht: Einbindung der An- und Zugehörigen in GVP-Beratungen ermöglichen
- Vermeidung von Erwartungsdruck zur Abfassung von Patientenverfügungen und zur Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

---

<sup>9</sup> Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) hat auf diesen Bedarf bereits reagiert und entsprechende Konzepte zur Verfügung gestellt:  
[https://www.nlga.niedersachsen.de/startseite/infektionsschutz/hygiene\\_in\\_stationaren\\_und\\_ambulanten\\_pfl\\_egeeinrichtungen/hygiene-pflegeeinrichtungen-19357.html](https://www.nlga.niedersachsen.de/startseite/infektionsschutz/hygiene_in_stationaren_und_ambulanten_pfl_egeeinrichtungen/hygiene-pflegeeinrichtungen-19357.html)

Celle, 12.04.2021



## Fazit

Die Einführung neuer Maßnahmen ins komplexe deutsche Gesundheitssystem verläuft selten reibungslos; das Auftreten neuer Herausforderungen und die Entwicklung neuer (Zwischen-) Lösungen sind die Regel. Insofern ist es nicht überraschend, dass die Einführung von GVP von Knirschgeräuschen begleitet wird.

Mit diesem Diskussionspapier weisen wir auf die u.E. relevantesten strukturellen Herausforderungen bei der Implementierung von GVP in Niedersachsen hin und geben Anregungen zur Verbesserung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass wir uns bei der Einführung von GVP noch in einer Pionierphase befinden. Das ist gleichermaßen eine Chance wie eine Schwierigkeit.

Umso wichtiger ist es daher, dass die gemachten Erfahrungen ausgetauscht werden, die Akteure miteinander ins Gespräch kommen und im Gespräch bleiben und gemeinsam an der Weiterentwicklung von GVP arbeiten. Wir hoffen, mit diesem Diskussionspapier hierzu einen Beitrag leisten zu können.

Für den Text ist der Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen (LSHPN) verantwortlich. Die Inhalte müssen nicht explizit und in jedem Fall die Positionen der Trägerorganisationen des LSHPN repräsentieren.

Träger des Stützpunktes:



Gefördert durch:



**Geschäftsstelle**

Fritzenwiese 117

29221 Celle

Tel.: 05141/21 96 986

Fax: 05141/21 96 988

[info@hospiz-palliativ-nds.de](mailto:info@hospiz-palliativ-nds.de)

[www.hospiz-palliativ-nds.de](http://www.hospiz-palliativ-nds.de)