

Münchner | Ärztliche Anzeigen

Herausgegeben vom Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband
München, Körperschaft des öffentlichen Rechts

© Min Chiu – shutterstock.com



**Advance Care Planning:
Richtig vorsorgen** | 3

AUS DEM INHALT

Psychotherapie bei Flüchtlingen	6
Begleitung nach einem Amoklauf	8
Neues aus Münchner Kliniken	9
Veranstaltungskalender	12

ZUM THEMA

Advance Care Planning: Richtig vorsorgen

Interview mit Prof. Dr. Claudia Bausewein und Prof. Dr. Georg Marckmann

Die Lebenszeit des Menschen verrinnt schleichend, und keiner denkt gerne an Krankheit und Tod. Doch Untersuchungen zeigen: Ärzte, Patienten und Angehörige profitieren von einer genauen Vorausplanung von Behandlungen für den Fall, dass sie nicht mehr selbst entscheiden können. Was Advance Care Planning (ACP) bringt und wie es umgesetzt werden kann, darüber sprachen die MÄA mit Prof. Dr. Claudia Bausewein, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der Universität München (LMU) und Prof. Dr. Georg Marckmann, Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU.

Frau Prof. Bausewein, Herr Prof. Marckmann, wozu dient Advance Care Planning aus Ihrer Sicht?

Marckmann: Man muss mit den Problemen von konventionellen Patientenverfügungen anfangen: Diese werden nicht häufig genug erstellt, und wenn, dann sind sie oft nicht aussagekräftig genug formuliert, d.h. relevante Entscheidungsszenarien sind nicht abgedeckt. Zudem liegen Patientenverfügungen oft nicht vor, wenn man sie tatsächlich braucht, weil es keine Routinen dafür gibt, wo man die Verfügungen am besten ablegt. Und schließlich werden Patientenverfügungen in der Routine oft nicht angemessen umgesetzt, zum Beispiel weil sie nicht ernst genommen werden oder weil es Vorbehalte gibt, ob der Patient eventuell seine Meinung geändert hat. Solche Vorbehalte gegenüber der Verlässlichkeit sind in manchen Fällen auch berechtigt, denn nicht immer ist klar, ob es sich bei den Festlegungen wirklich um die wohl informierten Wünsche der betroffenen Patienten handelt. Es gibt sehr irritierende Untersuchungen, dass annähernd

hundert Prozent aller Teilnehmer eines Seminars zum Thema Patientenverfügung nach dem Seminar ihre Verfügung wieder ändern wollten. Von Rechts wegen wären diese Verfügungen aber verbindlich gewesen. ACP ermöglicht eine neue Art und Weise, wie Patientenverfügungen verlässlich erstellt und umgesetzt werden können.

Bausewein: Es gibt immer wieder Fälle, in denen nach Meinung von Kollegen das, was in der Patientenverfügung steht, nicht die jetzige klinische Situation widerspiegelt. Patientenverfügungen sind oft sehr allgemein gehalten. Zum Thema Verlässlichkeit habe ich ein gutes, wenn auch extremes Beispiel: Vor Kurzem haben wir eine Patientin bei uns in der Klinik behandelt, die aus Versehen überall dort in der Patientenverfügung ihre Kreuzchen gemacht hatte, wo es um lebensverlängernde Maßnahmen ging – was nicht ihre Absicht war. Als sie ihren Fehler bemerkte, hat sie neue Kreuzchen an anderer Stelle gemacht, sodass das Ganze furchtbar unübersichtlich wurde. Wir haben dann gemeinsam beschlossen, eine neue Verfügung zu erstellen.

Also bräuchten eigentlich fast alle Betroffenen eine Beratung oder Begleitung?

Marckmann: Richtig. Und genau da setzt das Konzept des Advance Care Planning – „Behandlung im Voraus planen“ – an: Es hapert an zwei Stellen: an der Erstellung und an der Umsetzung der Patientenverfügung. Das Konzept hat daher zwei Säulen. Die erste ist eine qualifizierte Gesprächsbegleitung, die Betroffenen angeboten werden muss. Sie soll sicherstellen, dass in der Verfügung die relevanten Entscheidungsszenarien abgedeckt sind und dass die Betroffenen verlässliche, wohl informierte Festlegungen vornehmen. Die zweite Säule ist sicherzustellen, dass in einem regionalen Versorgungssystem alle an der Versorgung eines Patienten Beteiligten darüber informiert sind, dass es eine Patientenverfügung gibt und dass es entsprechende Routinen gibt, wie man mit ihr umgeht. Zusätzlich zur Patientenverfügung braucht es auch eine Notfallplanung, zum Beispiel einen einseitigen Notfallbogen, in dem festgelegt ist, wie man in akut lebensbedrohlichen Krisen behandelt werden möchte. Dieser Notfallbogen muss, zum Beispiel in einem Seniorenheim, sofort auffindbar sein. Der Rettungsdienst muss die Notfallbögen kennen, und die Patientenverfügung muss bei der Einlieferung ins Krankenhaus und bei der Entlassung stets mit dem Patienten „mitgehen“.

Eine Vorausplanung ist heute unverzichtbar: Wir haben immer mehr Patienten, die in der letzten Lebensphase nicht mehr selbst entscheiden können – weil sie etwa eine fortgeschrittene Demenz oder einen Schlagfall oder eine Hirnblutung erlitten haben. In diesen Fällen muss man die Patienten aber trotzdem so behandeln, wie sie das möchten. Und das setzt voraus, dass man die Behandlungswünsche vorher ermittelt und dokumentiert hat. Es gibt also keine Alternative zur Vorausplanung.

Bausewein: Wichtig ist bei ACP aber auch, dass es dabei nicht nur um die Sterbephase geht. Bei einer schweren Erkrankung kann es auch lange vor dem Tod Akutsituationen oder Komplikationen geben. Auch in diesen Fällen ist es wichtig zu wissen, wie man den Patienten bestmöglich behandelt,



Prof. Dr. Claudia Bausewein (Foto: Klinikum der Universität München) und Prof. Dr. Georg Marckmann (Foto: Ludwigs-Maximilians-Universität München)

wenn er selbst nicht entscheidungsfähig ist. Mit ACP kann man sowohl eine akute als auch eine mittellang andauernde oder dauerhafte Entscheidungsunfähigkeit berücksichtigen. Damit ist ACP noch näher am Leben dran als die reine Patientenverfügung, die oft nur den Sterbeprozess oder den endgültigen Verlust der Entscheidungsfähigkeit berücksichtigt.

Ein Beispiel für eine gute Routine kommt aus Neuseeland: Da Patientenverfügungen im Notfall oft nicht gleich auffindbar sind, haben sich die Neuseeländer national darauf geeinigt, diese Dokumente im Kühlschrank aufzubewahren, denn jeder Haushalt hat einen Kühlschrank und jeder Notarzt kann schnell zum Kühlschrank gehen und die Dokumente dort entnehmen. Das ist vielleicht eine schräge Idee, aber sie ist gar nicht so unpraktisch. Es wäre gut, wenn man sich auch in Deutschland auf derartige Standards einigen könnte. Kein Notarzt hat Zeit, erst lange zu suchen.

Ein weiteres Problem bei vielen bisherigen Patientenverfügungen ist folgendes: Bei der bayerischen Patientenverfügung gibt es zum Beispiel ganz vorne Seiten über die Wertvorstellungen des Patienten. Die füllt aber nur sehr selten jemand aus, und zudem erscheint die danach folgende Patientenverfügung oft losgelöst davon. Der ACP-Prozess aber beginnt immer mit den Wertvorstellungen des Patienten: Wie sieht jemand sein Leben? Was ist ihm dabei wichtig? Und das führt dann meist folgerichtig zu den Festlegungen: Was möchte der Patient im konkreten Fall? Dadurch hat man als Arzt einen nachvollziehbaren,

glaubwürdigen Prozess vor Augen. Wenn die Wertvorstellungen gut erhoben sind, sollte die daraus resultierende Patientenverfügung schlüssig sein.

Könnte man nicht einfach die vorhandenen Formulare für Patientenverfügungen verbessern? Was sind die Vorteile eines langwierigen ACP-Prozesses für Ärzte?

Bausewein: Man kann damit besser differenzieren: Wenn ein Patient zum Beispiel einen Herzstillstand erleidet, ansonsten aber noch ganz fit ist und nach einer erfolgreichen Behandlung weiter am Leben teilnehmen kann, ist es etwas anderes als wenn sich aus einer Erkrankung oder einem Unfall eine mittel- oder langfristige Urteilsunfähigkeit ergibt. Im ersten Fall hat er ein hoffentlich vorübergehendes Problem und kann festlegen: In diesem Fall soll alles medizinisch Mögliche für mich getan werden. Im zweiten sieht er dies vielleicht etwas anders. Und diesen Unterschieden ist bei ACP besser Rechnung getragen. Dadurch sind nach einem Beratungs- und Begleitungsprozess erstellte, wohl informierte Verfügungen im Alltag zum Beispiel für Akutmediziner auf Intensivstationen viel besser umsetzbar als das pauschale „Wenn ich mich im Sterbeprozess befinde“ oder „wenn ich eine fortgeschrittene Erkrankung habe“.

Marckmann: Der ACP-Prozess kann auch solche Situationen abdecken, in denen nicht klar ist, was medizinisch das Beste ist. Wenn zum Beispiel ein Patient mit Mitte 80 einen schweren Schlaganfall hat und zwar eine gewisse Erholung möglich ist, gewisse

Einschränkungen aber sicher bleiben werden, weiß ein Arzt oft nicht, ob er lebensverlängernd behandeln soll oder nicht. Und dann ist es eine große Hilfe, wenn er weiß, dass sein Patient für diesen Fall festgelegt hat, dass nichts mehr zur Lebensverlängerung getan werden soll oder dass er anders herum auch eine relativ kleine Chance zur Erholung nutzen möchte. Daher erleichtert eine wohl informierte Vorausplanung den Ärzten die Entscheidung. Sie ist zudem eine Entlastung für die Angehörigen. Empirische Studien belegen, dass Angehörige, die ja regelhaft bei den Planungsgesprächen dabei sein sollen, die letzte Lebensphase der Patienten nach einer ACP-Beratung als weniger belastend erleben. Das ist auch wenig überraschend, da sie diese Situation schon einmal durchdacht und mit den Betroffenen selbst durchgesprochen haben. Wenn man weiß, dass es der Wunsch des Betroffenen war, kann man sein Sterben besser akzeptieren.

Wie weit ist ACP in Deutschland und speziell in München schon umgesetzt?

Marckmann: Auch hier muss man bereits vorher ansetzen. ACP wurde ursprünglich vor gut zwanzig Jahren in den USA entwickelt und hat sich dann vor allem im englischsprachigen Raum weiter verbreitet – in Kanada, Australien und Neuseeland. 2008 gab es in Deutschland das erste ACP-Pilotprojekt, allerdings nicht in Bayern, sondern im nordrhein-westfälischen Grevenbroich. Damals haben wir mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) versucht, das Konzept auf Deutschland zu übertragen. Natürlich

ÄKBV-Mitgliederbefragung 2016: Bitte nehmen Sie teil!

Unsere Mitgliederbefragung 2016 läuft!

Mit der letzten Ausgabe der Münchener Ärztlichen Anzeigen haben Sie den Fragebogen erhalten. Wir bitten Sie herzlich, diesen Fragebogen auszufüllen und per Post im kostenlosen Rückumschlag oder per Fax bis zum 11. November 2016 zurückzusenden. Sie können aber auch an unserer Online-Befragung teilnehmen unter: www.iqme.de/aekbv-monitor.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Ihr ÄKBV**



musste man dabei erst einmal verschiedene Dinge anpassen: Wie die Gespräche ablaufen, wie die Dokumente gestaltet werden. In diesem Projekt konnten wir nachweisen, dass das Konzept auch in Deutschland funktioniert: Man erhält mehr Vorausplanungen, die aussagekräftiger und verlässlicher sind und damit bei konkreten Entscheidungen Orientierung bieten. Als zentraler Bestandteil des Projekts wurde nicht-ärztliches Personal geschult, eine Gesprächsbegleitung zur Erstellung von Vorausverfügungen durchzuführen.

Nach dem erfolgreichen Abschluss des Pilotprojekts wollten wir das Konzept in Deutschland weiter verbreiten und haben daher im letzten Jahr den ACP-Weltkongress nach München geholt. Parallel dazu haben wir versucht, die Politik für das Thema zu gewinnen, denn schließlich muss es auch politische Rahmenbedingungen zur Umsetzung und Finanzierung geben. Mit Erfolg: Seit Ende letzten Jahres gibt es einen neuen Paragraphen im fünften Sozialgesetzbuch, den §132g SGB V, der es stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen in Deutschland ab 2017 ermöglicht, eine Gesprächsbegleitung zur Erstellung von Patientenverfügungen anzubieten – mit Geldern der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine nationale Task Force bei der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erarbeitet aktuell fachliche Standards für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

In der Zwischenzeit sind bundesweit viele kleine „Nester“ entstanden, in denen sich einzelne regionale ACP-Projekte entwickeln. In München haben wir einen Arbeitskreis ins Leben gerufen, der die verschiedenen lokalen ACP-Initiativen koordinieren soll, um regional möglichst einheitliche Verfahren, Dokumente und Standards zu etablieren. Schließlich wechseln die Patienten ja innerhalb einer Region immer wieder zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen.

Bausewein: Innerhalb unseres Münchner Netzwerks warten wir derzeit noch auf die Empfehlungen der bundesweiten Task Force. Die Task Force hat große Teile der Standards schon formuliert und ist jetzt dabei, einen Vorschlag für bundesweit einheitliche Dokumente zu entwickeln. Außerdem entwickelt sie ein Curriculum für die Gesprächsbegleiter, damit diese nach einheitlichen Standards ausgebildet werden.

Links und Literatur

Die Termine der Schulungen für Gesprächsbegleiter an der Christophorus Akademie finden Sie hier:

www.christophorus-akademie.de/kursangebot/vernetzen/beraterschulungen/advance-care-planning

Literatur zum Thema:

- J. in der Schmitt, F. Nauck, G. Marckmann. Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. *Z Palliativmed* 2016; 17: 177–195
- Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J (Hrsg.). *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2015

Wer kann, sollte oder könnte denn ACP-Beratungsgespräche durchführen?

Marckmann: Als wir angefangen haben, dachten wir, dass dies Ärzte oder Ärztinnen übernehmen sollten. Wahrscheinlich ist das aber nicht zu leisten, denn in unserem Pilotprojekt dauerten die Gespräche von der ersten Kontaktaufnahme bis zum fertigen Dokument im Mittel 100 Minuten. Das wäre viel zu teuer – und auch nicht erforderlich. Denn es hat sich international bewährt, eigens dafür geschultes nicht-ärztliches Personal mit der Gesprächsbegleitung zu betrauen. Das können Sozialarbeiter, Psychologen oder Pflegenden sein, die dann natürlich eng mit dem ärztlichen Personal zusammenarbeiten müssen. In einem Pflegeheim sollte der Hausarzt involviert sein und am Ende das entstandene Dokument prüfen und unterzeichnen. In einer Klinik müsste das entsprechend ein Klinikarzt übernehmen.

Bausewein: Aus meiner Sicht kommt der akutmedizinische Bereich bis jetzt noch ein wenig zu kurz. Das ist aber der Bereich, den wir Palliativmediziner gut kennen, weil wir über den palliativmedizinischen Dienst bereits viele Beratungen zu Patientenverfügungen durchführen und auch die Defizite kennen. Da zu unserer Klinik auch die Christophorus Akademie gehört, können wir dort ab dem nächsten Jahr drei Schulungen für künftige Gesprächsbegleiter anbieten (<http://www.christophorus-akademie.de/kursangebot/vernetzen/beraterschulungen/advance-care-planning>). Um Gesprächsbegleiter zu werden, müssen dann aber noch 20 Be-

gleitungen dokumentiert werden, von denen sechs supervidiert sein müssen.

Wer darf an einer solchen Schulung teilnehmen?

Bausewein: Ärzte können und dürfen das natürlich immer. Ansonsten sollte es jemand mit einer Ausbildung im Gesundheitsbereich sein, denn es braucht eine Grundqualifikation. Meine Mitarbeiter sagen, sie können sich nicht vorstellen, dass jemand ohne palliativmedizinische Erfahrung ein solches Gespräch durchführen kann. Denn manchmal gibt es sehr spezifische Fragen. Wenn Sie jemanden mit einer COPD, einer Herzinsuffizienz und dann noch einem Tumor haben, brauchen Sie diese Erfahrung.

Im Alten- und Pflegeheim sieht eine solche Beratung aber womöglich anders aus als bei uns im akutmedizinischen Bereich.

Und wie geht es weiter?

Bausewein: Das Bundesministerium für Gesundheit hat über das Hospiz- und Palliativgesetz die Einfügung des § 132g SGB V in Angriff genommen. Die konkrete Umsetzung wird gerade zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und den Trägerverbänden der Einrichtungen ausgehandelt. Leider sind die Allgemeinmediziner in Deutschland bis jetzt nicht so an dem Thema interessiert, wie wir das gerne gehabt hätten. Dafür interessieren sich aber die Palliativmediziner sehr stark dafür, weil sie sowieso viele Beratungen in diesem Bereich durchführen.

Marckmann: In München brauchen wir eine gute Vernetzung der verschiedenen

Akteure. Wir brauchen den ÄKBV genauso wie die Vertreter der Caritas, der Inneren Mission und anderer Pflegeheimbetreiber, der Kliniken, des Münchner Hospiz- und Palliativnetzes. Intensivmediziner sind

ebenso zu beteiligen wie Palliativ- und Notfallmediziner. In unserem Münchner Arbeitskreis bereiten wir diese Vernetzung vor, um die Vorausplanung effektiv in der regionalen Versorgung zu implementie-

ren. München könnte in dieser Hinsicht vielleicht sogar eine Vorreiterrolle innerhalb Deutschlands einnehmen.

Das Gespräch führte Stephanie Hügler

Psychotherapie bei Flüchtlingen: Tipps zur Begutachtung ÄKBV-Veranstaltung stieß auf großes Interesse

Sehr gut besucht war die ÄKBV-Veranstaltung „Anträge auf Psychotherapie und Vorgehensweisen bei erwachsenen Flüchtlingen“ am 21. September.

Dr. Sibylle von Bibra leitete sie mit Informationen dazu ein, welche Aufgaben der Ausschuss für Menschenrechtsfragen des ÄKBV bei der ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen in München wahrnimmt. Sie berichtete, dass sich derzeit ca. 5.800 erwachsene Flüchtlinge in den Übergangseinrichtungen befinden. Bei einer zu erwartenden Zahl von 20 bis 40 Prozent krankhaften Traumatisierungsfolgen – also zwischen 1.160 und 2.320 Personen – liegt die Zahl der bisher gestellten Anträge auf Psychotherapie nur im Bereich von ein bis zwei Prozent.

Diplom-Psychologin Michaela Müller stellte anschließend ausführlich die Vorgehensweise dar, die das Sozialreferat München fordert. Diese Regelung gilt für die Flüchtlinge in den Übergangseinrichtungen, solange sie noch nicht in der Regelversorgung sind. Die Regelversorgung beginnt nach 15 Monaten. Um vorher eine Versorgung zu erhalten,

1. muss sich der traumatisierte Flüchtling von seinem Sachbearbeiter beim Sozialreferat einen Krankenschein für seinen Hausarzt holen.
2. Dieser schreibt dann eine Überweisung an den Psychiater. Dazu muss sich der Flüchtling beim Sachbearbeiter erneut einen Krankenschein holen.
3. Der Psychiater schreibt eine Überweisung für eine Psychotherapie, mit der sich der Asylsuchende dann beim Psychotherapeuten melden kann.
4. Der Antrag auf Kostenübernahme einer

Psychotherapie nach fünf probatorischen Sitzungen muss vom Psychotherapeuten, Psychiater, Arzt für Psychotherapie oder Arzt für Psychosomatik an den Sachbearbeiter des Sozialreferats übermittelt werden.

5. Je nach Sachlage übergibt der Sachbearbeiter ihn zur weiteren Prüfung an das Gesundheitsreferat.
6. Das Gesundheitsreferat wird, je nach Aktenlage, den Flüchtling zur weiteren Überprüfung noch einmal einbestellen.
7. Erst dann gibt es eine Bewilligung für diese Psychotherapie.
8. Falls ein Dolmetscher benötigt wird, kann der Bedarf im Antragsgutach-

ten angeführt werden. Die Bezahlung übernimmt das Amt für Wohnung und Migration. Dolmetscher können beim Zentrum für Transkulturelle Medizin angefragt werden.

Dieser aufwändige und komplizierte Weg wurde unter Moderation von Dr. Emmi Auch rege diskutiert. Ein weiteres Gespräch mit dem RGU über mögliche Erleichterungen bzw. Beschleunigungen ist geplant. Die Teilnehmer waren sehr engagiert. Viele äußerten den Wunsch, weiterhin in Kontakt zu bleiben, um neue Informationen zu erhalten.

Dr. Sibylle von Bibra

Stabwechsel in der Arztpraxis für wohnungslose Menschen

Am 20. Oktober 2016 wurde Dr. Barbara Peters-Steinwachs (67) nach über 20-jähriger Tätigkeit als Ärztin der Allgemeinärztlichen Praxis für wohnungslose Menschen im Haus an der Pilgersheimer Straße des Katholischen Männerfürsorgevereins München e. V. (KMFV) in den Ruhestand verabschiedet. Ihre Nachfolge tritt Dr. Thomas Beutner (51) an.

Seit 1996 war Dr. Barbara Peters-Steinwachs in der Praxis im Haus an der Pilgersheimer Straße tätig. Als niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin übernahm sie 1999 alleine die Arztpraxis, die sie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung freiberuflich betrieb. Mit hoher Einsatzbereitschaft und großem persönlichen Engagement hat sich Dr. Peters-Steinwachs für die gesundheitlichen Belange wohnungsloser Menschen eingesetzt. Versicherte und Nichtversicherte

wurden von ihr gleichermaßen behandelt. Des Weiteren war Dr. Peters-Steinwachs wesentlich an der Entstehung der Münchner Straßenambulanz beteiligt, die Anfang 1997 ins Leben gerufen wurde. Zusammen mit einem Krankenpfleger des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder fuhr sie mit dem Arztmobil drei Mal wöchentlich in den Abendstunden unterschiedlichste Plätze in München an, um dort Obdachlose zu behandeln. Die Straßenambulanz ist dabei zu einem wichtigen Bestandteil der

**Bitte nehmen Sie an der ÄKBV-Mitgliederbefragung teil!
Einsendeschluss: 11. November 2016**