



## **Handreichung der AG Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Palliative Inhalte in der Weiterbildung: Berater:in zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V**

### **1. Einleitung**

Die Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) für die letzten Lebensphase nach Paragraph 132g SGB V soll Personen befähigen, selbstbestimmt über die eigene Versorgung am Lebensende entscheiden zu können (Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, 2015, S. 30). Die zu beratende Person „soll in die Lage versetzt werden, ihre individuellen Versorgungs- und Behandlungspräferenzen für das Lebensende zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln.“ (GKV Spitzenverband et al, 2017, S. 6). Dabei wird sie von speziell qualifizierten Berater:innen unterstützt.

Die Berater:innen müssen eine spezifische Weiterbildung absolvieren und eine Grundqualifikation in einem einschlägigen Beruf mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung nachweisen. Die Qualifikationsanforderungen an die Berater:innen sind durch die **Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017**, der sogenannten „Rahmenvereinbarung“, vorgegeben (GKV Spitzenverband et al., 2017). Darin werden Kompetenzen beschrieben, die die Teilnehmenden der Weiterbildung erwerben sollen. Die Inhalte der Weiterbildung werden nicht konkret ausformuliert. Einige der beschriebenen Kompetenzen fallen in den Bereich von Palliative Care.

**Mit dieser Handreichung möchten wir detaillierter beschreiben, welche Inhalte und Kompetenzen aus dem Bereich Palliative Care (PC) den Teilnehmenden der Weiterbildung vermittelt werden sollten.** Diese Empfehlung beruht auf dem Wissen erfahrener Expert:innen der interdisziplinären Arbeitsgruppe Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Lehrende der PC Qualifizierung und der Weiterbildung nach § 132g SGB V und ärztliche und pflegerische Praktiker:innen in beiden Feldern). Die Handreichung richtet sich an Ausbildungsinstitute, die eine Weiterbildung zur Ge-

Handreichung der AG Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin  
„Palliative Inhalte in der Weiterbildung: Berater:in zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V“  
Stand: 17.06.2025

gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V anbieten. Sie kann Vertreter:innen der Krankenkassen bei der Prüfung der Anerkennung der Weiterbildung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V unterstützen und Personen, die die Weiterbildung absolvieren möchten, als Orientierungshilfe dienen.

## 2. Rahmenbedingungen dieser Empfehlung

Diese Empfehlung bezieht sich auf einen Querschnittsbereich zwischen gesundheitlicher Versorgungsplanung und PC. Dementsprechend bilden die Rahmenvereinbarung einerseits und die Curricula für PC andererseits die Grundlage dafür.

Die Rahmenvereinbarung beschreibt anhand von fünf Lernfeldern, welche Kompetenzen die künftigen GVP-Berater:innen im Laufe der Weiterbildung erwerben sollen. Zwei der fünf Lernfelder stellen schwerpunktmäßig Kompetenzen im Bereich PC dar:

Im **Lernfeld 2 (Kenntnisse zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten)** werden folgende Kompetenzen von den Teilnehmenden erwartet:

*können im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit den Leistungsberechtigten – bezogen auf deren individuelle Situation und jeweilige altersspezifische Bedürfnisse – Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase erörtern (GKV Spitzenverband et al, 2017, S. 15).*

Im **Lernfeld 3 (Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen)** werden folgende Kompetenzen erwartet:

*setzen sich mit den Möglichkeiten der Versorgung am Lebensende (z.B. der Inanspruchnahme von / oder dem Verzicht auf intensivpflegerische, lebensverlängernde, palliative Maßnahmen) auseinander. Sie sind sich ihrer eigenen Werte bezüglich Leben, Sterben und schwerer Erkrankung sowie ihrer Bewertung bestimmter gesundheitlicher Situationen und medizinisch-pflegerischer Behandlungsstrategien bewusst (GKV Spitzenverband et al, 2017, S. 16).*

Die Rahmenvereinbarung bezieht sich bei der Festlegung der geforderten Kompetenzen auf den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o. J.).

Curricula für PC beziehen sich auf die interdisziplinären Kernkompetenzen der Palliativversorgung nach EAPC (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, o. J.). Diese wurden für den deutschen Raum und auf den DQR bezogen in der kompetenzbasierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von

Handreichung der AG Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin  
„Palliative Inhalte in der Weiterbildung: Berater:in zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V“  
Stand: 17.06.2025

Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin (KoM-PaC) aufgearbeitet (Fachreferat Curricula der Arbeitsgruppe Bildung, 2017).

Die Arbeitsgruppe Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat sich in dieser Handreichung bewusst auf die *palliativen Inhalte* der Weiterbildung zum/zur Berater:in für die gesundheitliche Versorgungsplanung konzentriert. Selbstverständlich erfordert die Tätigkeit als GVP-Berater:in eine ebenso gründliche Kenntnis der lebensverlängernden und lebenserhaltenden Versorgungsmöglichkeiten. Durch die Konkretisierung für den palliativen Bereich soll nicht der Eindruck einer inhaltlichen Gewichtung entstehen.

### 3. Begründung der Empfehlung

Die Rahmenvereinbarung beschreibt in § 2 als Zielsetzung der Beratung Folgendes:

*Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase soll den Leistungsberechtigten bezogen auf ihre individuelle Situation ermöglicht werden, Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität, Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase zu entwickeln und mitzuteilen. (...) Außerdem sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung sowie zur möglichen psychosozialen Versorgung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase aufgezeigt werden (GKV Spitzenverband et al, 2017, S. 3).*

Die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung ist also eine verantwortungsvolle und komplexe Tätigkeit: die Berater:innen sollen einerseits Informationen zu den Versorgungsmöglichkeiten vermitteln, andererseits aber einen individuellen Reflexionsprozess über Werte, Vorlieben und Präferenzen ergebnisoffen und nicht-direktiv unterstützen. Hierfür benötigen sie sowohl inhaltliche Kenntnisse über die Versorgungsmöglichkeiten als auch ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und Selbstreflexion.

Folgende konkrete Anforderungen ergeben sich daraus für die Inhalte der Weiterbildung:

- GVP-Berater:innen müssen erklären können, was PC beinhaltet, sowie Ziel und Auftrag von PC und den multiprofessionellen und mehrdimensionalen Ansatz erklären können.
- Sie müssen die Strukturen und Versorgungsformen der PC kennen und diese erklären können. Einerseits ist dies die Grundlage der Informationsvermittlung an die zu beratende Person über die Möglichkeiten der Versorgung am Lebensende, andererseits beruht die für die Umsetzung der Versorgungswünsche notwendige Vernetzungsarbeit auf dieser Systemkenntnis.

- Das Wissen über die Möglichkeiten der Linderung belastender Symptome in allen vier Dimensionen und die Begleitung der An- und Zugehörigen ist oft Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod. Die Beschäftigung damit kann Angst und Sorgen vor dem Lebensende und Sterben reduzieren helfen. GVP-Berater:innen müssen der zu beratenden Person die Dimensionen palliativen Handelns laienverständlich erklären können.
- Die Begrifflichkeiten der Sterbehilfe sowie die ethischen und rechtlichen Grundlagen sind grundlegend für die Beratung zu Fragen rund um das Lebensende im Kontext medizinischer Versorgung. GVP-Berater:innen müssen diese kennen und sicher anwenden können.
- Die Berater:innen sollten der zu beratenden Person und/oder An- und Zugehörigen und rechtlichen Vertreter:innen bei Bedarf erklären können, wie die letzte Lebensphase und das Sterben verlaufen können und mit welchen Symptomen zu rechnen ist.
- „Zielsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist die Ermöglichung und Unterstützung einer selbstbestimmten Entscheidung über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen.“ (GKV Spitzenverband et al., 2017, S. 3). Die Grundlage selbstbestimmter Entscheidungen ist, dass in der Beratung keine Beeinflussung stattfindet. Für die dafür notwendige nicht-direktive Beratungshaltung ist eine Selbstreflexion eigener Werthaltungen, Ängste und Vorstellungen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit essentiell, um in empathischer Weise mit der zu beratenden Person über Tod und Sterben sprechen zu können. GVP-Berater:innen sollten die Gefühle der zu beratenden Person bei der Auseinandersetzung mit diesen Fragen aushalten und zur Sprache bringen können, ohne von eigenen Gefühlen beeinflusst zu werden.
- Für die Dokumentation palliativer Versorgungswünsche sollten ggf. Besonderheiten beachtet werden. Die Berater:innen sollten die geäußerten Behandlungs- und Versorgungswünsche für alle Dimensionen palliativen Handelns nachvollziehbar und verständlich dokumentieren können.
- Um die Versorgenden rechtzeitig über die im GVP-Prozess bekannt gewordenen Versorgungswünsche informieren zu können, sollten GVP-Berater:innen intern und extern vernetzen können. Dies dient u.a. der Sicherung der Versorgung nach den Wünschen im akuten Notfall, wenn rasch gehandelt werden muss. Wenn z.B. durch die GVP-Beratung bekannt wird, dass eine Person keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr wünscht oder nicht mehr in einem Krankenhaus behandelt werden möchte, kann die palliative Versorgung auf der Grundlage eines Netzwerkes vorausschauend gebahnt werden.
- Die künftigen Berater:innen sollten dafür sensibilisiert werden, dass sie immer dann, wenn sie in einem Bereich oder zu einem bestimmten Aspekt nicht über ausreichende Kompetenzen

verfügen, Unterstützung durch andere Fachkräfte hinzuziehen können. Als Beispiel seien Berater:innen genannt, die bei Fragen zu Bestattungsformen und -möglichkeiten in die Beratung eingebunden werden können.

#### **4. Inhalt und Aufbau der Empfehlung**

Diese Empfehlung beinhaltet detaillierte Beschreibungen der Kompetenzen, die die Berater:innen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V im Bereich der PC erwerben sollten.

Diese Kompetenzen sind in sechs Themenfeldern tabellarisch zusammengefasst:

- I. Definition von PC
- II. Strukturen und Organisation von PC in Deutschland und in der Einrichtung
- III. Versorgungsmöglichkeiten und Dimensionen von palliativem Handeln
- IV. Begrifflichkeiten und rechtliche Grundlagen zur Sterbehilfe, Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung
- V. Umgang mit Sterben und Tod
- VI. Dokumentation

Innerhalb der sechs Themenfelder erfolgt eine Binnendifferenzierung nach dem DQR in *Fachkompetenz (Wissen und Fertigkeiten)* und *personale Kompetenz (Sozialkompetenz und Selbstkompetenz)*.

Dabei beinhalten die personalen Kompetenzen die Entwicklung von Rollenklarheit und eigener Haltung sowie die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit.

Die Themenfelder wurden spezifisch für die Empfehlung entwickelt und den Lernfeldern der Rahmenvereinbarung und den Kernkompetenzen der KoMPaC zugeordnet. Dabei sind nur Teile der in der KoMPaC beschriebenen Kompetenzen für GVP-Berater:innen relevant.

Die empfohlenen Themenfelder können je nach Ausgestaltung des Weiterbildungsinstitutes individuell in den jeweiligen Lehrgang eingegliedert werden. Sie sind mitunter Bestandteil mehrerer Lernfelder der Rahmenvereinbarung.

Am Ende der Handreichung findet sich eine kurze Übersicht über weiterführende Informationsquellen zum Thema Palliative Care für Lehrende und GVP-Berater:innen.

## 5. Empfehlung zu den Inhalten der Weiterbildung

	Fachkompetenz		Personale Kompetenz			
Bereich	Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstkompetenz	Lernfelder der RV*	Kernkompetenzen KoM-PaC**
	Teilnehmende kennen...	Teilnehmende können...	Teilnehmende berücksichtigen, dass ...	Den Teilnehmenden ist bewusst, dass...		
<b>I. Definition von Palliative Care</b>	<p>die Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2020) und der Internationalen Gesellschaft für Hospiz und Palliative Care (Radbruch et al., 2020)</p> <p>Ziele und Auftrag von palliativer Versorgung</p> <p>zentrale Begrifflichkeiten wie Lebensqualität und Symptom- / Leidenslinderung</p> <p>den multiprofessionellen und mehrdimensionalen Ansatz palliativer Versorgung</p>	<p>für Laien verständlich erklären, was palliative Versorgung ist</p> <p>Ziele und Aufgaben von PC darstellen</p> <p>den Wissensstand der zu beratenden Person ermitteln und in die Beratung einbeziehen</p>	<p>die zu beratenden Personen mit sehr unterschiedlichem Wissens- und Kenntnisstand in die Beratung gehen</p> <p>die zu beratende Person Mittelpunkt der Beratung ist</p> <p>Verbesserung und Erhalt der Lebensqualität am Lebensende das oberste Ziel der palliativen Versorgung ist</p>	<p>die palliative Versorgung andere Ziele und Aufgaben als die kurative Medizin hat</p> <p>die palliative Versorgung nach Wünschen und Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet wird</p>	2	1, 9

<p><b>II. Strukturen und Organisation von Palliative Care in Deutschland und in der Einrichtung, in der die GVP angeboten wird</b></p>	<p>Strukturen und Zuständigkeiten im ambulanten und stationären Bereich (Palliativstation, SAPV, AAPV, Hospiz, Hospizdienst u.a.)</p> <p>Auftrag, Umfang und Ziele der einzelnen Versorgungsformen</p> <p>Zugangsvoraussetzungen, Kostenträger und Versorgungsmodalitäten der jeweiligen Versorgungssettings</p> <p>Aufgaben der Berufsgruppen im multiprofessionellen Team</p> <p>Strukturen palliativer Versorgung und Kultur in der eigenen Einrichtung</p>	<p>Versorgungsmöglichkeiten für Laien verständlich darstellen</p> <p>Möglichkeiten der Versorgung auf die Situation der zu beratenden Person beziehen</p> <p>Netzwerkpartner:innen in der Region und in der Einrichtung identifizieren und einbeziehen</p> <p>Wege der Vernetzung in der Region und in der Einrichtung erarbeiten</p> <p>GVP in ein eventuell vorhandenes PC-Konzept der Einrichtung integrieren, in der die zu beratende Person lebt</p>	<p>die eigene Tätigkeit in das umgebende Setting eingebettet werden muss</p> <p>die Ergebnisse der GVP-Beratung nur durch Vernetzung konkret umgesetzt werden können</p>	<p>PC auf unterschiedlichem Wege je nach notwendiger Intensität der Versorgung gestaltet werden kann</p> <p>sie in ihrer Rolle als GVP-Berater:in eine Lotsenfunktion für die künftige Versorgung innehaben</p>	<p>2, 4, 5</p>	<p>1, 8</p>
<p><b>III. Versorgungsmöglichkeiten und Dimensionen palliativen Handelns</b></p>	<p>das Total Pain Konzept</p> <p>den mehrdimensionalen Ansatz (medizinisch, pflegerisch, psychosozial, spirituell)</p>	<p>Möglichkeiten der Versorgung für Laien verständlich darstellen</p> <p>erklären, wie PC begleitend arbeitet und die</p>	<p>die zu beratende Person Ängste und Sorgen bei der Auseinandersetzung mit der Versorgung am Lebensende haben könnte</p>	<p>sich die Dimensionen gegenseitig bedingen können</p>	<p>2, 3, 4</p>	<p>1, 2, 4, 6</p>

	<p>zur Linderung von Symptomen am Lebensende in allen Dimensionen und zur Begleitung Sterbender</p> <p>die palliative Sedierung als Möglichkeit, unerträgliches Leid zu lindern, wenn die übrigen Maßnahmen nicht ausreichen</p> <p>die Wichtigkeit und Möglichkeiten der Einbeziehung An- und Zugehöriger</p>	<p>verschiedenen Bereiche abdeckt</p> <p>Sorgen und Ängste der zu beratenden Person vor belastenden Symptomen am Lebensende erkennen</p>	<p>die palliative Versorgung eine umfassende Leidenslinderung in allen Bereichen anstrebt und dafür verschiedene Berufsgruppen hinzugezogen werden können</p>	<p>dass ein eventuell durch den/die Berater:in empfundener Versorgungsbedarf nicht unbedingt dem empfundenen Bedarf der sterbenden Person entspricht</p>		
<p><b>IV. Begrifflichkeiten zur Sterbehilfe, Therapiezieländerung, Therapiebegrenzung und deren rechtliche Grundlagen</b></p>	<p>die Begriffe zur Sterbehilfe nach Empfehlung des nationalen Ethikrates:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterben lassen</li> <li>- Therapien zum Lebensende</li> <li>- Beihilfe zur Selbsttötung / assistierter Suizid</li> <li>- Tötung auf Verlangen</li> </ul> <p>die rechtlichen Rahmenbedingungen der Sterbehilfe in Deutschland</p>	<p>die Unterschiede der Begriffe zur Sterbehilfe allgemeinverständlich erklären</p> <p>erklären, was in Deutschland erlaubt ist und was nicht</p> <p>allgemein verständlich darstellen, was Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung bedeuten</p>	<p>Begriffe zu Sterbehilfe und Therapiezieländerung nicht allgemein bekannt sind und es rechtliche Unsicherheit bei Gesprächspartner:innen geben kann</p> <p>die zu beratende Person ermutigt werden soll, ihre Bedürfnisse zu formulieren</p> <p>Einstellungen und Werte der zu beratenden Person durch den Lebensverlauf (Biogra-</p>	<p>jede Person eigene Vorstellungen dazu hat und diese im Gespräch herausgearbeitet werden sollten</p> <p>die Gefahr besteht, eigene Werthaltungen in die Beratung einfließen zu lassen</p>	2, 3	7

	<p>die Bedeutung von Therapiezieländerungen und Therapiebegrenzung</p> <p>(Falls nicht im Weiterbildungsabschnitt zu „Ethische Grundlagen“ enthalten:</p> <p>Grundlagen zu Indikation, Wille, 2-Säulen-Modell, Therapieziel und Prognose)</p>	<p>ethische Fragestellungen erkennen</p> <p>Sterbewünsche / Todeswünsche wahrnehmen, ansprechen und bei Bedarf weitere Gesprächspartner:innen / Unterstützungsangebote vermitteln</p>	<p>nie, Lebenserfahrungen, Erfahrungen von Krankheit, Spiritualität, kulturelle Prägung) geprägt sind</p>			
<p><b>V. Umgang mit Sterben und Tod</b></p>	<p>Vorgänge und Abläufe in der Sterbephase und beim Sterben</p> <p>Möglichkeiten der Bestattung</p>	<p>über Sterben und Tod sprechen</p> <p>Vorgänge in der Sterbephase und beim Sterben für Laien verständlich darstellen</p> <p>Bestattungsmöglichkeiten kultursensibel darstellen</p> <p>mit herausfordernden Gefühlen der Gesprächspartner:innen umgehen</p> <p>die je individuellen Vorstellungen von Sterben</p>	<p>sich viele Menschen scheuen, diese Themen von sich aus anzusprechen und ein Gesprächsangebot dankbar annehmen</p> <p>manche Menschen nicht über diese Themen sprechen möchten</p> <p>jede Person individuell mit Krisen- und Verlustereignissen umgeht</p> <p>jede Person eigene Vorstellungen von Sterben und Tod hat</p>	<p>eine eigene Auseinandersetzung mit Sterben und Tod sowie Ängsten und Betroffenheit essentiell ist</p> <p>eigene Verlust- und Trauererfahrungen in der Beratung wirksam werden können</p> <p>die Grundlage für das Gespräch über Sterben und Tod eine offene,</p>	<p>1, 2, 3, 4</p>	<p>1, 5</p>

		und Tod im Gespräch herausarbeiten	<p>die soziale Umgebung eine wichtige Rolle beim Umgang mit Krisen spielt und auch eine Ressource sein kann</p> <p>das Sprechen über die Versorgung am Lebensende für die zu beratende Person und ihre An- und Zugehörigen individuell bedeutsam ist und belastend sein kann</p>	<p>zugewandte, empathische Gesprächshaltung ist</p> <p>das Sprechen über Sterben und Tod eigene Gefühle hervorrufen und für die Berater:in belastend sein kann</p> <p>es wichtig ist, die Gefühle der zu beratenden Person anzuerkennen, auszuhalten und nicht zu ändern oder abzuerkennen</p> <p>Mitaushalten und Schweigen wichtig sein können</p> <p>manche Wünsche auch unerfüllt bleiben</p>		
<b>VI. Dokumentation</b>	Möglichkeiten der Dokumentation von Versorgungswünschen am Lebensende und in einer palliativen Situation (Willensäußerung,	Behandlungs- und Versorgungswünsche für alle Dimensionen palliativen	die geäußerten Behandlungs- und Versorgungswünsche zur palliativen Versorgung nach Wunsch der zu beratenden Person an Dritte	insbesondere die in einem Notfallbogen verschriftlichten Willensäußerungen erhebliche Konsequenzen haben	3, 5	

	Wertanamnese, Patientenverfügung, Notfallbogen, Krisenplan, Behandlungsplan u.a.)	Handelns nachvollziehbar und verständlich dokumentieren  erkennen, wenn sich aus den Willensäußerungen konkreter Handlungsbedarf ergibt, um die Versorgung vorausschauend auch für Krisen und akute Symptomatik sicherzustellen  Ansprechpartner:innen identifizieren und vernetzen, die diese konkrete Versorgung organisatorisch umsetzen	weitergeben werden können, damit danach eine konkrete Planung erfolgen kann  nicht jede Person die Ergebnisse der Gespräche verschriftlichen möchte	und die Beratung und Dokumentation sehr sorgfältig erfolgen muss		
--	---	---	---	--	--	--

\*RV = Rahmenvereinbarung (GKV Spitzenverband et al., 2017, S. 15–17)

§ 12 (8) Die Weiterbildung beinhaltet im theoretischen Teil folgende Lernfelder:

1. Einführung in die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
2. Kenntnisse zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten
3. Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen

Handreichung der AG Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

„Palliative Inhalte in der Weiterbildung: Berater:in zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V“

Stand: 17.06.2025

4. Kommunikation in Beratungsgesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

5. Dokumentation und Vernetzung

**\*\* Kernkompetenzen von Palliative Care nach KoMPaC** (Fachreferat Curricula der Arbeitsgruppe Bildung, 2017)

1. Die Kernbestandteile von Palliative Care unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen anwenden.
2. Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern.
3. Den psychischen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
4. Den sozialen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
5. Den spirituellen und existenziellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
6. Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten in Bezug auf Versorgungsziele reagieren.
7. Auf die Herausforderungen der klinischen und ethischen Entscheidungsfindung in Palliative Care reagieren.
8. Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit umsetzen.
9. Interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten angemessen in Bezug auf Palliative Care entwickeln.
10. Selbstgewahrsein und fortlaufende professionelle Entwicklung.

## 6. Abschließende Bemerkungen

Die Grundhaltung der palliativen Arbeit findet sich auch in der Haltung der Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V wieder. Das Sterben wird als Teil des Lebens anerkannt. Ziel der vorausschauenden Planung ist es, ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen (Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, 2015). Wünsche und Ziele der zu beratenden Person stehen im Zentrum, Sterben und Tod werden offen thematisiert. Die GVP-Beratung ist ebenso wie die PC auf alle Dimensionen des menschlichen Lebens bezogen und nicht ausschließlich auf medizinische Fragen (Albrecht, 2015, S. 5, 6; GKV Spitzenverband et al, 2017).

Im Unterschied zur GVP-Beratung ist die PC aber eher handlungsorientiert und wird meistens bei bereits eingetretenem Versorgungsbedarf in Anspruch genommen. Das Angebot der GVP-Beratung ist unabhängig von einer tatsächlich vorhandenen Erkrankung. Teilnehmende von Weiterbildungen im Bereich PC sollen das dort erlernte Wissen in der Patientenversorgung anwenden können, während GVP-Berater:innen nicht die konkrete Anwendung der Maßnahmen beherrschen müssen. Der Fokus liegt hier auf der laienverständlichen Darstellung der Möglichkeiten und der Begleitung bei der Reflexion von Werten und Präferenzen im Sinne einer Prozessbegleitung. Für Teilnehmende der GVP-Weiterbildung ist die aktive Auseinandersetzung mit der Prägung durch die Tätigkeit in ihren jeweiligen Grundberuf wichtig, damit der Rollenwechsel zur GVP-Berater:in gelingen kann. Auch wenn Fachkräfte der PC durch ihre PC-Ausbildung mit nicht-direktiver Gesprächsführung vertraut sind, sollten sie sich ihrer „Erfahrungsbrille“ (Chochinov, 2022, S. 855) bewusst werden, damit sie eine nicht-direktive Gesprächshaltung auch in der GVP-Beratung umsetzen können. Diese Problematik sollte in der Weiterbildung sehr deutlich thematisiert werden und die Teilnehmenden bei diesem Rollenwechsel aktiv begleitet werden. Der notwendige Perspektivwechsel von Handlungs- und Anwendungsorientierung einer PC-Fachkraft zu Prozessbegleitung einer GVP-Beratung kann nur dann gelingen, wenn sie die komplette Weiterbildung nach § 132g SGB V absolvieren. Eine Verkürzung der Weiterbildung für PC-Fachkräfte, wie sie einzelne Ausbildungsinstitute anbieten, ist aus Sicht der AG Advance Care Planning nicht zielführend und nach der Rahmenvereinbarung auch nicht zulässig (GKV Spitzenverband et al., 2017, S. 7 des Fragen-Antworten-Katalogs).

## 7. Weiterführende Literaturhinweise und Informationsquellen für Ausbilder:innen und ACP-Berater:innen

### a. Informationsseiten im Internet

- Die Charta zur Betreuung schwerst kranker und sterbender Menschen in Deutschland.  
Herausgeber: DGP (German Society for Palliative Medicine), DHPV (German Hospice and Palliative Care Association), BÄK (German Medical Association), 2010, 2. Auflage,  
<http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/> (zuletzt eingesehen am 14.01.2025)
- Wegweiser der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:  
<https://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de> (zuletzt eingesehen am 14.01.2025)
- Palliativ-Medizin = Palliativ-Versorgung – Text in einfacher Sprache. DGP (German Society for Palliative Medicine), 2018  
[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/20181128\\_DGP\\_Palliativ-Versorgung\\_in\\_einfacher\\_Sprache.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/20181128_DGP_Palliativ-Versorgung_in_einfacher_Sprache.pdf) (zuletzt eingesehen am 14.01.2025)
- Begleiten bis zuletzt: Was können wir tun, damit es gut wird? Leitfaden für Angehörige von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung bei fortschreitende Erkrankung und am Lebensende. DGP (German Society for Palliative Medicine). 2. Auflage 2018  
[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Druckdaten\\_DGP\\_Auftrag1804602\\_FINAL.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Druckdaten_DGP_Auftrag1804602_FINAL.pdf) (zuletzt eingesehen am 14.01.2025)
- Informationsseite des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes:  
<https://www.dhpv.de/themen.html> (zuletzt eingesehen am 14.01.2025)

### b. Fachbücher

- Kursbuch Palliative Care: Angewandte Palliativmedizin und –pflege  
Herausgegeben von Dr. Hubertus Kayser, Karin Kieseritzky, Heiner Melching u.a. UNI-MED Science (4. Auflage 2022, ISBN 978-3-8374-1636-7)
- Anders leben – anders sterben. Gespräche mit Menschen mit geistiger Behinderung über Sterben, Tod und Trauer.  
Evelyn Franke. Springer (2. Auflage 2018, ISBN 978-3-662-55824-9)

### c. Leitlinien

Hinweis: Es existieren einige Leitlinien speziell für bestimmte Krebs- und andere lebenslimitierende Erkrankungen, die hier nicht im Einzelnen aufgelistet werden. Sie können im AWMF-Leitlinienregister abgerufen werden.

- AWMF (Hrsg.) Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion 2.3 (2021). AWMF-Registernummer: 128/001OL.  
[https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version\\_2/LL\\_Palliativmedizin\\_Kurzversion\\_2.3.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Kurzversion_2.3.pdf)
- Pflegeleitlinien zu konkreten Symptomen wie Atemnot, Juckreiz, Lagerung, Mundpflege der DGP:  
[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Leitlinie\\_Mundpflege\\_in\\_der\\_letzten\\_Lebensphase\\_end.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Leitlinie_Mundpflege_in_der_letzten_Lebensphase_end.pdf) (zuletzt eingesehen am 14.01.2025)
- Leitliniensammlung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP):  
<https://pflegeleitlinien.zqp.de/recherche.php?thema=14&organisation=alle&jahr=alle&sprache=alle#ergebnisse> (zuletzt eingesehen am 14.01.2025)

**Autorinnen für die DGP-AG Advance Care Planning:**  
Anna Wachter, Catrin Beu, Rieke Schnakenberg

Handreichung der AG Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin  
„Palliative Inhalte in der Weiterbildung: Berater:in zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V“  
Stand: 17.06.2025

## Literatur

Albrecht, E. (2015). In C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz (Hrsg.), *Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung* (5. Aufl., S. 5-6). Elsevier.

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (o. J.). *Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. [https://www.dqr.de/dqr/de/home/home\\_node.html](https://www.dqr.de/dqr/de/home/home_node.html) (zuletzt eingesehen am 28.07.2025)

Chochinov, H. M. (2022). The Platinum Rule: A New Standard for Person-Centered Care. *Journal of Palliative Medicine*, 25(6), 854–856. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0075>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (o. J.). *Kernkompetenzen in der Palliativversorgung*. <https://www.dgpalliativmedizin.de/weiterbildung/kernkompetenzen-in-der-palliativversorgung.html> (zuletzt eingesehen am 28.07.2025)

Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode. (2015). *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)*. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/051/1805170.pdf>

Fachreferat Curricula der Arbeitsgruppe Bildung. (2017). *Kompetenzbasierte berufsgruppenunabhängige Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin—KoMPaC*. Pallia Med Verlag. <https://www.netzwerk-brs.de/pallia-med-verlag/>

GKV Spitzenverband et al. (Hrsg.). (2017). *Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017*. [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)

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., et al. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 60(4):754-764. doi:10.1016/j.jpain-symman.2020.04.027

World Health Organization. (2020, August 5). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (zuletzt eingesehen am 17.06.2025)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Aachener Str. 5, 10713 Berlin  
Tel.: 030 I 30 10 100 0, E-Mail: [dgp@palliativmedizin.de](mailto:dgp@palliativmedizin.de), [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)