Abschlussbericht 06/2016 – 10/2018

Förderung der Umsetzung des §132g SGB V gemäß HPG

Fkz. ZMVI1-2516FSB801

Kornelia Götze, Jürgen in der Schmitten

Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning

Institut für Allgemeinmedizin

Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

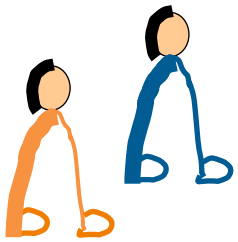
Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Danksagung

Unser Anliegen ist es, dass Menschen in gesundheitlichen Krisen so behandelt werden, wie sie es wollen - auch dann, wenn sie selbst nicht (mehr) entscheiden können.



Diesem Ziel näher zu kommen bedeutet uns viel, und zum Glück sind wir damit nicht alleine. Viele der im Folgenden beschriebenen Arbeiten wären nicht möglich gewesen, wenn der Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning am Düsseldorfer Institut für Allgemeinmedizin nicht unbeirrbare Mitstreiterinnen und Mitstreiter auf seinem Weg hätte, deren Kreis sich von Jahr zu Jahr erweitert. Ihnen allen, die fördern, mitdenken, mit diskutieren und unterstützen, möchten wir an dieser Stelle unseren Dank für den bisherigen gemeinsamen Weg und ihr unglaubliches Engagement aussprechen.

DANKE!

Diktion und Abkürzungen in diesem Bericht

Im Folgenden wird auf das geförderte Projekt mit „Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning“ (abgekürzt: **FSP ACP**) Bezug genommen.

Den § 132g SGB V aus dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 01.12.2015 verkürzen wir stellenweise zu **§ 132g**. Die zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und den Bundesverbänden der Einrichtungsträger ausgehandelte „Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017“ verkürzen wir stellenweise zu „**Vereinbarung nach § 132g**“.

Anstelle des vom Gesetzgeber im § 132g SGB V verwendeten, anderweitig aber nicht üblichen Begriffs „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ verwenden wir als Übertragung von Advance Care Planning **(ACP)** ins Deutsche – wie von der mit Hilfe dieser Förderung ins Leben gerufenen Task Force ACP der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Jahr 2016 empfohlen – den Begriff „Behandlung im Voraus Planen (**BVP**)“. Beide Abkürzungen wurden in dem Text verwendet.

Gesundheitsfachkräfte, welche die Gesprächsbegleitungen im Sinne von ACP/BVP durchführen, heißen im Englischen ACP facilitators. Die Vereinbarung nach § 132g SGB V übersetzt das mit „Beraterin/Berater“ oder alternativ „Gesprächsbegleiterin/Gesprächsbegleiter“ (§ 1, Abs. 1, Satz 2). Wir sprechen durchgehend von BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern, abgekürzt **BVP-GB.**

Die u.a. infolge dieser Projektförderung am 20.02.17 gegründete „Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen e.V.“, welche die Arbeit der Task Force ACP der DGP fortführt sowie das BVP-Modell „beizeiten begleiten“ weiterentwickelt, wird mit **DiV-BVP** abgekürzt.

Übersicht

1 Titel und Verantwortliche....1
2 Zusammenfassung....2
3 Einleitung....4
4 Projektstruktur (Verantwortlichkeiten, Projektaufbau, Strukturen)....8
5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik....11
6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan....19
7 Ergebnisse, Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung....20
8 Gender Mainstreaming Aspekte....53
9 Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit....54
10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)....59
11 Publikationsverzeichnis....65
12 Zitierte Literatur....66
13 Anlage....67

Inhaltsverzeichnis

1 Titel und Verantwortliche....1
2 Zusammenfassung....2
3 Einleitung....4
3.1 Ausgangslage des Projekts....4
3.2 Ziele des Projekts....6
3.2.1 Übergeordnete Ziele....6
3.2.2 Konkrete Projektziele (Teilziele)....6
4 Projektstruktur (Verantwortlichkeiten, Projektaufbau, Strukturen)....8
4.1 Verantwortlichkeiten....8
4.2 Projektaufbau....8
4.2.1 Politik....8
4.2.2 Nachhaltige Strukturen....8
4.2.3 Transfer....9
4.3 Projektstrukturen....10
5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik....11
5.1 Datenerhebung, Datenauswertung....11
5.2 Ziele, Indikatoren zur Messung der Zielerreichung und Auswertung....11
5.2.1 Übergeordnete Ziele und ihre Indikatoren:....11
5.2.2 Teilziele, ihre Indikatoren und ggf. das methodische Vorgehen....12
6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan....19
7 Ergebnisse, Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung....20
7.1 „Task Force Advance Care Planning (ACP) / Behandlung im Voraus Planen (BVP)“ an der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)....20
7.2 BVP-Qualifizierungen....24
7.2.1 BVP- Qualifizierung für Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter....24

7.2.2 BVP- Qualifizierung für Trainerinnen und Trainer 37
7.2.3 BVP- Qualifizierung für Koordinatorinnen und Koordinatoren 39
7.3 BVP-Implementierung 42
7.3.1 Unterstützung regionaler BVP-Projekte durch den FSP ACP 42
7.3.2 Strategiewechsel Implementierung gemäß § 132g SGB V 44
7.4 Einheitliche BVP-Dokumentation 45
7.4.1 BVP-Patientenverfügung 45
7.4.2 BVP-Vertreterdokumentation 46
7.5 BVP für spezielle Personengruppen 47
7.5.1 BVP für / mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder Demenz-Erkrankung 47
7.5.2 Entwicklung von Konzepten für BVP mit / für Kindern 48
7.6 Kooperationen 48
7.6.1 Internationale Kooperationen 48
7.6.2 Nationale Kooperationen 50
7.7 Weitere Projekte 52
7.7.1 ELearning Förderfond der HHU Düsseldorf 52
7.7.2 Innovationsfond: Ausschreibung Versorgungsforschung vom 20.10.2017 52
7.7.3 Weitere 52
8 Gender Mainstreaming Aspekte 53
9 Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit 54
9.1 Empfehlungen der mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Task Force Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen 54
9.2 Zeitschriftenartikel 54
9.3 Buchbeiträge 55
9.4 Kongresse / Workshops 55
9.5 Kongresse / Poster 56
9.6 Vorträge 56
9.7 Informationsveranstaltungen 58
9.8 Einladung anderer Arbeitsgruppen 58
9.9 Weiteres 58

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential) 59

11 Publikationsverzeichnis 65

12 Zitierte Literatur 66

13 Anlage 67

1 Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts: „Förderung der Umsetzung des §132g SGB V nach dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)“ am Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning des Instituts für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Förderkennzeichen: ZMVI1-2516FSB801 (Aktenzeichen der Zuwendungsbescheide des BVA vom 11.05.2016 und 03.07.2017)

Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten, MPH, Leiter des Forschungsschwerpunkts Advance Care Planning (FSP ACP) am Institut für Allgemeinmedizin der Med. Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Projektmitarbeitende mit BMG-Förderung:
Kornelia Götze, Ärztin / wissenschaftliche Mitarbeiterin (50%) seit 06/16 (von 06/16-08/17 kofinanziert durch Mittel der Stiftung „Würde im Leben bis zuletzt“), Diana Lubisch, wissenschaftliche Hilfskraft (Bachelor) (06/16-10/16 mit 19 Wochenstunden durch diese Förderung), Dipl.-Soz. Jana Schempf (06-/16-12/16) (kofinanziert durch Stiftung „Würde im Leben bis zuletzt“), Dipl.-Psych. Angela Fuchs (01/17-03/17), Bärbel Möllmann, wissenschaftliche Hilfskraft (Bachelor) mit 50% von 10/17 bis 03/18

Kontaktdaten: Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, Postanschrift: Postfach 10 10 07, 40001 Düsseldorf, Tel.: 0211-811-6816 oder 0177-573 4762, Fax 0211-811-8755, Email: kornelia.goetze@med.uni-duesseldorf.de, jids@med.uni-duesseldorf.de

Laufzeit: 01.06.2016 – 31.10.2018

Fördersumme: Gesamt: 104.999 Euro

Datum der Erstellung des Abschlussberichtes: 31.01.2020

2 Zusammenfassung

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz vom 1. Dezember 2015 ist die neue Leistung „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (§ 132g SGB V) eingeführt worden. Dieser Leistung liegt das als Advance Care Planning (ACP) / Behandlung im Voraus Planen (BVP) bekannte Konzept zugrunde, welches interessierten Personen durch Vorausplanung ermöglicht, dass sie in einer gesundheitlichen Krise mit Einwilligungsunfähigkeit gemäß ihrem Willen behandelt und betreut werden. Der Gesetzgeber hat diese Leistung für Bewohnerinnen/Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sowie von Einrichtungen der Eingliederungshilfe eingeführt. Die Finanzierung erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung.

ACP war 2015 ein zwar international anerkanntes, aber in Deutschland nicht etabliertes Konzept. Die Förderung des BMG für den Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning hatte zum Ziel, relevante Elemente von BVP zu erarbeiten bzw. von internationalen Vorlagen zu adaptieren sowie so weiterzuentwickeln, dass ein Transfer in die hiesige Versorgungslandschaft möglich ist und dass den Verhandlungspartnern der Vereinbarung nach § 132g sowie den Trägern der dort benannten Einrichtungen eine Orientierung zur effektiven Implementierung an die Hand gegeben wird. Zudem sollte der Umsetzungsprozess des neuartigen Angebotes fördernd begleitet werden.

Als zentrale im Förderzeitraum (06.2016-10.2018) entstandene Projektergebnisse sind zu nennen:

1) Vorlage eines **Curriculums für BVP-Gesprächsbegleiterinnen/ -begleiter sowie Empfehlungen zur regionalen und institutionellen Implementierung** zur Unterstützung der Erarbeitung der in § 132g SGB V vorgesehenen Vereinbarung zur Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.
2) **BVP-Gesprächsbegleitung:** Federführende Mitwirkung an der Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualifizierungskonzepten für BVP-Gesprächsbegleiterinnen/ -begleiter und für BVP-Gesprächsbegleiter-Trainerinnen/ -Trainer. Mitwirkung an zahlreichen darauf basierenden Qualifizierungs-Workshops.
3) **Regionale BVP-Implementierung**: Unterstützung regionaler Initiativen bei der Qualifizierung, Vernetzung und Umsetzung des § 132g. Entwicklung einer Strategie zur regionalen Kooperation (gem. § 7II c der Vereinbarung) sowie einer Qualifizierung von BVP-Koordinatorinnen/Koordinatoren.
4) **Aussagekräftige und verlässliche BVP-Dokumentation**: Weitere Entwicklung und regionale Pilotierung einheitlicher Dokumente (Patientenverfügung, Vertreterdokumentation, Notfallbogen).

Die Entstehung der Deutschen interprofessionellen Vereinigung Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP), die einheitliche nationale Qualitätsstandards für BVP zum Ziel hat, konnte dank der Projektförderung erfolgen. Zudem wurde die Entstehung zahlreicher regionaler BVP-Initiativen und Schulungs-

orte nach den Standards der DiV-BVP möglich. Der FSP ACP wurde zwischenzeitlich Konsortialführer einer innovationsfonds-geförderten Interventionsstudie zur Evaluation der Effekte von BVP gemäß § 132g.

Im Projektverlauf haben sich folgende Probleme herauskristallisiert:

- Fehlende Anforderungen an die Qualifikation der BVP-GB-Trainerinnen/Trainer.
- Fehlende einheitliche Standards für die Durchführung und Dokumentation von BVP-Gesprächsbegleitungen.
- Fehlende qualifizierte regionale BVP-Koordination und fehlender obligater regionaler Implementierungsansatz.

Damit die Umsetzung des § 132g SGB V gelingen kann, sollten hier weitergehende Weichenstellungen erfolgen.

3 Einleitung

3.1 Ausgangslage des Projekts

Der im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) vom 01.12.15 neu eingeführte § 132g zielt auf die Implementierung des international zunehmend etablierten [1], in Deutschland hingegen noch wenig verbreiteten Konzepts des Advance Care Planning (ACP) [2] ab. Das neue Angebot „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“, wird in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe [3] durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Die gemäß § 132g Abs. 3 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Bundesverbänden der Einrichtungsträger konsentierte Vereinbarung, die zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist, regelt das Nähere über die Zielsetzung der Leistung, den anspruchsberechtigten Personenkreis, die Qualifikation der Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern sowie die Anforderungen, die Organisation, Dokumentation und die Finanzierung.

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes dürfte kaum mehr als einem oder zwei Dutzend Expertinnen/Experten und Politikerinnen/Politikern in Deutschland bekannt gewesen sein, welches Konzept genau sich hinter der Bezeichnung ACP verbirgt, auch war keine deutsche Übersetzung dieses Konzepts etabliert. Insbesondere war und ist Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen für das Leitungspersonal und die weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und der Eingliederungshilfe, aber auch von Krankenhäusern und Rettungsdiensten ein neues, weitgehend unbekanntes Konzept.

Mit Blick auf den erheblichen Vorausplanungsbedarf der vulnerablen Personengruppen, die in den o.g. Einrichtungen betreut werden, ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber dennoch das international erfolgreiche Konzept ACP auf dem Wege des § 132g gesetzlich eingeführt und die Verantwortlichen damit beauftragt hat, detaillierte Vereinbarungen zur Umsetzung dieser neuen Leistung zu treffen. Durch das vom BMG geförderte Projekt konnte der Bekanntheitsgrad des Konzepts erhöht werden und es konnte eine expertenbasierte Unterstützung bei der Festlegung der Rahmenbedingungen sowie der konkreten Einführung des neuen Angebots in Einrichtungen erfolgen. Wie wichtig es ist, Bekanntheitsgrad und Akzeptanz des ACP-Konzepts zu erhöhen, haben sowohl die skeptische Haltung der Verhandlungspartner der Vereinbarung nach § 132g gegenüber den in der Task Force ACP vertretenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Personen aus der Praxis als auch die langwierigen Verhandlungen bis zur Konsentierung der Vereinbarung, die erst ein Jahr später als im Gesetz vorgesehen in Kraft treten konnte, gezeigt. Auch die weitere Entwicklung hat dies bestätigt.

Aus wissenschaftlicher Sicht kumulieren eine Reihe von Faktoren zu einer ohne zusätzliche Unterstützung von außen kaum überwindbaren Hürde für die erfolgreiche und nachhaltige Implementierung des §132g in den Einrichtungsalltag, wie vom HPG intendiert:

- Eine qualifizierte Gesprächsbegleitung im Sinne von Behandlung im Voraus Planen unter Einbeziehung von Angehörigen und mit aussagekräftigen und verlässlichen Ergebnissen einschließlich

eines praktikablen Notfallbogens ist in Deutschland bisher in der Breite unbekannt und löst nach unseren Erfahrungen der letzten Jahre bei den beteiligten Personen in- und außerhalb der Pflegeeinrichtungen oft Unsicherheit und Ängste aus.

- Die erforderliche Qualifikation der nicht-ärztlichen Gesprächsbegleiterinnen/ -begleiter ist anspruchsvoll und schafft de facto eine neue Rolle im Gesundheitswesen (Englisch „ACP facilitators“), die lokal implementiert und zudem mit den lokal tätigen Hausärztinnen/Hausärzten und weiteren im Gesundheitswesen Tätigen durch gezielte Information und Fortbildung abgestimmt werden muss. [10, 11]
- Durch den ubiquitären Mangel an Pflegenden und nach unserer Auffassung unzureichender Kontrolle der Verwendung von Personalmitteln aus dem § 132g besteht die Gefahr, dass das Potenzial des § 132g durch mangelndes Verständnis nicht erkannt, Qualitätsstandards gesenkt werden und die zusätzlichen Personalmittel schließlich in den Bereich der Pflege abfließen.
- Der für eine regionale Implementierung insbesondere zu Beginn erforderlichen Abstimmung und Koordination zwischen Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, ärztlichen Bereitschaftsdiensten, Rettungsdiensten und Krankenhäusern sowie der kommunalen Heimaufsicht und weiterer Akteure wie den Mitgliedern von ambulanten Palliativ- und Hospizdiensten (z.B. SAPV) stehen in Deutschland fehlende Strukturen und bestehende Ressentiments gegenüber. Die Aufgabe der Koordination wird in der Vereinbarung nach § 132g zwar den Gesprächsbegleiterinnen/ -begleitern zugeordnet, sie sind dafür aber unserer Ansicht nach nicht ausreichend vorqualifiziert, sie erhalten im Rahmen der vorgesehenen Schulung keine ausreichende spezifische Qualifizierung und sie haben auch kein separates Zeitbudget.
- Die Finanzierung der aufwendigen ein- bis zweijährigen regionalen Implementierungsphase ist unzureichend berücksichtigt.

Hinzu kam vor Beginn der Förderung die Sorge der ACP-Expertinnen/ACP-Experten, dass in der Vereinbarung deutlich geringere Anforderungen an die Qualifizierung von Gesprächsbegleiterinnen/ -begleiter gestellt werden könnten als von der Task Force ACP empfohlen. Retrospektiv kann man mit Blick auf die Vereinbarung nach § 132g sagen, dass die Vereinbarung den Empfehlungen der Task Force hinsichtlich des Umfangs und des inhaltlichen Rahmens der Qualifizierung von BVP-GB gefolgt ist. Es ist jedoch als problematisch anzusehen, dass keine Vorgaben für eine Qualifizierung der BVP-GB-Trainerinnen/ –Trainer gemacht wurden. Die Qualifizierung von BVP-GB kann folglich z.B. durch Trainerinnen/Trainer erfolgen, die bisher zum Thema Palliative Care, Ethik oder konventionelle Patientenverfügung unterrichtet haben, jedoch mit ACP gar nicht oder nur wenig in Berührung gekommen sind. Es ist schwer vorstellbar, dass so der notwendige kulturelle Wandel tatsächlich erfolgt, der notwendig ist, um ACP in Deutschland zu etablieren.

Umso dringlicher erscheint es, ein qualitätsgesichertes und regional an möglichst vielen Stellen erfolgreich pilotiertes BVP-Konzept vorlegen zu können, das für die Einrichtungen dadurch attraktiv ist,

dass es eine tatsächliche Verbesserung der Behandlung von Bewohnerinnen/Bewohnern im gesundheitlichen Krisenfall erwarten lässt – auch und gerade dann, wenn die Anforderungen über die Festlegungen der Vereinbarung vom 13.12.17 gemäß § 132g hinausgehen, die Mindestanforderungen formuliert.

3.2 Ziele des Projekts

Das Projektteam sah sich zum einen den übergeordneten Zielen von Advance Care Planning (ACP) verpflichtet, zum anderen wurden konkrete Teilziele formuliert.

3.2.1 Übergeordnete Ziele …

… des im § 132g verankerten Advance Care Planning (ACP) sind: [6, 7, 12]

Ziel A

Bewohnerinnen/Bewohner von Einrichtungen gemäß § 132g werden in gesundheitlichen Krisen so behandelt, wie dies ihrem Willen entspricht – auch dann, wenn sie sich aktuell selbst nicht mehr dazu äußern können.

Ziel B

Vertreterinnen/Vertreter, die als Bevollmächtigte oder Betreuerinnen/Betreuer stellvertretend zu entscheiden haben, können ihre Entscheidungen auf aussagekräftige Vorausverfügungen gründen, denen ein umfassender, valider (verlässlicher) Gesprächsprozess zugrunde liegt, an dem sie nach Möglichkeit beteiligt waren. Studien belegen, dass hierdurch eine erhebliche psychische Entlastung bewirkt bzw. psychische Traumatisierung vermieden wird. [13]

Ziel C

Ärztliches und nicht-ärztliches Personal kann Behandlungsentscheidungen in Krisensituationen bei nicht-einwilligungsfähigen Patientinnen/Patienten auf aussagekräftige, valide und eindeutig dokumentierte Vorausverfügungen stützen und wird dadurch seinerseits entlastet.

3.2.2 Konkrete Projektziele (Teilziele)

Teilziel 1

Entwicklung eines Muster-Curriculums zur Qualifizierung von nicht-ärztlichen BVP-GB sowie von kooperierenden Ärztinnen/Ärzten, an dem sich die Vertragspartner im Rahmen ihrer Verhandlungen orientieren können.

Teilziel 1a

Weiterentwicklung des Muster-Curriculums zur Qualifizierung nicht-ärztlicher BVP-GB.

Teilziel 2

Unterstützung, Begleitung und informelle Evaluation erster regionaler Initiativen zur Implementierung von ACP

Teilziel 3

Erstellung eines Evaluationskonzepts.

Teilziel 4

Gründung einer Deutschen Sektion der International Society for Advance Care Planning and End-of-Life Care (ACPEL).

Teilziel 5

Entwicklung video-gestützter eLearning-Module für BVP-Gesprächsbegleiterinnen/ –begleiter sowie für BVP-Trainerinnen/ -Trainer.

Teilziel 6

Abschließende Bearbeitung und Konsentierung des Entwurfs eines korrespondierenden BVP-Muster-Curriculums für Trainerinnen/Trainer.

Teilziel 7

Entwicklung eines Konzepts zur Qualifizierung von BVP-Koordinatorinnen/-Koordinatoren für die regionale BVP-Implementierung.

Teilziel 8

Entwicklung einer praktischen Kommunikationsprüfung unter Verwendung von trainierten Schauspiel-Patientinnen/-Patienten (sog. SP-gestützter OSCE) zur Zertifizierung und Re-Zertifizierung von BVP-GB.

Teilziel 9

Entwicklung von Konzepten für die Begleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Demenzerkrankung.

Teilziel 10

Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation für die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g.

4 Projektstruktur (Verantwortlichkeiten, Projektaufbau, Strukturen)

Das Projekt wurde am Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf durchgeführt. Es bestanden etliche Kooperationen und Vernetzungen mit nationalen und internationalen ACP-Praktikerinnen/Praktikern, ACP-Wissenschaftlerinnen/-Wissenschaftlern sowie sich etablierenden Strukturen, die wesentlich zu einem Erfolg des Projektes beitrugen.

4.1 Verantwortlichkeiten

Das Projekt wurde von Herrn Prof. Dr. Jürgen in der Schmitten, dem Leiter des 2016 neugegründeten Forschungsschwerpunktes Advance Care Planning, beantragt und gemeinsam mit Frau Kornelia Götze, wissenschaftliche Mitarbeiterin, durchgeführt.

4.2 Projektaufbau

Das Projekt hatte das Ziel, das Konzept von ACP in Deutschland zu stärken, mit qualitativ hochwertigen Prozessen und Instrumenten zu hinterlegen und hierfür nachhaltige Strukturen zu schaffen. Hieraus ergaben sich drei parallele, teils miteinander verwobene Stränge.

4.2.1 Politik

Zu Beginn des Projektes stand die Erarbeitung eines Rahmenpapiers sowie des Muster-Curriculums für die Qualifizierung von BVP-GB im Vordergrund, welches im Rahmen der Schriftführung für die TF ACP von uns entworfen, mit den anderen Mitgliedern der TF ACP beraten und den Verhandlungspartnern der Vereinbarung nach § 132g im Januar 2017 zur Verfügung gestellt wurde. Nach Verabschiedung der Vereinbarung nach § 132g fokussierten wir unsere Tätigkeit vermehrt auf die vor allem konzeptionellen Unterstützung regionaler Initiativen.

4.2.2 Nachhaltige Strukturen

Dank der Förderung konnten am FSP ACP mehrere wissenschaftliche Mitarbeiterinnen eine Expertise für ACP entwickeln. Im Rahmen von Vorträgen, Arbeitsgruppen und gemeinsamen Trainings für BVP-GB sowie BVP-GB-Trainerinnen/ -Trainer trug das geförderte Team zur Weiterentwicklung verschiedener Elemente des BVP-Konzepts sowie zur Qualifizierung von Expertinnen/Experten an anderen Universitäten und von regionalen BVP-Initiativen bei.
Zu unseren Kooperationspartnern an universitären Einrichtungen zählen u.a.

- LMU-München (Zentrum für Palliativmedizin, Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin); Vertreterin/Vertreter: Prof. Dr. Claudia Bausewein, Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen, Prof. Dr. Georg Marckmann
- Georg-August-Universität Göttingen (Zentrum für Palliativmedizin); Vertreterin/Vertreter: Dr. Henrikje Stanze, Prof. Dr. Friedemann Nauck

- Matin-Luther-Universität Halle (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin); Vertreterinnen/Vertreter: Prof. Dr. Jan Schildmann, Dr. rer. Medic. Christiane Luderer, Prof. Dr. Gabriele Meyer
- Hochschule Esslingen (Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege); Vertreterin: Prof. Dr. Anette Riedel

Zu unseren nicht-universitären Kooperationspartnern in regionalen BVP-Initiativen zählen u.a.:

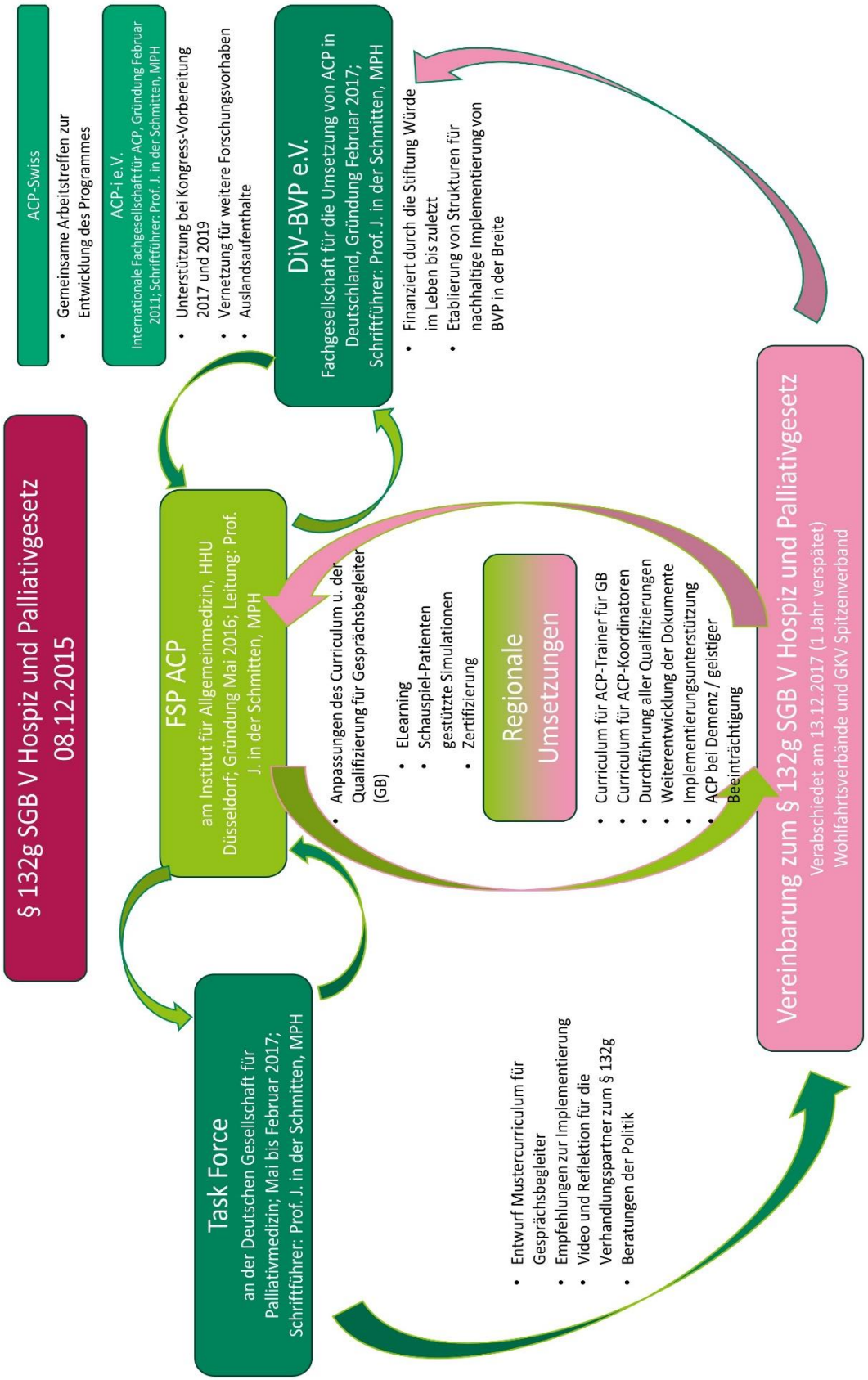
- Bochum, Vertreterin: Dr. Birgitta Behringer, MA
- Frankfurt am Main, Vertreter: Dr. Ingmar Hornke, Boris Knopf
- Köln, Vertreter: Dr. Thomas Otten
- München, Vertreterin: Dr. Sabine Petri
- Nürnberg, Vertreterin/Vertreter: Dirk Münch, Judith Bertold
- Oberhausen, Vertreter: Dr. Christoph Gerhard, Paul Hüster

Darüber hinaus wurde als überregionale Struktur vorübergehend die Task Force ACP an der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Mai 2016 – Februar 2017) gegründet, aus der im Februar 2017 die Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen e.V. mit weiteren Unter-Arbeitsgruppen (z.B. die AG BVP für Menschen mit Beeinträchtigungen, ein Zusammenschluss von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der DiV-BVP) hervorging. Die internationale Vereinigung Advance Care Planning – international e.V. wurde unterstützt und weitere internationale Kontakte dieses Expertinnen/Experten-Netzwerks, unter anderem durch Vor-Ort Besuche, wurden aufgebaut bzw. gestärkt.

4.2.3 Transfer

Über die gesamte Projektzeit wurden die Erkenntnisse, (weiter-) entwickelten Instrumente und Qualifizierungen in die Praxis transferiert und hierbei getestet und weiterüberarbeitet. Hierbei arbeiteten wir mit überregionalen Arbeitsgruppen zusammen, auch regionale BVP-Initiativen wurden unterstützt und in den Prozess eingebunden.

4.3 Projektstrukturen



5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Operationalisierung der Ziele: Auflistung der im Projekt definierten messbaren Ziele und Teilziele, Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

5.1 Datenerhebung, Datenauswertung

Das Projekt wurde zur Förderung der Implementierung des § 132g Hospiz- und Palliativgesetz initiiert. Das Projekt sollte dazu beitragen, eine hochwertige, effektive und nachhaltige Verwendung der durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellten Gelder zu gewährleisten.

Es wurde kein Forschungsdesign im engeren Sinne verfolgt und eine Erhebung / Auswertung von Daten war nicht vorgesehen. Projektziel war vielmehr, ausgewiesene Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler sowie in der ACP Praktizierende dabei zu unterstützen, die Kernelemente des Advance Care Planning Konzeptes - Qualifizierung von GB und Implementierung von ACP - auf hiesige und heutige Verhältnisse anzupassen und fortwährend weiterzuentwickeln. Dies geschah in engem Austausch und in Kooperation mit den vom FSP ACP seit 2015 regelmäßig begleiteten und unterstützten § 132g Pilot-Einrichtungen, Qualifizierungsstätten und Pilotregionen.

5.2 Ziele, Indikatoren zur Messung der Zielerreichung und Auswertung

5.2.1 Übergeordnete Ziele und ihre Indikatoren:

Ziel A

Bewohnerinnen/Bewohner von Einrichtungen gemäß § 132g werden in gesundheitlichen Krisen so behandelt, wie dies am ehesten ihrem vorausverfügten (oder mutmaßlichen) Willen entspricht, wenn sie sich aktuell selbst nicht mehr dazu äußern können.

Ziel B

Vertreterinnen/Vertreter, die als Bevollmächtigte oder Betreuerinnen/Betreuer stellvertretend zu entscheiden haben, können diese Entscheidung auf aussagekräftige Vorausverfügungen gründen, denen ein umfassender, valider (verlässlicher) Gesprächsprozess zugrunde liegt, an dem sie nach Möglichkeit beteiligt waren.

Ziel C

Ärztliches und nicht-ärztliches Personal kann Behandlungsentscheidungen in Krisensituationen bei nicht-einwilligungsfähigen Patientinnen/Patienten auf aussagekräftige, valide und eindeutig dokumentierte Vorausverfügungen stützen und wird dadurch seinerseits entlastet.

Indikatoren

Die Indikatoren zur Messung der Erreichung übergeordneter Ziele decken sich mit denen zur Überprüfung einer erfolgreichen Implementierung des § 132g:

- Das Angebot des § 132g wird von einer relevanten Anzahl Einrichtungen in Anspruch genommen.
- Es entstand in den ersten 12 Monaten nach Förderungsbeginn ein standardisiertes Qualifizierungsangebot für BVP-GB gemäß § 132g von hoher Qualität in bedarfsgerechtem Umfang.
- Es liegen Konzepte vor für die verantwortliche, sensible Unterstützung 1. für Personen, die selbständig vorausplanen können, 2. für Personen, die hierfür Hilfe benötigen (assistierte Autonomie), und 3. für Personen, die andere vertreten, welche krankheits- bzw. behinderungsbedingt nicht (mehr) selbst an einer Vorausplanung partizipieren können.
- Es sind Formulare verfügbar, die es erlauben, den komplexen BVP-Gesprächsprozess schriftlich in verlässlicher und aussagekräftiger Form abzubilden, so sie den Willen der Betroffenen widerspiegeln.
- Das klinische Entscheidungsgeschehen orientiert sich tatsächlich am vorausverfügten Willen der Patientin/des Patienten (z.B. Übereinstimmung stationärer Einweisungen mit den geäußerten Behandlungswünschen), was im Englischen unter dem Begriff des Goal-Concordant Care bekannt ist.

5.2.2 Teilziele, ihre Indikatoren und ggf. das methodische Vorgehen

Teilziel 1 und 1a

Entwicklung und Weiterentwicklung des Muster-Curriculums zur Qualifizierung nicht-ärztlicher BVP-Gesprächsbegleiterinnen/ -begleiter

Weiterentwicklung des Muster-Curriculums zur Qualifizierung nicht-ärztlicher BVP-GB

Indikatoren

Vorlage eines Curriculums, das von durch ACP berührten Fachgesellschaften konsentiert und mitgetragen wird.

Das von der Task Force im Januar 2017 vorgestellte Muster-Curriculum für BVP-GB wird in einem neuen, Schauspielpatientinnen/ -patienten- (SP-) gestützten Format pilotiert und vorgelegt, das eine standardisierte Qualifikation auf hohem Niveau ermöglicht und machbar ist. Es dient als Vorlage zur Diskussion und ggf. Konsentierung durch die künftige AG Bildung der Deutschen interprofessionellen Vereinigung Behandlung im Voraus planen (DiV-BVP e.V.).

Methodisches Vorgehen:

- Berücksichtigung der kontinuierlichen Rückmeldungen aus den laufenden regionalen BVP-Pilotimplementierungen

- Standardisiertes Erarbeiten von Skripten für SP auf Grundlage eines etablierten, an die ACP-Verhältnisse adaptierten Vorgehens mit professioneller Unterstützung durch eine SP-Trainerin, die professionelle Schauspielerin und Regisseurin ist.
- Entwicklung der Trainings für die SP federführend durch eine SP-Trainerin
- Vermittlung des ACP-spezifischen SP-Trainings an weitere SP-Trainerinnen/Trainer
- Integration zusätzlicher Trainingseinheiten in die BVP-GB Qualifizierung
- Erarbeitung eines Mikroteachings für SP-gestützte Einheiten auf Grundlage bereits etablierter didaktischer Konzepte
- Vermittlung des Mikroteachings an BVP-Trainerinnen/Trainer

Teilziel 2

Unterstützung, Begleitung und informelle Evaluation erster regionaler Initiativen zur Implementierung von ACP.

Indikatoren

Strukturierte Erfahrungsberichte und deren Berücksichtigung in der Entstehung und Weiterentwicklung des Muster-Curriculums

Teilziel 3

Erstellung eines Evaluationskonzepts

Indikatoren

Vorlage eines Evaluationskonzepts für die Implementierung von BVP im Rahmen des § 132g , das über die in der Vereinbarung nach § 132g vorgesehenen Evaluationselemente hinausgeht.

Methodisches Vorgehen

- Erarbeiten einer wissenschaftlichen, multizentrischen Studie zur Evaluation des entwickelten BVP-Konzepts
- Orientierung an den MRC-Leitlinien für komplexe Interventionen, somit Integration einer gesundheitsökonomischen und Prozess-Evaluation
- Erarbeitung einer detaillierten Evaluation der Qualifizierung von BVP-GB.

Teilziel 4

Gründung einer Deutschen Sektion der International Society for Advance Care Planning-International (ACP-i, vormals ACPEL)

Indikatoren

- Vorlage der Vereinssatzung
- Entwicklung der vertretenen Professionen und der Mitgliederzahlen

Teilziel 5

Entwicklung video-gestützter eLearning-Module für BVP-GB sowie für BVP-Trainerinnen/-Trainer.

Indikatoren

Vorlage eines BVP-eLearning Tools als komplementäres eManual zum BVP-GB- und BVP–GB-Trainerinnen/Trainer Workshop zur Diskussion und ggf. Konsentierung durch die AG Bildung der DiV-BVP.

Methodisches Vorgehen

- Durchführung und Auswertung der internationalen ACP eLearnings (Respecting Choices [USA], Respecting Patient Choices [AUS], Our Voice [NZ], auch das Schweizer ACP-Programm), sowie persönliche Kontaktaufnahme zu den eLearning Designerinnen/Designern als Vorbilder für erfolgreiche Etablierung eines solchen Angebots
- Video-Aufzeichnung realer BVP-Gesprächsbegleitungen
- Erstellung einer online eBibliothek mit aufgezeichneten realen BVP-Gesprächsbegleitungen, Transkription dieser als Vorlage für Good- and Bad Pratice Beispiele, sowie für Schulungszwecke und Vorträge (nur für BVP-Trainer-Trainerinnen/-Trainern zugänglich)
- Erarbeiten einer Matrix für die Erstellung des eLearnings
- Erarbeiten von Lernzielen der Kapitel und Unterkapitel
- Erstellen eines Storyboards für die Unterkapitel
- Design didaktische Aufarbeitung, um den Lehrinhalt ansprechend und interessant zu vermitteln

Teilziel 6

Abschließende Bearbeitung und Konsentierung des Entwurfs eines korrespondierenden BVP-Trainerinnen/Trainer-Muster-Curriculums.

Indikatoren

Vorlage eines Mustercurriculums für BVP-GB-Trainerinnen/-Trainer zur Diskussion und ggf. Konsentierung / Autorisierung durch die DiV-BVP

Durchführung von mindestens 2 BVP-GB-Trainerinnen/-Trainer-Workshops

Methodisches Vorgehen

- Erarbeiten der Ziele und Zielgruppe einer Qualifizierung für BVP-Trainerinnen/-Trainer
- Festlegung der Zugangsvoraussetzungen
- Ermittlung der zu vermittelnden Inhalte mit einer starken Fokussierung auf Machbarkeit und somit den BVP relevanten Inhalten und didaktischen Konzepten bezogen auf das Konzept der DiV-BVP (allgemeine didaktische Fähigkeiten müssen anderweitig erworben werden)
- Erarbeitung des methodisch-didaktischen Konzepts
- Erarbeitung eines begleitenden eLearnings
- Erarbeitung Muster-Ablaufs der Qualifizierung
- Erarbeitung eines vorläufigen Curriculums
- Durchführung und Evaluation der Pilot-Qualifizierungen
- Weiterentwicklung der BVP-Trainerinnen/-Trainer Qualifizierung
- Erhebung und Vernetzung der qualifizierten BVP-Trainerinnen–/-Trainer
- Entwicklung einer Re-Zertifizierung für BVP-Trainerinnen/-Trainer

Teilziel 7

Entwicklung eines Konzepts zur Qualifizierung von BVP-Koordinatorinnen/-Koordinatoren für die regionale BVP-Implementierung.

Indikatoren

Pilotierung einer Qualifizierung für BVP-Koordinatorinnen/-Koordinatoren

Vorlage eines Konzepts zur Qualifikation von BVP-Koordinatorinnen/–Koordinatoren für die regionale BVP-Implementierung.

Methodisches Vorgehen

- Vergleich der seitens der Leistungserbringer beschriebenen Notwendigkeit für eine regionale Projektkoordination bei der Implementierung von BVP für Change Management und Vernetzung mit den durch internationale Erfahrungen belegten Empfehlungen der Task Force ACP
- Recherche nach bereits bestehenden nationalen oder internationalen Angeboten für BVP-Koordinatorinnen/-Koordinatoren, inkl. Austausch mit internationalen ACP-Expertinnen/-Experten und Besuch einer ACP-Conference in den USA zu diesem Thema
- Erarbeitung der Anforderungen an eine regionale BVP-Projektkoordination unter Beachtung der im Entwurf vom 16.05.17 für eine Umsetzungsvereinbarung gemäß § 132g definierten Mindest-Standards

- Kritische Analyse der in Deutschland zum Thema BVP-Koordination geführten Debatte
- Austausch mit regionalen BVP-Initiativen zum Thema regionale Koordination
- Veranstaltung eines BVP-Expertinnen/Experten Workshops unter Hinzuziehung eines Change Management Experten für die Erarbeitung der Rahmenbedingungen für eine solche Qualifizierung (Ziele, Zielgruppe, Voraussetzungen, Voraussetzungen für BVP-Koordinatoren-Trainerinnen/Trainer, didaktisch-methodische Konzepte, Inhalte)
- Erarbeitung, Durchführung und Evaluation einer Qualifizierung
- Mitwirkung an der Übersetzung von Materialien aus dem US-amerikanischen ACP-Programm Respecting Choices®, erstellt von Dartmouth-Hitchcock (Federführung: Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen, München)
- Entwicklung von Schulungskonzepten (Muster-Vorträge, Info-Materialien, evtl. eLearning etc.) für die verschiedenen Berufsgruppen, die in der regionalen Implementierung wesentliche Partner sind (wie Hausärztinnen/Hausärzte, Heim-, Rettungsdienst- und Krankenhauspersonal usw.)

Teilziel 8

Entwicklung einer praktischen Kommunikationsprüfung unter Verwendung von trainierten SP (sog. SP-gestützter OSCE) zur Zertifizierung und Re-Zertifizierung von BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern

Indikatoren

Angebot SP-gestützter OSCEs an mehreren Standorten in einer dem Bedarf entsprechenden Kapazität, um alle Beteiligten durch die Gewährleistung einer möglichst gesicherten Qualität zu entlasten.

Methodisches Vorgehen

- Literaturrecherche zu Kommunikations-OSCE’s
- Austausch mit Institutionen, die Kommunikations-OSCE’s z.B. in der studentischen Lehre durchführen
- Erarbeitung von 5 – 10 Rollenskripten (siehe für das Vorgehen Teilziel 1) für den OSCE sowie Training der SP
- Erarbeitung eines Prüfungsablaufs
- Erarbeitung eines reliablen Prüfungsinstruments
- Integration von Maßnahmen zur Erhöhung der Interrater-Reliabilität
- Schulung der regionalen BVP-Qualifizierungseinrichtungen

Teilziel 9

Entwicklung von Konzepten für die Begleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Demenzerkrankung.

Indikatoren

Durchführung eines Expertinnen/Experten-Workshops zu dem Thema in der zweiten Hälfte des Förderzeitraums.

Vorlage einer systematischen Literaturrecherche (eingereichte Publikation) zu dem Thema.

Vorbereitung eines einschlägigen Forschungsantrags zur Einreichung bei einem geeigneten Förderer.

Methodisches Vorgehen:

- Erstellung einer Literaturübersicht
- Erarbeitung eines Forschungsantrags mit geeigneten Kooperationspartnern
- Erhebung von strukturierten Erfahrungsberichten von BVP-GB in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen
- Einleitung einer Kooperation u.a. mit der Arbeitsgruppe ACP für Menschen mit Behinderungen an der DGP
- Weiterentwicklung auf Basis der Erfahrungen der Muster-Curricula
- Erarbeitung spezifischer Konzepte für den Gesprächsprozess mit Menschen mit Beeinträchtigungen und deren Vertrauenspersonen
- Herausarbeiten von sich überschneidenden Herausforderungen der BVP-Gesprächsbegleitung für Menschen mit Behinderung und Menschen mit Demenz (für die weitaus größere Erfahrungen mit BVP vorliegen)

Teilziel 10

Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation für die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g.

Indikatoren

Vorlage einheitlicher Formulare zur Dokumentation des ACP-Prozesses, die nach Diskussion und ggf. Konsentierung durch die AG Dokumentation der DiV-BVP den regionalen BVP-Implementierungen zur Verfügung gestellt werden können.

Methodisches Vorgehen

- Intensivierung des Austauschs mit der ACP-Arbeitsgruppe des Züricher SNF-geförderten MAPS-Trials (um Prof. Tanja Krones) mit dem Ziel der Entwicklung einheitlicher Formulare zur Dokumentation des im ACP-Prozess entwickelten Willens von Patientinnen/Patienten

- Diskussion in einer Gruppe von BVP-Expertinnen/-Experten der bisherigen Formulare der o.g. Arbeitsgruppe, sowie der Formulare, die aus dem Projekt „beizeiten begleiten“ hervorgegangen waren
- Reflektion aller Planungs-Abschnitte
- Involvierung relevanter beteiligter Berufsgruppen (Medizin, Ethik, ACP, Pflegefachkräfte, Soziale Arbeit)
- Aufarbeitung in einem übersichtliches Design
- Erläuterungen für Anwenderinnen/Anwender
- Austausch mit der Arbeitsgruppe Ethik der Deutschen interdisziplinären Vereinigung Intensivmedizin (DIVI), die aktuell einen krankenhaus-internen Notfallbogen vorbereitet
- Vernetzung mit der AG ACP der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer (Prof. Krones, Prof. Marckmann), sowie mit dem Schweizer nationalen Gesetzgebungsverfahren zum Thema ACP (Prof. Krones)

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Darstellung und Analyse der Arbeiten im Vergleich zum ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan, Begründung von Abweichungen. In der Laufzeit erreichte Ziele und Abweichungen zur Planung (z. B. Erreichung des Rekrutierungsziels). Darstellung von positiven und negativen Erfahrungen und Problemen.

Kapitel 5 zeigt detailliert auf, dass die mit dem Projekt verbundenen Zielsetzungen umfangreiche, zeitintensive und mit vielen Detailfragen behaftete Fragestellungen beinhalten, die sich teils erst im Verlauf der ersten Monate weiter konkretisieren ließen. Angesichts des geringen Bekanntheitsgrades des ACP-Konzepts, der langwierigen kontroversen Verhandlungen der Partner der Vereinbarung nach § 132g und der daraus resultierenden Verzögerungen des Inkrafttretens der Vereinbarung sowie der notwendigen intensiven Begleitung von Projekten vor Ort wurde das ursprünglich auf ein Jahr angelegte Projekt um ein weiteres Jahr verlängert und um weitere Fragestellungen wie z.B. die Erarbeitung spezieller Konzepte zur Gesprächsbegleitung für Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Demenzerkrankung erweitert.

Die Projektförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit hat es ermöglicht, eine Reihe wichtiger Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von BVP gemäß § 132g zu schaffen bzw. daran mitzuwirken. Dazu zählen insbesondere die konzeptionelle Weiterentwicklung von Qualifizierungen für BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern sowie BVP-GB-Trainerinnen/-Trainer, die Erarbeitung unterstützender Materialien (wie ein Masterfoliensatz für den BVP-GB-Kurs) und die aktive Beteiligung an der Durchführung zahlreicher Kurse sowie die Unterstützung beim zeitaufwendigen Einzel-Coaching zahlreicher GB. Zahlreiche Gespräche und Telefonate mit den regionalen Akteurinnen/Akteuren, die um Lösungen für ihre Implementierung rangen, waren sehr zeitintensiv, aber elementar, um die Schwierigkeiten verstehen und vermeiden zu lernen. Es wurde deutlich, dass der kulturelle Wandel nur mit sehr viel Sorgfalt und unter Aufgebot großer Ressourcen erreicht werden kann. Daher konnten einige Elemente im Förderzeitraum noch nicht vollständig fertiggestellt werden, insbesondere die Ausformung der Curricula für BVP-GB-Trainerinnen/Trainer und für BVP-Koordinatorinnen/Koordinatoren sowie das eLearning. Diese Arbeiten werden unabhängig von diesem Projekt fortgeführt.

7 Ergebnisse, Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der im Antrag formulierten Projektziele (ggf. unter Berücksichtigung von Auflagen/Empfehlungen); Soll-Ist-Vergleich anhand der Auflistung unter Pkt. 5: In welchem Ausmaß wurden die ursprünglichen Vorhabensziele und -teilziele tatsächlich erreicht? Gab es wesentliche Änderungen? Wenn ja, wodurch und welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für das Projekt?

Das Ziel des Projektes, Grundlagen, Umsetzungsvorschläge und Instrumente für die Implementierung des weithin unbekannten Konzepts ACP / BVP im Rahmen des § 132g (und darüber hinaus) zur Verfügung zu stellen, konnte erreicht werden. Viele der angestrebten Elemente wurden erarbeitet, insbesondere sind unsere Vorarbeiten über die Task Force ACP wesentlich in die Umsetzung der Vereinbarung nach § 132g eingeflossen. Die von uns stark mitgeprägten Standards der DiV-BVP e.V. (als Nachfolgeorganisation der Task Force) bewähren sich vielerorts, wo – wie von uns propagiert – eine regional einheitliche Implementierung von BVP gemäß § 132g (und darüber hinaus) angestrebt wird.

Einige Ergebnisse unserer Arbeit sind bisher unberücksichtigt geblieben, die uns unerlässlich scheinen, um ein erfolgreiches ACP-Konzept in Deutschland zu etablieren. Dazu zählt insbesondere das Konzept für die spezifische Qualifikation von BVP-Trainerinnen/-Trainern, das keinen Niederschlag in der Vereinbarung nach § 132g gefunden hat. Andere geplante Vorhaben wie die Entwicklung eines eLearnings für BVP sowie die formale Ausformulierung eines Trainerinnen-Curriculums haben wir aus Kapazitätsgründen noch nicht abschließen können. Die im Rahmen des Projektes geleisteten Vorarbeiten sind jedoch eine gute Grundlage zur Weiterentwicklung auch dieser Bereiche.

Die folgende detaillierte Übersicht zeigt in den einzelnen Zielsetzungen des Projektes auf, welche Ergebnisse erzielt werden konnten, welche Probleme bestehen und wie wir dies beurteilen.

7.1 „Task Force Advance Care Planning (ACP) / Behandlung im Voraus Planen (BVP)“ an der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Die Task Force Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen (TF ACP) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde im Frühjahr 2016 gegründet und tagte zum ersten Mal im April 2016. Ihr Ziel war es, in Anlehnung an internationale und nationale Modellprojekte Empfehlungen für die Umsetzung des § 132g zu erarbeiten, die den Verhandlungspartnern der Vereinbarung nach § 132g als Orientierung dienen konnten. Es sollten konkrete Empfehlungen zur Implementierung des § 132g in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Beeinträchtigungen und zu den für die entsprechende Qualifizierung erforderlichen Curricula für BVP-GB, BVP-Trainerinnen/-Trainer, BVP-Koordinatorinnen/–Koordinatoren erarbeitet werden. Die erste Förderphase dieses Projekts durch das BMG diente der Unterstützung der TF ACP durch personelle Ressourcen.

Die Mitglieder der TF ACP waren: Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen, Barbara Kremers-Gerads, Dr. med. Christoph Gerhard, Kornelia Götze, Gerda Graf, Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus, Dr. med. Ingmar Hornke, PD Dr. med. dipl. soz. Tanja Krones, Dr. rer. medic. Christiane Luderer, Prof. Dr. med. Georg Marckmann (stellv. Sprecher), Prof. Dr. Gabriele Meyer, Prof. Dr. med. Friedemann Nauck (Sprecher), Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten (Schriftführer), Dr. med. Peter Engeser, Katja Goudinoudis, MAS, Prof. Dr. phil. M.sc. Annette Riedel, Prof. Dr. Stephan Rixen, PD Dr. med. Jan Schildmann, Prof. Dr. Maria Wasner und Meike Weimann.

Im Laufe der Jahre 2016 und 2017 kam es wiederholt zu einem intensiven, informellem und formellem Austausch zwischen Mitgliedern der TF ACP und den Verhandlungspartnern nach §132g sowie dem Interfraktionellen Gesprächskreis Hospiz, so dass die jeweiligen Vorstellungen, Fragen, Anliegen und Sorgen beidseits Berücksichtigung finden konnten.

Am 01. September 2016 konnte den Verhandlungspartnern der Vereinbarung nach § 132g ein erster Entwurf der Empfehlungen der Task Force ACP zur regionalen Implementierung von BVP vorgestellt werden. Dieser etwa 70 Seiten umfassende von der Task Force konsentierte Text bietet einen Überblick über den damaligen nationalen und internationalen Stand für die Implementierung von BVP-Programmen und wurde federführend vom FSP ACP erstellt. Darin werden ethische und rechtliche Aspekte diskutiert, insbesondere auch die Vorausplanung mit einwilligungsunfähigen Personen, Inhalte von Vorausplanungsgesprächen generell sowie ihre Dokumentation. Es werden die neuen Rollen im Gesundheitssystem gemäß § 132g sowie Change Management Strategien als wesentlicher Bestandteil von BVP beschrieben sowie ein kurzer Überblick über Eckpunkte eines Evaluationskonzeptes gegeben.

Am 06. September 2016 nahm Herr Prof. in der Schmitten an einer Sitzung der Verhandlungspartner der Vereinbarung nach § 132g teil, um den Entwurf zu erläutern und Fragen und Anregungen der Verhandlungspartner entgegenzunehmen.

Am 07. November 2016 folgte Herr Prof. in der Schmitten der Einladung zum Forum „Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ des Bundesministeriums für Gesundheit, um mit relevanten Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung die konzeptionellen Arbeiten zu erläutern.

Obwohl in § 132g Abs. 3 festgelegt ist, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Vereinigungen der Einrichtungsträger bis spätestens 12/2016 eine Vereinbarung treffen soll, wurde im Herbst 2016 deutlich, dass die Verhandlungspartnerdeutlich mehr Zeit benötigen würden. Um den Prozess weiterhin zu unterstützen, wurden am 12. Januar 2017 das Muster-Curriculum für BVP-GB (siehe auch: BVP-GB-Qualifizierung) der Task Force ACP/BVP sowie der aktualisierte Stand der o.g. Empfehlungen der TF an die Verhandlungspartnerübersandt. In Kürze stehen diese auch allen Interessierten auf der Internetseite der DiV-BVP zur Verfügung: www.div-bvp.de.

Das Curriculum für die BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-Gesprächsbegleiter basiert auf den Vorerfahrungen des BMBF-geförderten (2008-2011) Forschungsprojekts beizeiten begleiten®. Dieses BVP-

Programm wird seit 2015 an einer zunehmenden Anzahl von Orten angefragt und regional implementiert. Die in den regionalen Workshops für BVP-GB und anschließenden Implementierungen gewonnenen Erfahrungen wurden an das Entwickler-Team von beizeiten begleiten® zurückgespielt und nahmen Eingang in dieses Muster-Curriculum. Hinzu kam die Erörterung und Weiterentwicklung von beizeiten begleiten® durch die multi-professionelle Expertise der Task Force Mitglieder. Eine weitere Neuerung war die Kooperation mit der bisher parallel arbeitenden Züricher MAPS-(ACP-)Arbeitsgruppe im Bestreben, ein gemeinsames deutsch-schweizerisches BVP-Programm zu entwickeln (siehe auch: Kooperationen).

Des Weiteren erstellte der FSP ACP in Zusammenarbeit mit dem Medienlabor der philosophischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ein Best-Practice-Video. In diesem wird ein reales Gespräch gezeigt. Der Hintergrund dieser Erstellung waren die im Rahmen des Austausches mit den Verhandlungspartnern deutlich gewordene Unsicherheit über den konkreten Inhalt der „gesundheitlichen Versorgungsplanung für das Lebensende“ sowie über die resultierenden Qualifizierungsanforderungen für die BVP-GB. Dieses Video wurde gemeinsam mit der schriftlichen Reflexion einer Gesprächsbegleitung an die Verhandlungspartner übersandt.

In den Jahren 2016/17 nahmen acht der zwanzig TF ACP Mitglieder an BVP-GB-Workshops nach dem Curriculum von beizeiten begleiten® teil. In der Folge trugen sie sowohl aus ihrer professionellen als auch aus der Perspektive der zu Qualifizierenden zu der Weiterentwicklung der Empfehlungen bei. Sieben dieser acht BVP-GB nahmen auch an der darauf aufbauenden Qualifizierung zur BVP-Trainerin/zum BVP-Trainer teil und schlossen diese im April 2017 ab (siehe auch: BVP-Qualifizierung von Trainerinnen und Trainern).

Im Mai/Juni 2017 wurde ein Entwurf der Vereinbarung, wie vom Gesetzgeber vorgegeben, den in §132 g Abs. 3 genannten Verbänden mit der Bitte um Stellungnahme vorgelegt. Auf diesen Prozess hat auch der Forschungsschwerpunkt ACP im Rahmen einer federführend für die DiV-BVP verfassten Stellungnahme sowie durch die Beratung anderer hier Stellung nehmender Fachgesellschaften Einfluss genommen.

Die schließlich getroffene Vereinbarung nach § 132g datiert vom 13.12.2017, wurde am 07.02.2018 veröffentlicht und ist rückwirkend zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten.

Diese mehr als einjährige Verspätung gegenüber der vom Gesetzgeber vorgesehenen Frist ist für den FSP ACP insofern von Bedeutung, als eine Reihe von Pflegeeinrichtungen die wesentlich vom FSP ACP entwickelten und in verschiedenen Regionen personell (als BVP-Trainerinnen/Trainer) unterstützten Qualifizierungen für BVP-GB in Anspruch genommen haben in der Erwartung, ihre Leistungen ab dem 01.01.2017 gemäß § 132g abrechnen zu können. Die Verspätung um über ein Jahr bedeutete für diese Pionier-Einrichtungen eine erhebliche Belastung durch die für Qualifikation und Gesprächsleistung investierten Ressourcen und für den FSP ACP eine fortwährende Aufgabe, nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen und die Regionen bei ähnlichen Bemühungen zu unterstützen.

Ungeachtet ihrer Verspätung ist diese Vereinbarung inhaltlich auch als ein zentrales Ergebnis der Arbeit des FSP ACP und damit der Projektförderung anzusehen. Sie berücksichtigt eine Vielzahl von Empfehlungen zur Ausgestaltung von Behandlung im Voraus Planen, die von Seiten der Task Force ACP sowie seit 2017 der DiV-BVP unter wesentlicher Beteiligung des FSP ACP erarbeitet wurden.

Aus unserer Sicht weist die Vereinbarung aber zwei Defizite auf:

a. Für die „interne und externe Vernetzung“ (§§ 10 und 11 der Vereinbarung), also die für die Implementierung erforderlichen Koordinationsleistungen, enthält die Vereinbarung weder ausreichende Vorgaben für die Qualifikation, noch sind dafür adäquate personelle Ressourcen vorgesehen, noch sollen diese Koordinationsleistungen in irgendeiner Weise dokumentiert werden; vgl. unten „BVP- Qualifizierung für Koordinatorinnen und Koordinatoren, Kapitel 7.2.3“.
b. Zwar ist die Qualifizierung von BVP-GB detailliert und weitgehend im Sinne der Task Force ACP geregelt worden, doch ist eine Akkreditierung der entsprechenden Trainerinnen/Trainer (Dozentinnen/Dozenten) nicht vorgesehen. Demzufolge kann jede Institution, egal ob spezifisch kompetent oder nicht, Qualifizierungen für BVP-GB gemäß § 12 der Vereinbarung anbieten. Damit ist das Niveau dieser Qualifizierung dem freien Markt überlassen. Dies birgt erhebliche Risiken für den Erfolg der Umsetzung eines ACP-Konzeptes . Vgl. unten „BVP-Qualifizierung für Trainerinnen und Trainer, Kapitel 7.2.2“

Beide Defizite stellen Herausforderungen dar, mit denen der FSP ACP auch weiterhin befasst ist.

Beurteilung

Zusammenfassend kann die Arbeit der TF ACP und die Zusammenarbeit mit dem FSP ACP als erfolgreich angesehen werden. Es konnten die wesentliche Empfehlungen erarbeitet und den Verhandlungspartnerinnen/-partnern zur Verfügung gestellt werden. Die kontroversen Diskussionen zeigten und zeigen bis heute, dass das Thema brisant und wichtig, jedoch auch umstritten und bisher in Deutschland nur wenig bekannt ist sowie in manchen Kreisen Ängste und Irritationen hervorruft, die zumindest in Teilen Missverständnisse bzw. eine fehlende Vertrautheit mit der Materie erkennen lassen. Es wurden alternative Zielsetzungen des § 132g zu ACP, wie es mittlerweile in der internationalen Literatur [6] definiert wird, diskutiert und die Fokussierung von ACP auf zukünftige medizinische Behandlungen in Frage gestellt. Dennoch konnte im Februar 2018 die Vereinbarung zum § 132g veröffentlicht werden. Diese schuf einen guten Rahmen für den § 132g: In der Präambel wird hervorgehoben, dass sich die Vereinbarung an ACP orientiert: „[…] Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe lehnt sich an das internationale Konzept des „Advance Care Planning“ (ACP) an. […]“. Es wurden Inhalte der Qualifizierung der Gesprächsbegleiterinnen/Gesprächsbegleiter, die Abrechnung der Gesprächsleistung und die hierfür notwendigen Voraussetzungen der Einrichtungen geregelt. Die Verhandlungspartner haben die Empfehlungen der TF ACP in wichtigen Teilen übernommen, jedoch

blieben relevante Elemente für ein nachhaltiges, effektives Konzept unberücksichtigt, die nach unserer Auffassung deutliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Pflege haben können.

Die TF ACP war eigens für die Begleitung der Ausarbeitung der Vereinbarung gegründet worden und hat sich seither nicht wieder getroffen. Viele der Mitglieder unterstützen nun die Arbeiten der DiV-BVP, die aus der TF ACP hervorgegangen ist. So konnten Kooperationspartner für die Zukunft (gemeinsames Innovationsfond-gefördertes Projekt) gewonnen und die ACP-Expertise in Deutschland gestärkt werden.

7.2 BVP-Qualifizierungen

7.2.1 BVP- Qualifizierung für Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter

Das bereits durch die Task-Force ACP an der DGP erarbeitete Curriculum für BVP-GB konnte im Sommer des Jahres 2017 unter Federführung des FSP ACP grundlegend überarbeitet werden. Ursprünglich war das BVP-GB-Curriculum eine Frucht des BMBF-geförderten Forschungsprojekts beizeiten begleiten® (2008-2011) und wurde als solches von der Task Force ACP mit einigen Anpassungen verschriftlicht. Im Jahr 2017 wurde das Curriculum in enger Kooperation mit einer für die Schweiz maßgeblichen Züricher Arbeitsgruppe unter Frau Prof. Tanja Krones zu einem Curriculum der DiV-BVP weiterentwickelt und dadurch auf eine breitere Grundlage gestellt (siehe auch: TF ACP).

Die Schweizer Arbeitsgruppe ist in engem Kontakt mit dem Schweizer Bundesgesundheitsministerium, das seinerseits an einer gesetzlichen Form für die Einführung von ACP/BVP in der Schweiz arbeitet (siehe unten: Kooperationen).

Das neue Format der Qualifizierung von BVP-GB wurde vom 25.-26.10.17 ausführlich auf einer Tagung der Akademie Loccum dargestellt, an der auch ein Vertreter des GKV Spitzenverbands teilnahm, und die darin vorgesehenen Ausbildungszeiten und – inhalte finden sich weitgehend in der Vereinbarung nach § 132g vom 13.12.17 wieder. Neu ist hier insbesondere die Integration von 24 UE Schauspiel-Patientinnen/-Patienten (SP)-gestütztes Simulationstraining, die nicht in die Vereinbarung übernommen wurde.

In den Monaten Mai 2016 – Juni 2017 konnten in Frankfurt am Main, München, Bochum und Neuss 232 BVP-GB-Trainees ausgebildet werden (Stand: Juni 2017). Viele der Teilnehmenden hatten Leitungspositionen inne und nahmen mit der Intention teil, das Konzept als BPVP-Trainerinnen/Trainer oder BVP-Koordinatorinnen/Koordinatoren zu implementieren. Nach dem neuen Konzept mit den SP-gestützten Rollenspielen waren es bis Ende 2018 zusätzliche 177 Teilnehmende, die in Bochum, Frankfurt, Göttingen, Köln, München, Nürnberg und Regensburg qualifiziert wurden. Die Kurse nach dem neuen Konzept sind durch die 24 UE SP-Training in Kleinstgruppen kleiner als zuvor.

Die Vermittlung der für BVP erforderlichen kommunikativen Kompetenzen erweisen sich zunehmend als Herausforderung, mit anderen Worten: Etwas weniger als ein Drittel der bisherigen Kursteilnehmenden war mit dem Erwerb der Kompetenzen, die für BVP-Gesprächsbegleitungen zwingend erforderlich sind, in der vorgegebenen Zeit über kurz oder lang überfordert.

Es wurden aus dieser für den Erfolg der Umsetzung des § 132g hoch relevanten Beobachtung eine Reihe von Konsequenzen für die Kurse der DiV-BVP gezogen:

1. An erster Stelle steht die erforderliche gute allgemein-kommunikative Vorqualifikation der Teilnehmenden, aus der sich auch Gründe für eine kooperations-basierte regionale Implementierung gemäß § 7(2)c der Vereinbarung (statt einer einrichtungs-zentrierten Implementierung gemäß § 7(2)a der Vereinbarung) ableiten lassen, weil nur so regelrechte Bewerbungsverfahren für die Position von BVP-GB möglich sind und wirklich geeignete Bewerberinnen/Bewerber ausgewählt werden können (vgl. Abschnitt 7.3.2).
2. Die zweite Konsequenz ist die in den Kapitel 7.2.1.1 und 2 dargestellte Optimierung der Workshop-Didaktik durch SP-Training und die Aufteilung in drei Blöcke.
3. Die dritte Konsequenz ist die in Kapitel 7.2.1.5 dargestellte Entwicklung einer Performanz-Bewertung in Verbindung mit einem Minimalstandard, der für die Zertifizierung als BVP-GB nachgewiesen werden muss.
4. Als vierte Konsequenz verfolgen wir die im Kapitel 7.2.1.3 dargestellte Entwicklung eines eLearnings als dringend zusätzlich wünschenswertes didaktisches Element. Als besonderer Vorteil des eLearnings ist hervorzuheben, dass kommunikative Techniken und Kompetenzen, aber auch eine empathische Haltung gut in Video-Clips (good vs. bad practice) demonstriert werden können.

Zu den wesentlichen weiteren Arbeitspaketen zählten:

- die Überarbeitung der Inhalte, auch unter Berücksichtigung der Vereinbarung zum § 132g SGB V vom 13.12.17
- die Weiterentwicklung eines Masterfolien-Satzes, der unabhängig von Ort und Dozentin/Dozenten einen gleichbleibenden inhaltlichen Standard für die theoretischen Lehr-Einheiten ermöglicht
- die Weiterentwicklung der Workshop-Didaktik für Kleingruppen und Rollenspiele
- die Integration von Schauspiel-Patientinnen/-Patienten (SP)-gestützten Simulationstrainings in den Qualifikations-Workshop (s.u.)

Es werden im Folgenden einzelne besonders arbeitsintensive Aspekte der Neuentwicklung des Workshop-Formats dargestellt.

7.2.1.1 Erarbeitung und Etablierung eines Schauspiel-Patientinnen/-Patienten (SP) gestützten Workshop-Formats

Die im Vorgänger-Projekt beizeiten begleiten® entwickelte und seit Mitte 2015 an mehreren ACP-Schulungszentren Deutschlands praktizierte, in der Regel 6-malige Einzel-Supervision der in Ausbildung befindlichen BVP-GB-Trainees vor Ort in ihrer jeweiligen Einrichtung hat sich in der Erfahrung von über 20 Workshops mit über 250 Teilnehmenden nicht ausreichend bewährt:

- Es bestehen allseits hohe praktische und psychologische Hürden, die erforderlichen Termine zu vereinbaren und einzuhalten,
- die Vor-Ort-Einzel-Supervision ist für die Trainerinnen/Trainer extrem zeit-intensiv und ihre in der Pionierphase nie in Rechnung gestellten Kosten wären bei einer Professionalisierung und Ausweitung in die Breite kaum kalkulierbar,
- die in der Einzel-Supervision angetroffenen Bewohnerinnen/Bewohner bilden nicht verlässlich die unterschiedlichen Gesprächsherausforderungen ab, auf welche ein GB--Trainee vorbereitet werden muss,
- die Supervision ermöglicht zwar eine kritische Rückmeldung im Nachhinein, doch können wichtige Kompetenzen mit Rücksicht auf die häufig vielfach eingeschränkten Bewohnerinnen/Bewohner nicht an diesen geübt und erworben werden, d.h. die Effektivität der Einzel-Supervision ist nicht so hoch wie erhofft.

Der FSP ACP hat daher – ausgehend von den Erfahrungen mit SP-gestütztem Rollenspiel-Trainings in der medizinischen Lehre kommunikativer Fähigkeiten – anstelle der Einzel-Supervision ein zeitlich etwa äquivalentes, dabei aber ungleich effektiveres SP-gestütztes Rollenspiel-Training für BVP entwickelt und in das Workshop-Format integriert. Es ist immer noch sehr Trainerinnen-/Trainer-intensiv, da eine 1:1-Trainings-Situation gegeben sein muss, und es kommen die Kosten für die SP hinzu, dafür fallen aber die Terminierungen und Fahrtzeiten für die Vor-Ort-Termine weg.

Die Vorbereitung dieses SP-Trainings war sehr aufwendig und ein zentrales Arbeitspaket des FSP ACP:

- In Anlehnungen an (teils auf Video festgehaltene) BVP-Gespräche mit realen Bewohnerinnen /Bewohnern wurden zehn komplexe Rollen konzipiert, welche im Sinne eines systematischen Mappings wesentliche Herausforderungen an BVP-GB abdecken. Die von uns erstellten Skripte für diese Rollen, die den SP zur Einarbeitung zur Verfügung gestellt werden, umfassen im Mittel jeweils 30 Seiten. Hierbei wurde der komplette Ablauf einer BVP-Gesprächsbegleitung abgebildet, und jede Rolle enthält spezifische, typische kommunikative Fallstricke und Herausforderungen, neben individuellen Biografien und Charakterzügen.
- Insgesamt 46 SPs wurden zunächst in Düsseldorf, dann mit Unterstützung des Düsseldorfer Teams am FSP ACP in den kooperierenden BVP-Schulungszentren München, Göttingen, Marburg und Frankfurt in Sitzungen von 4 UE pro Rolle (inkl. Feedbackschulung) auf 9 dieser 10 Rollen trainiert; eine Rolle diente der Erstellung eines Videos, das während des Trainings gezeigt

wird. Der FSP ACP kooperierte hierfür mit einer SP-Trainerin des CoMed Teams der HHU Düsseldorf, Frau Stefanie Otten, die für den SP-Pool der Medizinischen Fakultät verantwortlich ist. Das dabei entwickelte Know-How wurde zunehmend systematisiert und an die kooperierenden ACP Zentren an den o.g. Orten weitergegeben, in dem Frau Otten und/oder Frau Götze dort ausgewählte SP-Trainerinnen/Trainer sowie SP-Teams schulten.

- Weitere begonnene Maßnahmen dienen dazu, das in den Workshops außerordentlich erfolgreiche und weiterführende SP-Training systematisch zu verbessern und eine gleichbleibende Qualität auch an verschiedenen Zentren zu sichern. So wurde begonnen, eine Videothek für die Schauspielpatientinnen/-patienten zu erarbeiten. Für die Nachhaltigkeit der Qualität des Schauspiels ist die regelmäßige Anwesenheit der SP-Trainerinnen/-Trainer bei den Workshops erforderlich. Um von verschiedenen Schulungszentren aus auf die SP's zugreifen zu können, wurde eine im Aufbau begriffene internetbasierte BVP-SP-Datenbank angelegt. Die Rollen-Skripte befinden sich in Überarbeitung, und wir entwickeln auch Arbeitshilfen für die Durchführung des Trainings der SP.
- Es konnte die Methode des Mikroteachings in den SP-Einheiten (weiter-)entwickelt werden und ist nun fester Bestandteil der BVP-Trainerinnen/Trainer-Qualifizierung. Mikroteaching bedeutet, dass die Trainerin/der Trainer und die GB-Trainees die Simulation mit dem SP jederzeit unterbrechen können, um z.B. schwierige Gesprächssituationen zu üben oder gute Gesprächssituationen hervorzugeheben und dadurch zu verfestigen. Durch den engen Austausch ist es möglich, spezifische BVP-Kommunikationstechniken, aber auch Haltungen nachhaltig zu üben bzw. zu überdenken und eine hohe Selbstwirksamkeit zu erreichen, da optimalerweise durch die Rückmeldungen und Gespräche direkt Neues erlernt und auch umgesetzt werden kann.

Beurteilung

In der Rückschau konnte dieses arbeitsintensive Arbeitspaket erfolgreich abgeschlossen werden, und das Ergebnis hat seinen festen Platz in der Implementierung des § 132g nach den Standards der DiV-BVP gefunden. Das SP-gestützte Simulationstraining kann als Paket auch in Zukunft für andere Regionen bereitgestellt werden, wenn sie das BVP-Programm nach den Standards der DiV-BVP implementieren möchten. Darüber hinaus konnte hierzu am FSP ACP eine spezifische Expertise aufgebaut werden, die seither für die Erstellung von SP-Skripten, der Durchführung von Trainings von SP's und den Einsätzen von SP's in BVP-GB-Workshops genutzt werden sowie u.a. auf Kongressen an interessierte Kolleginnen/Kollegen weitergegeben wird. Hinzu kommt, dass die GB-Qualifizierungen nach den Standards der DiV-BVP hiervon stark profitiert haben. Viele Teilnehmenden äußern zu Beginn der Workshops Ressentiments gegenüber den SP-Einheiten und zeigen sich am Ende dankbar und erstaunt darüber, wie hilfreich diese Einheiten waren. Oft werden sie als effektivster Teil der Qualifizierungen erlebt.

7.2.1.2 Separierung des Unterrichtsteils (48UE) in 3 Blöcke (A-C) und supervidiertes Üben von BVP-Gesprächen und ihrer Dokumentation zwischen den Blöcken

Aus den BVP-Workshops des alten, 3-tägigen Formats (beizeiten begleiten®) wurde die Erfahrung berichtet, dass die vermittelten Inhalte in ihrer Dichte und Fülle viele Teilnehmende überforderten und dass im Anschluss häufig die Kompetenz sowie das Selbstvertrauen fehlten, mit den BVP-Gesprächsbegleitungen zu beginnen. Neben der vorstehend beschriebenen Einführung des SP-Trainings anstelle von Einzel-Supervisionen nutzten wir das neue Format für eine Trennung des Gesamtworkshops in drei Blöcke (A-C) mit unterschiedlichen, aufeinander aufbauenden inhaltlichen Schwerpunkten.

Zwischen den Blöcken A und B sowie B und C gibt es nun insgesamt zwei Übungsphasen, in denen die Teilnehmenden Gelegenheit erhalten, das im vorausgegangenen Block Erlernte in jeweils mindestens 6 realen Gesprächen zu üben. Der Nachweis dieser Übungen (Dokumentation auf den einheitlichen Vorsorgedokumenten) und ihre Erörterung mit den Trainerinnen/Trainern sind Voraussetzung für die Zulassung zur Teilnahme am nächsten Block. In diesen beiden Übungsphasen sind auch die 4x3 UE integriert, die in der Vereinbarung nach § 132g als „Praxisteil 1“ vorgesehen sind, wobei eine direkte Supervision realer Gesprächsbegleitungen vor Ort durch eine Trainerin/Trainer erfolgt. Eine entsprechende enge Trainer-Begleitung wird auch in der an den Gesamt-Workshop anschließende Praxisphase (Teil 2 gemäß der Vereinbarung zum § 132g) durchgeführt.

Beurteilung

Diese Aufteilung der GB-Qualifizierung in drei durch Übungsphasen getrennte Blöcke hat zu einer steileren Lernkurve der Teilnehmenden geführt und ebenso zu einem früheren Ausscheiden derer, die die GB-Qualifizierung aus verschiedensten Gründen nicht erfolgreich abschließen können oder wollen (siehe auch: Zertifizierung von GB). Beides bewerten wir als Erfolg.

Die teils telefonischen, teils vor Ort erfolgenden Einzel-Supervisionen der Übungsgespräche sind effektiv und nachhaltig, erfordern jedoch enorme Trainer-Kapazitäten, da die Supervisionen im Mittel mindestens 60 Minuten andauern. Bei einem Kurs von 16 Teilnehmenden sind das 96 Trainer-Stunden zwischen den Blöcken. Dieser erhebliche Aufwand wurde bisher an vielen Standorten noch nicht zu Marktpreisen kalkuliert, da die resultierenden Kosten kaum vermittelbar wären. Als mögliche Lösungen sehen wir die die Entwicklung eines die Nachbereitung unterstützenden eLearnings, mit der wir bereits begonnen haben, sowie möglicherweise langfristig die Delegation eines Teils der Supervision im Praxisteil an erfahrene Peer-Gesprächsbegleiterinnen/ -begleiter, sobald diese verfügbar sind.

7.2.1.3 ELearning für BVP-Gesprächsbegleiterinnen und -Gesprächsbegleiter

Die Vermittlung der für BVP erforderlichen kommunikativen Kompetenzen erweisen sich, wie einleitend geschrieben, zunehmend als Herausforderung und ein eLearning wird als weiterer Baustein in der Qualifizierung als effektives und nach Erstellung ressourcenschonendes didaktisches Element eingestuft.

Internationale ACP-eLearnings

Bereits durch die Hospitationen von Kornelia Götze (siehe: Kooperationen) bei dem ACP-Programm „To Tatou reo – our voice“ in Neuseeland konnten erste Einblicke in eLearnings für ACP-Qualifizierungen gewonnen werden. Sie absolvierte zwei Kurse, welche auf diese Weise vorbereitet wurden. Hierbei konnte sie feststellen, dass die Vorbereitung der Kurse sowohl effektiv als auch gut zu bewältigen ist. Durch die vielen integrierten Videos war es einfach, aufmerksam zu bleiben und zu erleben, wie sorgsam angewendete Kommunikationstechniken den Gesprächsverlauf beeinflussen.

Ebenso stellte uns das Schweizer Team um Prof. Dr. Tanja Krones einen Zugang zu ihrem eLearning zur Verfügung. Dieses dient als Zugangsmodul zu den ACP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter und –Botschafterinnen/-Botschafter-Workshops, steht jedoch auch für sich, um interessierten Professionellen aus dem Gesundheitssystem die Grundlagen von ACP zu vermitteln. Auch hier wird viel mit Videos und Animationen gearbeitet.

Im Sommer 2017 schloss die am FSP-ACP tätige Designerin, Bärbel Möllmann, einen Vergleich mehrerer internationaler eLearnings für ACP im Sommer 2017 an. Hierbei wurde deutlich, dass die Zielgruppe und die Dauer der verschiedenen eLearnings sehr heterogen und für uns nicht ohne weiteres zu adaptieren sind. Manche eLearnings richteten sich an Laien, andere sind qualifizierungsbegleitend und hierdurch sehr spezifisch. Dennoch konnten hilfreiche Elemente ausgemacht werden, die in den folgenden Schritten in das eLearning für BVP-GB integriert werden sollten.

EBibliothek von realen BVP-Gesprächsbegleitungen

Durch die BMG-Förderung war es uns möglich, 20 reale Gesprächsbegleitungen mit Coaching von BVP-GB-Trainees mit dem Filmteam des Medienlabors der philosophischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität in professioneller Qualität aufnehmen und schneiden zu lassen.

Dieses Video-Material steht nun als online Video-Bibliothek ausgewählten BVP-Trainerinnen/ -Trainern und allen Mitarbeiterinnen des FSP ACP zur Verfügung. Es kann in eLearnings (für GB, für Trainerinnen/Trainer, für Koordinatorinnen/Koordinatoren sowie für einen Basiskurs) integriert werden. Im Verlauf wurde deutlich, dass die Videos transkribiert werden müssen, da eine Bearbeitung an den Filmen durch die ACP-Expertinnen/Experten des FSP ACP für den Schnitt deutlich mehr Zeit in Anspruch genommen hätte, auch da verschiedene Aspekte unterschiedliche Schnitte benötigen. Diese Transkription wurde im Sommer 2017 abgeschlossen und aus Mitteln des eLearning Förderfond der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf finanziert (siehe: Projektanträge / eingeworbene Mittel).

Aus dem Videomaterial wurden Kurzfilme mit realen Gesprächssituationen erarbeitet, die im Rahmen von Vorträgen und GB-Workshops genutzt werden, um das Konzept von BVP verdeutlichen zu können.

Darüber hinaus sind einige der Filme Vorbild für SP-Rollen (siehe: Erarbeitung und Etablierung eines SP-gestützten Workshopformats) geworden und können den SP's im Training als Vorbild dienen.

Erarbeitung des eLearnings

Seit Anfang 2018 wurden eine eLearning-Matrix und ein Layout für die eL-spezifische Software (Storyline von der Firma articulate) entwickelt. Es entstand eine Matrix, die eine zusätzliche Schulungsdauer der Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern von etwa 48 UE zur Folge haben wird. Sie ist in Vor- und Nachbereitung der Präsenzzeiten aufgeteilt. Dieses ganze Vorhaben in guter Qualität zu realisieren, wird jedoch noch sehr viel Zeit und Ressourcen in Anspruch nehmen.

Für einzelne Kapitel liegen Unterkapitel und Lernziele bereits vor. Bis zum Ende des Förderzeitraums konnte in Abstimmung mit den anderen regionalen BVP-Trainerinnen/-Trainern ein Modul entwickelt werden, für das der FSP ACP gemeinsam mit seiner Designerin ein Storyboard erstellte und in Storyline umgesetzt hat. Dieses steht nun online zur Evaluation durch BVP-GB und BVP-Trainerinnen/-Trainer zur Verfügung.

Beurteilung

Die (Vor-)Arbeiten, die im Förderzeitrum realisiert, wie auch die Erfahrungen, die im Rahmen des BVP-Trainerinnen/-Trainer eLearnings gemacht werden konnten, waren sehr wichtig, um dieses weiterhin wichtige Vorhaben in Zukunft realisieren und um Erarbeitetes nun evaluieren und weiterentwickeln zu können. Insbesondere sind die Abläufe zwischen Designerin und ACP-Expertinnen/-Experten klarer geworden, welche vor der Förderung trotz kollegialer Beratung nicht deutlich geworden waren. Das Projekt wird mit anderen Mitteln fortgeführt (siehe: Projektanträge/eingeworbene Mittel).

7.2.1.4 Entwicklung einer praktischen Kommunikationsprüfung unter Verwendung von trainierten Schauspiel-Patientinnen/-Patienten (sog. SP-gestützter OSCE) zur Zertifizierung und Re-Zertifizierung von BVP-Gesprächsbegleiterinnen und -Gesprächsbegleitern

Ziel dieser summativen Zertifizierung war die nachhaltige Gewährleistung eines einheitlichen Mindest-Qualitätsstandards von BVP-GB auf hohem Niveau, was angesichts der hohen Verantwortung der nicht-ärztlichen BVP-GB dringend erforderlich ist.

Hierfür war geplant, fünf bis zehn weitere ausführliche Rollenskripte für SP zu schreiben, was entsprechende Trainings erforderlich gemacht hätte (siehe oben: Erarbeitung und Etablierung eines SP-

gestützten Workshop-Formats). In einem OSCE können die für die BVP-Gesprächsbegleitung erforderlichen Kompetenzen strukturiert geprüft und ggfls. dokumentiert werden.

Im Rahmen der Einarbeitung in einschlägige Literatur und durch kollegiale Beratungen wurde deutlich, dass dies in den Regionen derzeit nicht realisierbar ist. Das Format würde hohe personelle und finanzielle Ressourcen beanspruchen, die zusätzlich zu dem ohnehin schon aufwendigen SP-gestützten Workshop-Format aufgebracht werden müssten, was sowohl aus der Perspektive von Trainerinnen/Trainern als auch der von Teilnehmenden unrealistisch erscheint.

Aus diesem Grund wurde das Ansinnen verworfen und dafür das Vorgehen in den Kursen umgestellt: Es wurde ein Kompetenz-/Performanz-Bewertungsbogen entwickelt, mit dem die Gespräche in den Rollenspielen im Workshop sowie in den Vor-Ort-Supervisionen bewertet werden können (siehe auch nächstes Kapitel).

Beurteilung

Mit der in das SP-Training eingebetteten Kompetenz-/Performanzbewertung ist ein Instrument entwickelt worden, welches ohne zusätzlichen Ressourcen in den Kursrahmen zu integrieren war und von den regionalen BVP-Trainerinnen/–Trainern als auch von den Teilnehmenden gut angenommen wurde.

7.2.1.5 Zertifizierung der Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter / Konzeption einer reliablen und validen Bestehenshürde

Angesichts der beobachteten Qualitätsunterschiede bzw. Entwicklungsgrenzen hinsichtlich der BVP-Kompetenzen bei nicht wenigen BVP-GB-Trainees besteht bei den nach den Standards der DiV-BVP zertifizierten Trainerinnen/Trainern Einigkeit darüber, dass das Zertifikat nicht einfach für die Anwesenheit bei den Workshops vergeben, sondern an das nachgewiesene Erreichen von Mindest-Standards kommunikativer, BVP-spezifischer Kompetenz geknüpft sein muss. Die Frage bleibt, wie die Zertifizierung von BVP-GB erfolgen kann, so dass ungeeignete Trainees ihre Bemühungen möglichst frühzeitig beenden und sich ggf. in anderen Funktionen oder Rollen für BVP engagieren können, um Kränkungen, Frustrationen und unnötige Investitionen zu vermeiden.

Wir haben zum einen die Erfahrung gemacht, dass die BVP-GB selber merkten, dass sie diese Rolle nicht einnehmen wollten, es sich aber nicht trauten, dies von sich aus zu artikulieren. Zum anderen nahmen manchmal als erste die BVP-Trainerinnen/–Trainer wahr, dass eine Befähigung des BVP-GB-Trainees, die Rolle einzunehmen, im normalen Kurs-Rahmen (Zeit, Kosten) nicht möglich sein wird. Eine Befähigung über den Kurs-Rahmen hinaus ist mit einem hohen persönlichen, personellen und finanziellen Aufwand verbunden, über den die BVP-GB-Trainees informiert sein müssen, falls es den regionalen Trainerinnen/Trainern im konkreten Fall überhaupt möglich ist, dies anzubieten. Ebenso kommt von den Einrichtungsleitungen der Wunsch, dass seitens der Trainerinnen/Trainer

früh und klar kommuniziert wird, da diese auch erhebliche Investitionen (z.B. aufgrund von Arbeitsausfällen) tätigen.

Daher hat der FSP ACP ein Konzept für eine fortlaufende Evaluation der GB-Performanz ab Workshop-Block A entworfen, um die Performanz der GB frühzeitig eruieren bzw. prognostizieren und Konsequenzen hieraus ableiten zu können. Hierfür wurde eigens eine workshop-begleitende Evaluation erarbeitet (siehe Kapitel 7.2.1.4), die im Ergebnis eine Bewertung der Performanz nach dem Ampel-Schema ermöglicht. Die Evaluation bildet den Umgang mit Emotionen ab, die Anwendung allgemeiner Gesprächstechniken, die Fähigkeit, Feedback zu erhalten und umzusetzen, sowie spezifische BVP-Gesprächstechniken, die die unterschiedlichen Gesprächsabschnitte wiederspiegeln.

Eine formale Prüfung der Validität und Reliabilität wie auch der Inter-Rater-Reliabilität sind ausstehend. Es ist geplant, im Rahmen der Train-the-Trainer-Schulungen die Inter-Rater-Reliabilität zu prüfen.

Integriert sind diese Performanz-Erhebungen in eine im Anschluss an jeden Kurs-Block abgehaltene Trainerinnen-/Trainer-Konferenz, in der anhand der vorliegenden Kompetenzbewertungen aus zwei SP- und zwei Teilnehmer-Rollenspielen diskutiert und festgelegt wird, welchen Teilnehmenden was als formales (=empfehlendes) Feedback der Trainerinnen-/Trainer-Gruppe übermittelt wird. Im Laufe der Kursblöcke werden darüber hinaus die Ergebnisse aus den Übungseinheiten zwischen den Blöcken integriert, um ein möglichst zuverlässiges Bild der Kompetenz/Performanz zu erhalten und dieses rückmelden zu können.

Den BVP-GB-Trainees ist es freigestellt, ob sie dem Feedback der BVP-Trainerinnen/-Trainern folgen, die Qualifizierung nach Block A bzw. B zu beenden, jedoch nehmen sie mit einer abweichenden Entscheidung auch in Kauf, dass eine Zertifizierung am Ende abgelehnt werden könnte.

Beurteilung

Für BVP ist es von großer Bedeutung, dass der Standard in der Gesprächsführung ein Minimum nicht unterschreitet. Dieser Standard kann z.B. Haltungs-, Kommunikations- oder inhaltliche Fragen betreffen. Nur so können sich sowohl die vorausplanenden Personen als auch die Anwenderinnen/Anwender darauf verlassen, dass die Verfügung freiwillig erstellt wurde und verlässlich den Willen der vorausplanenden Person wiedergibt. Die breite Kompetenz-/Performanzbewertung über alle Qualifizierungsbereiche hinweg hat sich in Pilot-Workshops bereits bewährt. Sie wird nun in der Breite getestet, Rückmeldungen werden aufgenommen und verarbeitet.

7.2.1.6 Anpassung an Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und an Demenz erkrankten Menschen

In der Erarbeitung der SP-Rollen wurden drei Rollen ausgearbeitet, in denen die betroffene Person aufgrund einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung oder einer geistigen Beeinträchtigung selbst

nicht (mehr) planen kann. Diese Rollen wurden in das Workshop-Format theoretisch (Seminarteil) und praktisch (Rollenspieltraining) integriert. In einem vierten Rollenspiel trifft die/der BVP-GB-Trainee auf eine Bewohnerin/Bewohner mit leichtgradiger Demenz, welche viele Entscheidungen im Rahmen einer Vorsorgeplanung mit Assistenz treffen kann. Hierbei kann nach theoretischer Vorbereitung im Unterricht assistierte Autonomie praktisch erprobt und geübt werden.

Des Weiteren ist die Erstellung einer Vertreterdokumentation (siehe auch: Einheitliche Dokumente) seit vielen Jahren Teil des ACP-Programms beizeiten begleiten® und wurde von der DiV-BVP übernommen sowie u.a. mit den Mitteln der BMG-Förderung weiterentwickelt. In der Vertreterdokumentation kann die vertretende Person für medizinische Krisenfälle Vorsorge treffen, wenn die betroffenen Personen dies selber nicht (mehr) können, auch nicht nach ausgiebiger Bemühung und unter Einsatz aller zur Verfügung stehenden Assistenzmittel. Die rechtlichen und ethischen Hintergründe wie auch die Erstellung der BVP-Vertreterdokumentation sind wesentlicher Bestandteil der Qualifizierung.

Darüber hinaus bestehen über Dr. Sabine Petri (Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.) die die AG BVP für / mit Menschen mit Behinderung der DiV-BVP leitet, in der auch der FSP ACP engagiert ist, sowie über Frau Dr. Birgitta Behringer (regionales BVP-Projekt Bochum) enge Kontakte zu BVP-GB, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe BVP-Gespräche durchführen. Diese informellen Rückmeldungen flossen in die obigen Überlegungen ein und werden auch in Zukunft die Weiterentwicklung des Curriculums beeinflussen.

Beurteilung

Durch die dargestellten Maßnahmen war es uns möglich, das Thema in den BVP-GB-Qualifizierungen zu schärfen und durch die praktischen Übungen Kompetenzen zu vermitteln. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die Spezifika von BVP mit / für Menschen mit Behinderung bisher noch immer zu wenig Beachtung erfahren haben und dringend der Klärung bedürfen. Wir wiederholen hier einen Satz aus Abschnitt 7.2.1.6: Derzeit konstituieren sich unter Moderation des FSP ACP auch im Großraum Düsseldorf Regionen, in denen BVP gemäß den Standards der DiV-BVP regional eingeführt werden soll. Sobald es Pilot-Einrichtungen der Lebenshilfe gibt, mit denen wir kooperieren können, werden wir Forschungsvorhaben beantragen, die sich diesen Fragen zuwenden.

7.2.1.7 Entwicklung eines Wahlfachs BVP im Medizinstudium

Im August 2018 wurde erstmalig in Deutschland, soweit uns bekannt, ein Wahlpflichtfach ACP für Medizinstudierende angeboten. Hierfür wurden Aufgaben erstellt, die die Studierenden zur Vorbereitung des Wahlpflichtfachs einreichen mussten. Der Präsenzunterricht folgte dem Curriculum der BVP-GB-Qualifizierung für Block A, war jedoch um 1,25 Tage länger. Es wurde ein besonderer Fokus auf die interaktive Erarbeitung des ethischen Hintergrunds von BVP sowie die praktische Übung

in den SP-Rollenspielen gelegt, da dies im bisherigen Curriculum der Medizinstudierenden nur wenig Beachtung erhält.

Beurteilung

Im Ergebnis führte dies zu einem sehr effektiven und sehr gut angenommen Wahlpflichtfachangebot (Evaluationsergebnisse der 7 Studierenden: Likert-Skala 1 = sehr gut – 6 = ungenügend: Gesamtbewertung 1,4; Likert-Skala: 1= trifft völlig zu / 6= trifft gar nicht zu: Lernzielformulierung 1,1, Auswahl der Themen 1,2; Gelegenheit zur Diskussion 1,0; Interesse der Lehrenden am Lernerfolg: 1,0; Relevanz für den späteren Arztberuf: 1,1; Zufriedenheit: 1,0; Lernzuwachs 1,0; Stoffumgang: (1= viel zu hoch 5= viel zu gering, 6= nicht anwesend) angemessen 100%;). Sechs der sieben Studierenden entschlossen sich, auch das Modul 2 (= Block B der BVP-GB-Qualifizierung) zu absolvieren, was bedeutete, dass sie bereit waren, vier Gesprächsprozesse in der Zwischenzeit durchzuführen, um dafür zugelassen zu werden.

Es zeigte sich, dass die Studierenden sehr interessiert und offen für das Thema waren, obwohl sie zum Großteil im Vorfeld nicht wussten, was auf sie zukommen wird. Sie vertraten die Auffassung, dass BVP in die reguläre studentische Lehre integriert werden müsste.

Gesamtbeurteilung zu Kapitel 7.2.1

Seit Beginn des Projektes am 01.06.2016 wurden über 350 Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter nach den Standards der DiV BVP geschult. In der Qualifizierung wird ein Zusammenspiel zwischen standardisierten Gesprächsinhalten und – abläufen und starker Personenzentrierung unterrichtet. Dies bedeutet, dass die Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter einem klaren roten Faden folgen, welcher sie durch alle zu planenden Bereiche hindurchlotsen kann, sie aber dennoch sehr aufmerksam für auftretende häufig schwierige Emotionen oder andere Herausforderungen bleiben, die bei derartig tabuisierten Gesprächsinhalten die Regel sind. Denn diese können auch erst im Gesprächsverlauf darauf hinweisen, dass es der vorausplanenden Person (noch) nicht möglich ist, verlässliche Festlegungen im Sinne einer Patientenverfügung zu machen. Tabuisierte, angstbesetzte oder schmerzhafte Themen werden im Verlauf der Gesprächsbegleitungen berührt und besprochen. Häufig können diese Emotionen und anderen Herausforderungen durch das Gespräch gelöst werden mit der Folge, dass ein tieferes Verstehen der eigenen Ängste und Wünsche möglich und der „wahre“ eigene Wille für zukünftige medizinische Behandlungen der vorausplanenden Person klar wird.

Dies bedeutet, dass die Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter ein sehr gutes kommunikatives Geschick als Voraussetzung einer BVP-Qualifizierung mitbringen müssen, dass sie darüber hinaus die komplexen Abläufe und Inhalte durchdringen und behalten, und das Gespräch entsprechend führen können sollen. Dieser hohe Anspruch an die Rolle der Gesprächsbegleiterin/-begleiter wird von den Einrichtungsleitungen aber auch den Teilnehmenden trotz deren ausführlicher Informationen im Vorfeld der Qualifizierung häufig unterschätzt und ist nach unserer Auffassung auch in der Vereinbarung nicht deutlich genug herausgearbeitet worden. In der Folge beobachten wir eine relativ hohe Drop-Out

Rate (von ca. 30%) während oder nach den nach den Standards der DiV-BVP durchgeführten Kursen für BVP-GB. In Kursen anderer Anbieterinnen/Anbieter, in denen diese Standards nicht vermittelt oder nicht zum Bestehen des Kurses verlangt werden, gelangen dagegen Absolventinnen/Absolventen ins System, die zwar möglicherweise mit Bewohnerinnen/Bewohnern sprechen und die Leistung nach § 132g jedenfalls abrechnen, die aber die im § 132g beschriebenen (und international mit Advance Care Planning in Verbindung gebrachten) Aufgaben unserer Ansicht nach nicht erfüllen werden.

Gelingt die Befähigung der Teilnehmenden während der Zeit der Qualifizierung, so bekommen die Bewohnerinnen/Bewohner der Einrichtungen Gespräche angeboten, in denen sie in einem geschützten Rahmen und ihrer Möglichkeiten erarbeiten können, ob sie Festlegungen machen wollen und wenn ja, wie diese für den Fall einer medizinischen Krise mit Einwilligungsunfähigkeit aussehen sollen. Dann ist das regionale Gesundheitssystem noch in der Bringschuld, dass diese Festlegungen in dem eintretenden Fall auch befolgt werden. Hierfür ist nicht weniger als ein Systemwandel (Systems Change) in den Gesundheitsregionen erforderlich, der nur durch eine professionelle, mit viel Information und Aufklärung verbundene und nachhaltige regionale Implementierungsarbeit erfolgen kann. Im Zentrum dieser Arbeit stehen Gespräche mit Angehörigen und allen Netzwerkpartnern (u.a. Pflegedienste der Einrichtungen, Rettungsdienste, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhäuser, SAPV-Teams) einer Region. Diese regionale Implementierung ist in der Vereinbarung nach § 132g zwar in den §§ 10 und 11 am Rande benannt, erhält unserer Ansicht nach aber nicht den notwendigen Stellenwert, wie es im Stellungnahmeverfahren gemäß § 132g zum Entwurf der Vereinbarung im Mai 2017 von – soweit uns bekannt – vielen Kommentatorinnen/Kommentatoren moniert wurde.

Auch wurde im Rahmen des Transfers der Jahre 2018 und 2019 deutlich, dass wegen dieses gebotenen sensiblen Vorgehens und hohen Verantwortungsbewusstseins auf Seiten der BVP-GB weit mehr Übungs- und Supervisionszeit benötigt wird, als in der Vereinbarung nach § 132g für deren Qualifizierung veranschlagt wird – und damit auch mehr, als die Task Force ACP seinerzeit empfohlen hat. Insgesamt kommen die Teilnehmenden in den aktuellen Qualifizierungen nach den Standards der DiV-BVP für den Teil 1 der Zertifizierung auf etwa 112 UE statt auf die in der Vereinbarung nach § 132g verlangten 60 UE. Diese 112 UE teilen sich folgendermaßen auf: 48 UE Theorie (inklusive Teilnehmer-Rollenspiele), 24 UE SP-Training in Kleinstgruppen in den Präsenzkursen, 4 UE Plenartreffen und 48 UE Praxis, davon 12 UE Vor-Ort Supervision und 36 UE zusätzliche Gespräche. Rechnet man das eLearning hinzu, an dem wir weiterhin arbeiten und für das wir aktuell ca. 48 UE kalkulieren, so lässt sich erkennen, dass der Aufwand für die spezifische BVP-Qualifizierung mit rund 160 UE zu veranschlagen ist, vergleichbar der Qualifikation für Palliative Care (mit der es jedoch keine Überschneidungen gibt).

Wenn BVP-GB in Einrichtungen nur mit einem Bruchteil ihrer Stelle für den § 132g tätig werden, hat dies zur Folge, dass die BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter in Ausbildung von den Einrichtungen auch weiterhin in den Regeldienst eingeteilt werden. Wir konnten beobachten, dass es angesichts des Pflegenotstands und auch sonstigen Personalmangels in den Einrichtungen häufig dazu

führt, dass sie ihre für die Praxisphasen vorgesehenen Übungsgespräche nicht führen können. Dies wiederum hat zur Folge, dass sie nicht die benötigte Lernkurve haben und das Kursziel nicht erreichen, somit in Kursen nach den Standards der DiV-BVP nicht zertifiziert werden bzw. in den Kursen anderer Anbieterinnen/Anbieter die für die Umsetzung der Intention des § 132g notwendigen Kompetenzen nicht erwerben können.

Eine nationale, regionale, teilweise sogar einrichtungs-interne Herausforderung ist der uneinheitliche bundesweite Standard der GB-Qualifizierungen, welcher darauf zurückzuführen ist, dass die Vereinbarung nach § 132g keine Vorgaben für die Qualifizierung der Ausbilderinnen/Ausbilder (Trainerinnen/Trainer) der Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter und kein Akkreditierungsverfahren für diese Qualifizierungen vorsieht. Somit kann derzeit buchstäblich jeder eine Qualifizierung nach § 132g anbieten, und viele der Anbieterinnen/Anbieter haben nach unserer Kenntnis keine BVP-spezifische (!) Qualifizierung. In Diskussionen machen wir die Erfahrung, dass mitunter das Bewusstsein dafür fehlt, dass ACP ein ganz spezifisches Können (Haltung, Kompetenzen und Wissen) voraussetzt, etwa wenn argumentiert wird, die Trainerinnen/Trainer der diversen Fortbildungs-Akademien seien „erfahrene Pädagogen“, was sie zweifelsohne sind. Da den Einrichtungsleitungen oder Trägerinnen/Trägern häufig noch nicht deutlich geworden ist, was BVP leisten kann und soll, senden sie die designierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sogar zu verschiedenen Anbieterinnen/Anbietern der BVP-GB-Qualifizierung, was eine systematische Implementierung in den Einrichtungen erschwert. Bezeichnend in diesem Zusammenhang ist, dass auf der internationalen Konferenz für Advance Care Planning (ACP-i) in Rotterdam im März 2019 nur etwa 20 deutsche Teilnehmerinnen/Teilnehmer zugegen waren, um sich über ACP zu informieren, ganz überwiegend Mitglieder der DiV-BVP – ungeachtet mehrfacher Hinweise auf die Veranstaltung über den Verteiler der DGP.

Dieser fehlende Qualitätsstandard der Qualifizierung zur Gesprächsbegleiterin/-begleiter gemäß § 132g, kann in der breiten Anwendung unserer Ansicht nach schwerwiegende Folgen haben. Hierbei können nach unserer Auffassung zwei Szenarien unterschieden werden:

- Viele Anbieterinnen/Anbieter belassen ihre GB-Qualifizierung bei dem in Deutschland de facto ungeachtet des Patientenverfügungsgesetzes weiterhin gelebten Prinzip der Reichweiten-Beschränkung von Patientenverfügungen, wie es in den zahlreichen verbreiteten Patientenverfügungs-Formularen zum Ausdruck kommt, die den jüngst vom BGH in mehreren Urteilen formulierten Anforderungen an eine aussagekräftige Patientenverfügung nicht entsprechen. Was auch immer in den Gesprächen nach § 132g mit den Bewohnerinnen/Bewohnern zuvor erörtert wurde, wird dann in der Praxis häufig ohne Folgen bleiben, da die Patientenverfügung auf herkömmlichen Formularen dokumentiert wird (zu schweigen von einer regionalen Implementierung von ACP) und somit der tatsächliche Bewohnerwille – wie in der Vergangenheit auch – nicht erkennbar wird und die Dokumentation ohne Wirkung bleibt.
- Andere Anbieterinnen/Anbieter setzen zwar Trainerinnen/Trainer ein, die keine ACP-spezifische Qualifizierung vorweisen können, verwenden aber die zwar nicht öffentlich erhältlichen, aber den-

noch leicht zugänglichen Formulare der DiV-BVP zur Dokumentation des Patientenwillens (Patientenverfügungen, Vertreterdokumentation und Notfallbögen). Diese Formulare sind aussagekräftig und geben die Möglichkeit, wirksame Behandlungsgrenzen zu dokumentieren. Sie sind aber in keiner Weise selbsterklärend, weder für Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter und noch weniger für Laien. Werden sie ohne die dazu erforderlichen, in den Kursen nach den Standards der DiV-BVP vermittelten Gesprächskompetenzen verwendet, muss unserer Ansicht nach damit gerechnet werden, dass Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung häufig unterlassen (oder durchgeführt) werden, obwohl dies nicht die wahre Intention der betreffenden Bewohnerin/des betreffenden Bewohners gewesen wäre.

Unserer Ansicht nach scheint die Gefahr groß, dass bei solchen Entwicklungen entweder die Umsetzung des § 132g wirkungslos bleibt und die dafür eingesetzten Mittel für den intendierten Zweck verloren sind oder aber es kommt zu zwar formal aussagekräftigen, aber den Bewohnerwillen nicht ausreichend reflektierenden Dokumentationen, die nicht geeignet sind, eine dem Wunsch der Bewohner entsprechende Versorgung im Krisenfall zu gewährleisten.

Daher ist eine differenzierte und zielorientierte Qualitätssicherung insbesondere durch die Träger und auch durch die Krankenkassen von besonderer Bedeutung für die weitere Entwicklung.

7.2.2 BVP- Qualifizierung für Trainerinnen und Trainer

Ziel der BVP-Trainerinnen/-Trainer Qualifizierung ist die Bildung einer ausreichenden BVP-Trainer-Workforce mit Blick auf die absehbar erforderliche einheitliche, standardisierte Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern.

Auf Basis der Korrespondenz mit Trainer-Trainerinnen/Trainer aus Neuseeland (Jane Goodwin, Shona Muir - To tatou reo), der Schweiz (Prof. Dr. Tanja Krones - ACP – medizinisch begleitet) und den USA (Bud Hammes - Respecting Choices) im Sommer 2016 wurde federführend vom FSP ACP ein 1,5-tägiger Train-the-Trainer Workshop in Frankfurt in den Räumen des Würdezentrums im September 2016 mit anschließender praktischer Qualifizierung in BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter-Workshops durchgeführt. Praktische Qualifizierung heißt hier, das die BVP-Trainer-Trainees im Beisein eines BVP-Trainer-Trainers Impulsreferate in den BVP-GB-Qualifizierungen hielten und ein Feedback dazu erhielten. Des Weiteren nahmen sie die Rolle der Ko-Trainerinnen und –Trainer in den Teilnehmenden-Rollenspielen ein. In der Folge wurden durch Rückmeldungen häufige Unsicherheiten unter den BVP-Trainer-Trainees gesammelt und ausgewertet.

Dieses experimentelle Workshop-Format diente der Vorbereitung eines 4-tägigen Trainerinnen/Trainer-Workshops, der vom 24.-27.04.2017 in Düsseldorf in den Räumen des Instituts für Allgemeinmedizin durch den FSP ACP entwickelt und pilotiert wurde. Beide Kurse wurden gemeinsam mit dem Züricher MAPS-Team um Prof. Dr. med. Tanja Krones sowie mit Prof. Dr. med. Georg Marckmann, LMU München, und Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten abgehalten. Es konnten 24 BVP-

Trainerinnen/–Trainer qualifiziert werden; alle Trainer-Trainees, die zuvor an dem 1,5-tätigen Workshop im September 2016 teilgenommen hatten, nahmen auch am 4-tägigen Workshop teil.

Exkurs BVP-Trainer-Trainer 2016: Zu Beginn des Projekts gab es in Deutschland keine BVP-Trainerinnen/-Trainer Qualifizierung. Um sich dennoch auf diese Rolle entsprechend vorzubereiten, haben die obengenannten Personen folgende Qualifizierungen absolviert:

Prof. Marckmann und Prof. in der Schmitten waren als Trainer des deutschen ACP-Projekts beizeiten begleiten im Jahr 2008 in den USA als Respecting Choices (RC) Gesprächsbegleiter und Trainer (facilitators bzw. instructors) zertifiziert worden, bevor sie gemeinsam mit der RC-faculty beizeiten begleiten entwickelten. Entsprechend haben sich die Wissenschaftlerinnen des Züricher ACP-Programms durch einen gemeinsamen Workshop mit Prof. in der Schmitten mit beizeiten begleiten vertraut gemacht sowie zusätzlich in Schulungen für das australische ACP-Programm Respecting Patient Choices zertifizieren lassen, das eine australische Adaptation von Respecting Choices darstellt. Alle genannten Projekte sind international vernetzt und lernen voneinander im Rahmen der regelmäßigen internationalen ACP Konferenzen.

Aufbauend auf die in 2017 in Düsseldorf gemachten Erfahrungen wurde vom 16.04. – 19.04.2018 ein weiterer BVP-Trainerinnen/-Trainer-Workshop abgehalten, diesmal an der Christophorus-Akademie (Klinik für Palliativmedizin, LMU München). Auch an der Entwicklung und Durchführung dieses Trainerinnen/Trainer-Workshops war der FSP ACP maßgeblich beteiligt. Das Curriculum wurde in Kooperation mit Prof. Berend Feddersen (Klinik für Palliativmedizin der LMU München) und Anja Härtl (Lehrstuhl für Medizin-Didaktik der LMU-München) sowie Dr. Barbara Loupatatzis (ACP-Team aus Zürich) vor dem Hintergrund der Erfahrungen und den Teilnehmenden-Feedbacks des Vorjahres grundlegend überarbeitet, weitere didaktische Elemente wurden ergänzt, u.a. ein eLearning inklusive Lehrvideos. Das Kurs-Ablauf gliedert sich in eine Vorbereitungszeit (10 Gesprächsprozesse nach der Zertifizierung zur BVP-GB, eLearning zur Vorbereitung, Hospitation in einem GB-Workshop als Trainer-Trainee), den Präsenzworkshop (42 UE in 4 Tagen – in 2020 wird der Kurs auf 5 Tage verlängert) und die Nachbereitung (Teilnahme an einem kompletten GB-Kurs (3 Blöcke), Halten von Impulsreferaten unter Supervision durch eine erfahrende BVP-Trainerin/-Trainer, sowie eine supervidierte Vor-Ort-Supervision eines GB-Trainees mit anschließender Reflektion mit der erfahrenen BVP-Trainerin/Trainer).

Somit waren insgesamt 45 BVP-Trainerinnen/–Trainer aus 15 Regionen geschult worden. Von den 15 Teilnehmenden des Train-the-Trainers 2018 haben 11 den Workshop erfolgreich absolviert und die letzte Phase der Trainer-Qualifizierung gemäß den Vorgaben der DiV-BVP beginnen können (Praxis-Erfahrung unter Supervision durch erfahrene Trainerinnen/Trainer). Vier Trainerinnen/Trainer haben die Ausbildung zum Zeitpunkt des Projektendes bereits abgeschlossen und begannen die Planung eigener Schulungen. Es besteht eine gute Vernetzung unter den Absolventinnen/Absolventen, die jedoch über den Verlauf durch die DiV-BVP unterstützt werden muss, damit sich die BVP-Qualifizierungsanbietenden gegenseitig unterstützen können.

Die Evaluationen zeigten, dass der Workshop seine Zielsetzung erreicht und von den Teilnehmenden gerne angenommen wird. So haben die 13 an der Evaluation-teilnehmenden Kursteilnehmenden des Jahres 2019 den Kurs auf einer Likert-Skala von 1 bis 5 (1 = sehr gut, 5 = mangelhaft) im Durchschnitt mit 1,2 bewertet. Für 2020 werden die Rückmeldungen der Teilnehmenden in einen weiteren Kurs integriert.

Dies ist besonders deshalb relevant, da viele der Teilnehmenden selbst seit vielen Jahren in der studentischen Lehre oder der Erwachsenbildung tätig sind. Die kritischen Rückmeldungen werden in den nächsten Trainerinnen/Trainer-Workshop einfließen, soweit von der BVP-Trainer-Trainer-Gruppe unterstützt. Die Ausarbeitung eines formalen Curriculums wurde zurückgestellt, bei der Vielzahl an Aufgaben war dieses Projekt nicht zu priorisieren.

Beurteilung

Die Erfahrungen des Workshops in München haben erneut bestätigt, dass es dringend erforderlich ist, Trainerinnen/Trainer für BVP gemäß § 132g spezifisch zu befähigen, aber auch ihnen vor der Zertifizierung eine spezifische Qualifikation abzuverlangen. Nicht alle Interessenten erweisen sich als für diese Aufgabe geeignet. Das Fehlen einer diesbezüglichen Regelung in der Vereinbarung zum § 132g kann unserer Ansicht nach erhebliche Folgen für die Ausbildung der BVP-Gesprächsbegleiterinnen/–begleiter und somit auf die Durchführung und Dokumentation der Vorausplanungsgespräche haben, mit möglicherweise schwerwiegenden Folgen im Sinne von Über- oder Unterversorgung und einer Nichtbeachtung des Patientenwillens.

Aus Sicht des FSP ACP hat sich die spezifische Qualifizierung von BVP-GB-Trainerinnen/-Trainer durch ein separates Format bewährt und als unabdingbare Komponente eines qualitätsgesicherten BVP-Konzepts erwiesen. Wie oben (siehe Kapitel: Rahmenbedingungen) dargestellt, sieht es der FSP ACP mit großer Sorge, dass die Vereinbarung nach § 132g keinerlei Anforderungen an die Personen stellt, die künftige BVP-Gesprächsbegleiterinnen/–Gesprächsbegleiter ausbilden sollen. Nach Auffassung des FSP ACP sollte BVP im Sinne des § 132g ausschließlich durch Trainerinnen/Trainer unterrichtet werden, die ihrerseits eine BVP-spezifische Qualifizierung vorweisen können.

7.2.3 BVP- Qualifizierung für Koordinatorinnen und Koordinatoren

Das Ziel der BVP- Qualifizierung von Koordinatorinnen/Koordinatoren ist es, BVP-spezifisches Change Management in einer Region und in den Einrichtungen anleiten und implementieren zu können. Die hierfür benötigten Inhalte gehen über die Inhalte, die in der BVP-GB-Qualifizierung vermittelt werden, deutlich hinaus.

Es wurden zwei bi-nationale (Schweiz, Deutschland) halbtägige Workshops mit BVP-Praktizierenden und BVP-Expertinnen/Experten zur Entwicklung und Diskussion der neuen Rolle der Koordinatorin/des Koordinators (02.12. 2016 und 30.03.2017) in Frankfurt am Main in den Räumen des Würdezentrums durchgeführt sowie ein intensiver Austausch mit Projektleiterinnen/-leitern aus den USA,

Neuseeland und Australien. Auch die Teilnahme der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Kornelia Götze am „Share the Experience“-Conference in Milwaukee (Siehe: Kooperationen) konnte wesentliche Impulse geben. Die Gewinnung eines Change Management Spezialisten im Rahmen der Vorbereitung zur Implementierung eines regionalen BVP-Projektes in Oberhausen (März 2017) führte dann zu den wesentlichen Schritten, die die Vorarbeiten für eine BVP- Qualifizierung von Koordinatorinnen/Koordinatoren möglich machten.

Es wurden die aus den USA mitgebrachten Erfahrungen und Empfehlungen unter Einbindung des deutschen Change Management Experten (Paul Hüster, Fa. In Work, Oberhausen) adaptiert und zum Prototyp eines BVP-Koordinator-Workshops weiterentwickelt, der mit 13 Teilnehmenden aus 7 verschiedenen regionalen DiV-BVP Gruppen vom 6. - 8. März 2018 in Köln durchgeführt wurde. Inhaltlich wurde hierbei ein etabliertes Management-Tool, die Balanced-Score-Card (BSC), für die spezifischen Bedarfe von BVP-Koordinatorinnen/-Koordinatoren adaptiert und den Workshop-Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. Ferner wurden in dem Workshop relevante etablierte Change-Management-Bausteine erarbeitet und für die Anwendung von BVP spezifiziert, u.a. Netzwerkarbeit, Change-Management, Kulturarbeit, Promotoren-Modell, Evaluation und einschlägige Kommunikationsstrategien.

Die ursprünglich für das 1. Quartal 2019 geplante Weiterentwicklung des Curriculums in München, gemeinsam mit einer weiteren Expertin (Brigitte Winkler, A 47 Consulting, München), steht weiterhin aus, gewinnt aber mit der nunmehr beginnenden innovationsfond-geförderten BEVOR-Studie an Dringlichkeit. Auf der Basis des überarbeiteten Curriculums sollen künftig regelmäßig BVP-Workshops für Koordinatorinnen/Koordinatoren angeboten werden.

Frau Götze hat im ersten Jahr der BMG-Förderung im Herbst 2016 die National Respecting Choices Conference in Wisconsin, USA besucht (siehe: Kooperationen) und dabei speziell das Thema Koordination verfolgt. Eine von dort mitgebrachte umfangreiche Implementierungs-Anleitung des ACP-Modells Honoring Choices® der Region Dartmouth-Hitchcock, Wisconsin, wurde unter Mitarbeit des FSP ACP federführend von Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen ins Deutsche übertragen.

Beurteilung

Der FSP ACP vertritt die Auffassung, dass die Implementierung von BVP eine spezifischen Koordinationsleistung voraussetzt im Sinne einer professionellen Organisationsentwicklung und eines sowohl inner- als auch inter-institutionellen (regionalen) Change Management Prozesses. International, insbesondere im führenden ACP-Programm Respecting Choices, ist die Rolle einer spezifisch fortgebildeten ACP-Koordinatorin/-Koordinators längst etabliert. In La Crosse, Wisconsin, gibt es eine Koordinations-Stelle (100%) bei dem regionalen Gesundheitsanbieter Gundersen Health auf etwa 50000 Einwohnerinnen/Einwohner, hinzukommen BVP-Koordinatorinnen/-Koordinatoren in anderen Gesundheits-Einrichtungen der Region, außer dem Krankenhaus, welches von der „Hauptkoordinatorin“ bespielt wird.

Erste wesentliche Vorarbeiten zum Thema BVP-Koordination konnten geleistet und ein Workshop-Konzept pilotiert werden; die Weiterentwicklung zu einem Curriculum und reproduzierbaren Workshop-Format ist ein dringliches Desiderat.

In den vorbereitenden Workshops wurden die Aufgabe der regionalen BVP-Koordinatorin/-Koordinator unter Berücksichtigung internationaler ACP-Programme [14] definiert sowie die Zielgruppe für die Qualifizierung und die Aufgabenfelder herausgearbeitet, um dann Wissenslücken zu ermitteln, die diese Personen im Rahmen dieser Qualifizierung schließen sollen, um erfolgreich ein regionales BVP-Programm zu koordinieren. Die gesondert qualifizierte BVP-Koordinatorin/-Koordinator managt die ACP-Bemühungen einer Region mit Hilfe einer Steuerungsgruppe und eines größeren Netzwerkes. Sie führt das regionale Change Management durch und unterstützt die Einrichtungen bei der institutionellen Implementierung. Dies beinhaltet insbesondere eine Anpassung des Change Managements an die jeweiligen Leitbilder und Werte der Einrichtungen, so lange sie mit einer nicht-reichweitenbeschränkten, personenzentrierten Begleitung zu vereinbaren sind. Des Weiteren zählt es zu den Aufgaben einer/eines solchen regionalen BVP-Koordinatorin/-Koordinators, regelmäßige Netzwerkkonferenzen zu veranstalten und Schulungen der regionalen Akteure zu koordinieren. Dieser fortlaufende Prozess braucht spezifisches fundiertes Fachwissen, welches in den Gesprächsbegleiter-Qualifikationen nicht vermittelt werden kann. Für die multizentrische Innovationsfond-geförderte Studie „BEVOR“ (siehe Kapitel 7.7.2) steht die Weiterentwicklung des Koordinatorinnen-Workshops für die vier teilnehmenden Regionen nun an, aber auch andere regionale BVP-Initiativen kommen auf den FSP ACP und die DiV-BVP zu, um diese Expertise aber auch den Workshop anzufragen.

Unser Projektpartner Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen übersetzte federführend eine praktische Anleitung des amerikanischen Gesundheitsunternehmens Dartmouth-Hitchcock, das sog. „Playbook“, ins Deutsche, welches Kornelia Götze von ihrer USA Hospitations- und Kongressreise im September 2016 mitbrachte. Auch diese Unterlagen werden im Frühjahr 2020 weiter bearbeitet werden, um sie den hiesigen Regionen und Einrichtungen zur Verfügung stellen zu können.

Darüber hinaus haben zwei regionale BVP-Initiativen (Bochum und München) mit denen der FSP ACP in engem Austausch steht, individuelle Coachings durch professionelle Change Managerinnen/Manager (beide in 7.7.2 benannt) angenommen, um z.B. Vernetzungstreffen besser vorbereiten zu können, die Rollen der verschiedenen BVP-Expertinnen/Experten der regionalen Teams zu klären und/oder Moderationen der Netzwerktreffen zu Professionalisieren. Diese exemplarischen Berichte weisen darauf hin, dass dies einem regionalen BVP-Projekt die notwendige Stabilität geben kann, und stimmen mit dem Vorgehen von Respecting Choices überein, die verschiedene Unterstützungsangebote für die Implementierung des Programms durch ihre „faculty“ erarbeitet haben, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Anfragenden gerecht zu werden. Diese Angebote gehen von Informationsmaterial bis hin zu mehrtätigen Vor-Ort Coachings.

Seit Anfang 2019 gibt es Gespräche des FSP ACP mit BVP-implementierenden Regionen im Großraum Düsseldorf, die regionale Projekte mit einer BVP-Koordinationsstelle und zentral angestellten

BVP-GB ins Leben rufen möchten. Um dies in einer Region etablieren zu können, müssen wenigstens in der Anfangsphase (3-5 Jahre) zusätzliche Mittel für die BVP-Koordination zur Verfügung gestellt werden, die über die Einnahmen aus dem § 132g hinausgehen. (Siehe Kapitel 10.3.2 und Anhang)

Darüber hinaus ist die Rolle der BVP-Koordinatorin/des BVP-Koordinators in Deutschland bisher (noch) nicht etabliert, was wesentlich daran liegt, dass sie in der Vereinbarung nach § 132g nicht ausreichend Beachtung fand, obwohl es auch unter den Verhandlungspartnerinnen/-partner starke Fürsprecherinnen/Fürsprecher gab, der Organisationsentwicklung und dem Change Management einen höheren Stellenwert beizumessen. Das hat unserer Ansicht nach jedoch zur Folge, dass die zweite tragende Säule eines (regionalen) ACP-Programmes mit der geltenden Vereinbarung nach § 132g nicht etabliert werden wird: Es ist unserer Auffassung nach zu befürchten, dass die in den Gesprächsprozessen nach § 132g erarbeiteten BVP-Dokumentationen und Festlegungen so weiterhin nicht in ausreichender Anzahl beachtet und befolgt werden und das Versprechen, dass Patientinnen und Patienten gemäß ihrem Willen behandelt werden, somit nicht gehalten werden kann.

Durch die überwiegend gewählte einrichtungs-zentrierte Umsetzung gemäß § 7 Abs. 2 Buchstabe (a) der Vereinbarung nach § 132g werden die BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter der einzelnen Einrichtungen/Trägerinnen/Träger alle einzeln mit den Netzwerkpartnerinnen/-partner einer Region Kontakt aufnehmen müssen, damit diese wissen, dass sie die Leistungen nach § 132g anbieten und was dies für die jeweiligen Netzwerkpartnerinnen/-partner bedeutet. Wie bereits mancherorts der Fall werden verschiedene BVP-Programme mit verschiedenen Standards und Dokumentationen in einer Region (sogar in einer Einrichtung) vorkommen. Für uns bleibt es zweifelhaft, ob die Netzwerkpartnerinnen/-partner sich die Mühe machen werden, mit jeder BVP-GB zu sprechen und die jeweils unterschiedlichen zugrundeliegenden Konzepte kennenzulernen, so dass sie den resultierenden schriftlichen Festlegungen (Patientenverfügungen, Vertreterdokumentation und Notfallbögen) folgen können.

7.3 BVP-Implementierung

7.3.1 Unterstützung regionaler BVP-Projekte durch den FSP ACP

Ziel der Unterstützung regionaler Initiativen durch den FSP ACP ist die Befähigung des regionalen Projektteams zur Etablierung effektiver, qualitätsgesicherter und nachhaltiger Strukturen eines regionalen BVP-Konzepts.

Bereits in der ersten Förderphase wurden mehrere regionale BVP-Projekte im Rahmen der Vorbereitung und Durchführung einer BVP-Implementierung durch den FSP ACP mit Mitteln der BMG-Förderung beraten und unterstützt. Hierzu zählen u.a.: München, Frankfurt, Göttingen, Herzberg am Harz, Bochum, Düsseldorf, Köln, Neuss (inkl. Grevenbroich), Esslingen (im Rahmen eines Forschungsprojektes), Oberhausen, Halle an der Saale, Magdeburg, Marburg. Nicht alle unterstützten

Initiativen hatten die Ressourcen, ohne die Förderung durch den § 132g zu einem Erfolg im Sinne eines nachhaltigen, regionalen Projektes in der Förderphase zu gelangen, jedoch konnten auch diese Projekte relevante Ergebnisse z.B. bzgl. der Machbarkeit regionaler BVP-Projekte beisteuern. Auch in der 2. Förderphase konnten eine Reihe regionaler Projekte bzw. Teams bei der Implementierung von BVP unterstützt werden. Hierzu zählen insbesondere Bayern (federführend Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen) mit München, Nürnberg und Regensburg sowie einer AG BVP am Bayrischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Hinzu kommen einige kleinere Projekte.

Der Umfang der Beratung variierte von ausschließlich telefonischer Beratung bis zur aufwendigen Ko-Leitung bei der Planung und Durchführung regionaler BVP-GB-Workshops. Solche Ko-Leitungen erfolgten z.B. durch Frau Götze vom 1. bis 3. Quartal 2018 parallel in Bochum (in Kooperation mit Frau Dr. Behringer, Ambulantes Ethik-Komitee Bochum) und in Köln (2 Kurse) (in Kooperation mit Dr. Thomas Otten, Erzbistum Köln).

Die gemachten Erfahrungen flossen direkt in die Arbeit des FSP ACP sowie der TF ACP/BVP, später der DiV-BVP ein, verstehen sich als informelle Evaluation und standen so den Verhandlungspartnern nach §132 g SGB V Abs. 3, aber auch allen anderen BVP-Projekten zur Verfügung. Es konnten relevante Arbeiten an den Curricula, der Dokumentation etc. unter dem Dach der DiV-BVP hierheraus erfolgen. So ist diese Unterstützung durch den FSP ACP ein Grundstein für ein lernendes System. Sie kann unter anderem die Implementierung auch in anderen Regionen erleichtern, da Hindernisse und Ressourcen frühzeitig erkannt, angegangen bzw. genutzt werden können.

Zum Beispiel konnten vier Mitglieder des Bochumer Projektteams die Trainerinnen/Trainer-Qualifizierung der DiV-BVP abschließen (2017 und 2018) und aus dem Kölner Team sind es in 2019 ebenfalls 3 weitere BVP-Trainerinnen/-Trainer, womit diese Regionen seither BVP-GB-Qualifizierungen anbieten können, ohne den FSP ACP dafür noch zu benötigen.

Beurteilung

Für die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes für den komplexen Vorgang einer regionalen Implementierung eines BVP-Programmes sind die Begleitungen der regionalen BVP-Projekte die Grundlage und nehmen mehr Zeit und Ressourcen in Anspruch, als angedacht war. Evaluationstheoretisch wurde bereits in den „Empfehlungen für die Implementierung“ hierauf eingegangen. Eine über die Vorgaben des Gesetzgebers zur Evaluation gem. § 132g SGB V Abs.4 hinausführende auch wissenschaftliche Evaluation ist im Sinne einer kontinuierlichen Optimierung und Anpassung dringend anzuraten, um den bekannten Schwierigkeiten von Implementierungen frühzeitig adäquat begegnen zu können. Die Evaluation des BVP-Standards der DiV-BVP ist Gegenstand einer innovationsfond-geförderten multizentrischen Studie, die im September 2019 beginnt.

Auch künftig werden Regionen fachkundige Unterstützung und entsprechende externe Förderungen benötigen, wenn sie sich dazu entschließen, BVP gemäß § 132g qualitätsgesichert, einheitlich und nachhaltig einzuführen.

7.3.2 Strategiewechsel Implementierung gemäß § 132g SGB V

Eine wesentliche Erkenntnis aus den hier aufgeführten Arbeiten der zurückliegenden Jahre soll hier als separates Ergebnis der Projektarbeit am FSP ACP dargestellt werden.

Die Implementierung von BVP in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte im für Deutschland exemplarischen Forschungsprojekt beizeiten begleiten® (BMBF-gefördert 2008-2011) durch Kooperation mit einzelnen regionalen Altenheimen. Dieses Format ist seit 2015 in über 25 Workshops zur Qualifizierung von BVP-GB wiederholt worden, wurde von der Task Force ACP aufgegriffen und hat Eingang in den § 132g gefunden, allerdings bemerkenswerterweise bereits ergänzt um die Möglichkeiten einer heim-übergreifenden, träger-basierten Lösung sowie einer träger-übergreifenden regionalen Kooperation (vgl. § 7 der Vereinbarung zum § 132g). Dennoch haben die bisherigen Workshops des BVP-Modells beizeiten begleiten® (seit 2017: der DiV-BVP) das heim-basierte Implementierungsmodell (gemäß §7, Absatz 2, Buchstabe (a) der Vereinbarung zu § 132g) als Standard vorausgesetzt.

Die Entwicklung der letzten drei Jahre zeigt jedoch, dass das heim-basierte Implementierungsmodell nicht als zukunftsfähig angesehen werden kann, aus folgenden Gründen:

- Die Qualifizierung für BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern in Teilzeitstellen (z.B. 0,2 auf 80 Bewohnerinnen/Bewohner) ist um den entsprechenden Faktor (im Beispiel Faktor 5) teurer als die Qualifizierung von BVP-Gesprächsbegleiterinnen/–begleitern auf 100%-Stellen, die heim-übergreifend tätig werden. Diese Tatsache fällt umso mehr ins Gewicht, je aufwendiger die Qualifizierungsmaßnahme ist, und die 7,5-tägige Qualifizierung der DiV-BVP im oben dargestellten neuen Format (für Teil 1 gemäß § 12 der Vereinbarung zum § 132g) ist mit rund € 3.000 zu kalkulieren: Für kleine Heime ist das – bei einer anzunehmenden Personal-Turnover-Zeit von höchstens fünf Jahren, nach der neu qualifiziert werden muss, oder auch mit Blick auf Re-Zertifizierungen – gar nicht zu leisten. Heim-übergreifende Implementierungsmodelle bieten dagegen die Möglichkeit, Personen als BVP-Gesprächsbegleiterin/–begleiter zu qualifizieren, die mit ganzen Stellen die Bewohnerinnen /Bewohner mehrerer Einrichtungen beraten.
- Bei einer heim-basierten, also dezentralen Implementierung steht und fällt die Qualität der BVP-Gesprächsbegleitung mit der Vorqualifikation der Kandidatinnen/Kandidaten für diese Rolle, die in den Heimen zufällig hierfür in Frage kommen. Nach den vielfach stark ernüchternden Erfahrungen des FSP ACP und der DiV-BVP in den zurückliegenden drei Jahren sind diese Kandidatinnen/Kandidaten aber de facto häufig nicht für diese kommunikativ anspruchsvolle Rolle geeignet. Heim-übergreifende Implementierungsmodelle bieten dagegen die Möglichkeit, die Gesprächsbegleiterinnen/Gesprächsbegleiter-Stellen auf dem freien Markt auszuschreiben und optimal vor-qualifizierte Kandidatinnen/Kandidaten dafür zu gewinnen. Dieser Vorteil kann in seiner Bedeutung für das Gelingen einer Implementierung gar nicht hoch genug geschätzt werden.
- Die Aufgabe der Koordination („interne und externe Vernetzung“ gemäß §§ 10-11 der Vereinbarung zum § 132g) ist im Rahmen einer heim-basierten Implementierung nicht zu leisten, weil zum einen die Heim-Mitarbeiterinnen/–Mitarbeiter unter Kapazitäts- und Kosten-Aspekten hierfür nicht auch noch

qualifiziert werden können und weil zum anderen die Aufgabe insbesondere der externen Koordination in einer Region mit z.B. 6 Heimen à 80 Plätzen nicht von sechs Heim-Mitarbeiterinnen/ –Mitarbeitern mit jeweils 0,2 Stellenanteil zu leisten ist. Heim-übergreifende Implementierungsmodelle bieten dagegen die Möglichkeit, ein regionales Team von mehreren professionellen BVP-Gesprächsbegleiterinnen/–begleitern zusammenzustellen, die alle kooperierenden Einrichtungen der Region versorgen, und in diesem Team eine geeignete Koordinierungsperson zu qualifizieren und tätig werden zu lassen, die dann mit geeigneten Angeboten als klar definierte Ansprechpartnerin/-partner in Sachen BVP auf die regionalen Rettungsdienste, Krankenhäuser, Betreuungsvereine usw. zugeht.

- Der § 132g zielt bekanntlich auf stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Beeinträchtigungen. BVP sollte jedoch unserer Ansicht nach schon erheblich früher als in der stationären Pflege einsetzen. Es sollte daher in der weiteren Entwicklung eine Prüfung erfolgen, diesen Beratungsanspruch, sofern er sich bewährt, auf weitere Personenkreise auszuweiten, namentlich auf ambulant gepflegte Personen. Bei einer heim-basierten Implementierung müssten neue Strukturen aufgebaut werden, um andere Personenkreise zu erreichen, während heim-übergreifende, regionale Implementierungsmodelle BVP zwanglos entsprechend ausweiten könnten.

Unsere Bemühungen am FSP ACP haben sich aus diesen Gründen seit Beginn des Jahres 2018 stark auf das heim-übergreifende Implementierungsmodell fokussiert, bei dem die BVP-Gesprächsbegleiterinnen/–begleiter an einem neutralen, z.B. (semi-) kommunalen oder sonst wie regional breit akzeptierten Träger angebunden sind. Diesbezüglich laufen Verhandlungen des FSP ACP mit verschiedenen Regionen in der Nähe von Düsseldorf mit dem Ziel, eine solche heim- und einrichtungsträger-übergreifende Implementierung mit wissenschaftlicher Begleitung durchzuführen, z.B., aber nicht ausschließlich im Rahmen des Innovationsfond-geförderten Projekts BEVOR (siehe weitere Projekte).

7.4 Einheitliche BVP-Dokumentation

Die Dokumentation des BVP-Gesprächsprozesses in einer Patientenverfügung oder Vertreterdokumentation benötigt neue, möglichst national einheitliche Formulare, die den Kriterien der Aussagekraft und Validität Rechnung tragen, von den regionalen Gesundheitsfachpersonen (Anwenderinnen/Anwender) verstanden werden und die Mobilität der heutigen Gesellschaft (professionell (z.B. Zeitarbeit) wie privat) berücksichtigen.

7.4.1 BVP-Patientenverfügung

Die Entwicklung der BVP-Patientenverfügung in Kooperation mit der Züricher Arbeitsgruppe in den Jahren 2016-2018 hat zu einem Formular geführt, das großteils bereits publiziert wurde (s.u., z.B. AINS 2018) und nach Rückmeldungen aus der Praxis kontinuierlich weiterentwickelt wird. Die Harmonisierung der Patientenverfügungen der beiden wissenschaftlichen Arbeitsgruppen war ebenso fruchtbar wie kontrovers und führte über eine Infragestellung aller Elemente zu einem gemeinsamen

Ergebnis. Neu erarbeitet wurde hier insbesondere der Planungsabschnitt der Krankenhausbehandlung mit Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer, der es ermöglichen kann, Grenzen im Verlauf einer Krankenhausbehandlung zu ziehen, was viele vorausplanende Personen wünschen.

Die Festlegungen zur Dokumentation gemäß § 9 der Vereinbarung vom 07.02.2018 zum § 132g wurden ebenso in das Formular integriert.

7.4.2 BVP-Vertreterdokumentation

Die Entwicklung einer Vertreterdokumentation konnte vorangebracht werden. Eine übersichtliche, transparente Dokumentation der ethischen Legitimation der getroffenen Festlegungen wurde integriert. Der aktuelle Entwicklungsstand wird in Workshops und Beratungspraxis genutzt und ist weiter Gegenstand kontinuierlicher Weiterentwicklung. Insbesondere fehlen noch weitere vertiefende Diskussionen mit Vertreterinnen/Vertretern der Personengruppe der Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen. Diese werden im Rahmen der Arbeitsgruppe BVP mit / für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen an der DiV-BVP / DGP fortgeführt.

Beurteilung

Es hat eine bi-nationale Arbeitsgruppe (Schweiz/Deutschland, siehe: Kooperationen) unter Federführung des FSP ACP eine Patientenverfügung sowie eine Vertreterdokumentation entwickelt, die im Sinne eines „lernenden Systems“ mit den Erfahrungen der Anwenderinnen/Anwender in der Arbeitsgruppe Dokumentation der DiV-BVP fortwährend weiterentwickelt wird. Diese Aufgabe erwies sich als gleichermaßen bedeutsam wie zeitaufwendig. Beide Dokumente wurden durch die Schweizer Kolleginnen in Zusammenarbeit mit dem Verein Palliativ-CH bereits digitalisiert und stehen den Schweizer BVP-GB, wie auch den vorausplanenden Personen und durch diese autorisierten Anwenderinnen/Anwendern online zur Verfügung. Die DiV-BVP versucht gemeinsam mit dem FSP ACP, auch für den deutschen Raum eine ähnliche, zukunftsträchtige und finanzierbare Lösung zu finden, die dringend aussteht. Aber auch hier in Deutschland wird das Dokument in den Regionen und Einrichtungen, die ACP nach den Standards der DiV-BVP anbieten, bereits in die Gesundheitsversorgung transferiert.

Wir raten jedoch dringlich davon ab, die Dokumente ohne die zugehörige BVP-Gesprächsbegleitung bzw. BVP-Qualifizierung zu nutzen, da sie in nicht-geschulten Händen dazu führen können, dass vorausplanende Personen in Unkenntnis der Hintergründe der Optionen und ohne eine tiefere und begleitete Reflektion ihrer Therapieziele Falschfestlegungen tätigen können. Denn diese Dokumentationen sind geeignet zu gewährleisten, dass so fixierte Patientenwünsche auch im Krisenfall befolgt und infolgedessen ungewollte Unter- und Überversorgung vermieden werden können. Sie haben eine uneingeschränkte Reichweite, und sie können und sollen an individuelle Situationen und Festlegungen angepasst werden.

Gerade um eine breite Akzeptanz speziell der Notfallbögen zu erreichen, wäre es dringend erforderlich, dass die Ausbildungsstätten für Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter sich in gewissem Rahmen einem gemeinsamen Gesprächsstandard annähern und auf einheitliche Dokumente einigen würden, sodass sich die Rettungsdienste und Bereitschaftsdienstärzte im Notfall auf diese Dokumente verlassen können. Wenn es, wie von uns beobachtet, in einer Einrichtung verschiedene Notfallbögen gibt, da die Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter sich an verschiedenen Orten haben schulen lassen, ist mit einer Akzeptanz der Neuerung durch den Rettungsdienst und einem nachhaltigen Kulturwandel nicht zu rechnen. Des Weiteren sollen diese Notfallbögen aussagekräftig und in Sekundenschnelle zu erfassen sein, was vor allem dann möglich ist, wenn die Anwenderinnen/Anwender zuvor geschult wurden. (Siehe Kapitel 7.3 und 10.3)

Nicht übersehen werden sollte hierbei auch, dass es im Rettungsdienst sehr viele Leiharbeitende gibt, die bei unterschiedlichen Dokumenten in den Regionen erneut vor der Schwierigkeit stehen, die Dokumente nicht zu kennen und nicht innerhalb von Sekunden erfassen zu können, so dass sie selbstverständlich und richtigerweise dem akutmedizinischen Standard folgen. Um für die beteiligten Akteure (z.B. Einrichtungsmitarbeitende, Rettungsdienste und Ärztinnen/Ärzte) sowie natürlich auch für die vorausplanenden Personen die Versorgungssituation zu verbessern, sollte ein bundesweit einheitlicher Notfallbogen mit einheitlichem Mindeststandard für die Gesprächsbegleitung definiert werden. Dies könnte leicht in einer revidierten Fassung der Vereinbarung nach § 132g geschehen.

Die Vereinbarung nach § 132g empfiehlt dagegen die Nutzung von Instrumenten zur Dokumentation des Patientenwillens, welche weite Planungsbereiche unberührt lassen und nur eine eingeschränkte Reichweite beinhalten. Hierzu gehört zum Beispiel der Notfallbogen „PALMA - Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen“, welcher ausdrücklich an Palliativ-Patienten adressiert ist und somit für viele Bewohnerinnen/Bewohner nicht in Frage kommt.

7.5 BVP für spezielle Personengruppen

7.5.1 BVP für / mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder Demenz-Erkrankung

Die Kontakte zur Arbeitsgruppe Menschen mit geistiger Behinderung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wurden intensiviert und es wurde eine gleichnamige Arbeitsgruppe an der DiV-BVP im Mai 2018 gegründet (Leitung: Dr. Sabine Petri, München).

Es wurden SP-gestützte Rollenspiele in den Gesprächsbegleiter-Workshop integriert, die die spezifischen kommunikativen Kompetenzen bei der Gesprächsbegleitung dieser Gruppe vorausplanender Personen vermitteln (siehe: BVP-Qualifizierung für Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter).

Es gibt verschiedene Vorgespräche zur Planung eines Forschungsprojekts zu diesem Themenbereich, u.a. mit dem Rhein-Kreis Neuss und dem Land NRW sowie der Arbeitsgruppe um Prof. Ralf Jox (Lausanne).

7.5.2 Entwicklung von Konzepten für BVP mit / für Kindern

Am 10.10.2017 führte der FSP ACP in Kooperation mit dem Würdezentrum Frankfurt (und in dessen Räumen) einen Fachtag ACP in der Pädiatrie am Würdezentrum in Frankfurt/Main durch, an dem acht Pädiaterinnen/Pädiater teilnahmen. Weitere Initiativen zur Zusammenarbeit sind seither nicht erfolgt.

Beurteilung

Für den FSP ACP ist insbesondere eine tiefere Exploration von BVP für bzw. mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder Demenz-Erkrankung ein wichtiges Anliegen. Es konnten durch die auch in anderen Kapiteln beschriebenen Entwicklungen kleine Fortschritte verzeichnet werden. Derzeit konstituieren sich unter Moderation des FSP ACP auch im Großraum Düsseldorf Regionen, in denen BVP gemäß den Standards der DiV-BVP regional eingeführt werden soll. Sobald es Pilot-Einrichtungen der Lebenshilfe gibt, mit denen wir kooperieren können, werden wir Forschungsvorhaben beantragen, die sich diesen Fragen zuwenden.

7.6 Kooperationen

7.6.1 Internationale Kooperationen

7.6.1.1 Advance Care Planning-International e.V. (vormals ACPEL)

Die bestehende enge internationale Vernetzung wurde auf dem 6. Kongress der internationalen Fachgesellschaft ACPEL in Banff, Canada fortgesetzt.

Herr Prof. in der Schmitten wurde in seiner Rolle als Schatzmeister der internationalen Fachgesellschaft auf dem 6. Kongress der internationalen Fachgesellschaft in Banff / Canada bestätigt.

Der FSP ACP war federführend bei der Neugründung der internationalen Fachgesellschaft (bisher ACPEL Society) in Advance Care Planning international (ACP-i) als einem in Fulda / Deutschland eingetragenen gemeinnützigen Verein; die Geschäftsstelle von ACP-i befindet sich am Würdezentrum Frankfurt, zusammen mit derjenigen der DiV-BVP.

Der FSP ACP unterstützte schließlich auch die Vorbereitungen für den 7. internationalen Kongress, der im März 2019 unter der Leitung des End of Life Care Forscher-Teams um Frau Agnes van der Heide in Rotterdam stattfand.

7.6.1.2 Hospitationen

Im Juni 2016 besuchte die wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsschwerpunktes ACP, Frau Kornelia Götze, das neuseeländische ACP-Programm „Our Voice“. Hier konnte sie Einblicke in die Erstellung von Schulungsvideos und regionale Implementierungen erhalten und durchlief die Qualifizierung zum „ACP facilitator Level L1 (ELearning), L1a (ELearning und 1 Tag Präsenzunterricht) und

L2 (ELearning, Übungen mit Schauspielpatienten, Präsenzunterricht“, sowie zum „ACP Communicator“ (ELearning, Präsenzunterricht). Diese Fortbildungsreise wurde durch die Stiftung „Würde im Leben bis zuletzt“ (Frankfurt / M.) gefördert.

Außerdem besuchte sie im September 2016 das US-amerikanische ACP-Programm Respecting Choices, hospitierte dort bei einer regionalen ACP-Koordinatorin und nahm an einem mehrtägigen Kongress zu Fragen der ACP-Implementierung teil. Diese Reise wurde durch das G-Plus Programm „Care for chronic conditions“ gefördert.

Die Erfahrungen und Erkenntnisse flossen in die Arbeit des FSP ACP und der TF ACP/BVP ein.

7.6.1.3 Schweizer Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Tanja Krones - „ACP – medizinisch begleitet“

Es entwickelte sich eine enge, fortbestehende Zusammenarbeit mit der Schweizer ACP-Expertinnen-Gruppe (Dr. Barbara Loupatatzis, Isabelle Karzig-Roduner, Theodore Otto) um Frau Prof. Dr. med. T. Krones (MAPS-Trial Zürich), die auf der Basis von beizeiten begleiten® ein eigenes ACP-Programm entwickelt haben. Frau Prof. Dr. med. T. Krones war Mitglied der deutschen TF ACP/BVP sowie Sprecherin der AG ACP der ZEKO an der BÄK.

Während der Projektlaufzeit wurde versucht, in einem Harmonisierungsprozess eine weitgehende Zusammenführung der jeweiligen ACP/BVP-Programme (beizeiten begleiten und „ACP – medizinisch begleitet“) durchzuführen und ein neues gemeinsames BVP-Programm als lernendes System zu konzipieren. (siehe auch: Nationale Kooperationen)

Herr Prof. Dr. med. J. in der Schmitten wurde von der Schweizer Task Force ACP im Dezember 2016 eingeladen, um von seinen Projekterfahrungen wie auch der Arbeit der der deutschen TF ACP/BVP zu berichten.

Frau Kornelia Götze hospitierte Mai 2017 bei einem ACP-GB-Workshop in Zürich.

Frau Dr. Barbara Loupatatzis aus Zürich hat sich wesentlich an der Planung und Durchführung der Deutsch/Schweizer Train-the-Trainer Kurse 2017, 2018 und 2019 beteiligt.

Nach Abschluss der Vorverhandlungen für die Schweizer Gesetzgebung im Herbst 2018 wurde deutlich, dass es in der Schweiz einen eigenen ACP-Dachverband geben muss, um das Konzept in der Schweiz vertreten zu können. Das Ziel der in dieser Zeit fusionierten Gruppen bleibt, dass sie die wesentlichen Punkte der eng verwandten ACP-Programme miteinander abgleichen und einen engen deutschsprachigen Austausch, auch mit den österreichischen ACP-Expertinnen/-Experten pflegen.

7.6.1.4 1. Österreichisches ACP-Symposium

Zum 1. österreichischen ACP-Symposium am 15.06.2018 in Wien wurden deutsche, schweizerische und österreichische ACP-Experten eingeladen, darunter Frau Götze und Prof. in der Schmitten vom FSP ACP (www.be-perfect-eagle.com/1-symposium-advance-care-planning/cid/202).

Beurteilung

Die internationalen Beziehungen konnten dank der BMG-Förderung ausgebaut, intensiviert und neu-belebt werden.

7.6.2 Nationale Kooperationen

7.6.2.1 Universitäre und nicht-universitäre Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner

Seit dem Projektstart in 2016 sind viele ACP-Expertinnen/-Experten auch innerhalb Deutschlands als Kooperationspartnerinnen/-partner des ACP-Forschungsschwerpunktes hinzugekommen. In diesem Projekt sind viele Ergebnisse nur durch die kollegiale und gute Zusammenarbeit möglich gewesen.

Namentlich, aber nicht abschließend, möchten wir an dieser Stelle folgende Personen hervorheben:

Dr. med. Birgitta Behringer, Hausärztin und Leiterin des Ambulanten Ethik-Komitees, Bochum
Prof. Dr. Dirk Behringer, Klinik für Onkologie, Bochum
Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen, Klinik für Palliativmedizin, LMU München
Dr. Christoph Gerhard, Leiter der Palliativstation, Katholisches Klinikum Oberhausen
Wiebke Gottschalk, Ärztin, Herzberg am Harz
Dr. Susanne Hirsmüller, Leiterin des Hospiz am EVK, Düsseldorf
Dr. Ingmar Hornke, Palliativteam Frankfurt und Stiftung Würde im Leben bis zu Letzt
Paul Hüster, Leiter des Hospiz, Katholisches Klinikum Oberhausen
Isabelle Karzig-Roduner, Klinische Ethik, Universitätsspital Zürich
Boris Knopf, Palliativteam Frankfurt und Stiftung Würde im Leben bis zu Letzt
Prof. Dr. Tanja Krones, Klinische Ethik, Universitätsspital Zürich
Dr. Barbara Loupatatzis, Klinik für Radiologie und Onkologie, Universitätsspital Zürich
Prof. Dr. Georg Marckmann, Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin, LMU München
Prof. Dr. Gabriele Meyer, Institut für Gesundheitswissenschaften, Universität Halle
Prof. Dr. Friedemann Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Göttingen
Theodore Otto, palliative zh+sh, Zürich
Dr. Thomas Otten, Referat Ethik, Erzbistum Köln
Dr. Sabine Petri, Caritas Verband der Erzdiözese München-Freisingen
Prof. Dr. Anette Riedel, Institut für Soziale Arbeit und Pflege, Universität Esslingen
Dr. med. Jorge Riera, Klinik für Onkologie und Leiter der Palliativstation, Universität Marburg
Prof. Dr. Jan Schildmann, Institut für Ethik und Geschichte, Universität Halle
PD Dr. Carola Seifart, Ethikkommission des Uniklinikums, Universität Marburg
Dr. Henrikje Stanze, Klinik für Palliativmedizin, Universität Göttingen

7.6.2.2 Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen - DiV-BVP e.V.

Die DiV-BVP e.V. wurde gegründet, um Praktikerinnen/Praktiker, Expertinnen/Experten und Wissen-schaftlerinnen/Wissenschaftler für BVP ein Forum zum Austausch und der Erarbeitung von Leitlinien

zur Umsetzung von BVP in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft zu bieten. Hierfür ist eine schrittweise Überleitung und Weiterentwicklung des beizeiten begleiten® BVP-Programms sowie eine Harmonisierung mit anderen BVP-Programmen mit ähnlich hohen Qualitätsstandards, wie z.B. das des Schweizer MAPS-Trial, avisiert.

Die Gründungsveranstaltung der DiV-BVP e.V. fand am 20.02.2017 in Frankfurt am Main statt. Vorstandsmitglieder: 1. Vorsitzender Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, 2. Vorsitzende Wiebke Gottschalk (zwischenzeitlich zurückgetreten und ersetzt durch Monika Obrist, Schweiz), Schriftführer: Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten, Kassenwart: Prof. Dr. med. Georg Marckmann. Der Verein wurde am 15.05.2017 in das Vereinsregister aufgenommen und dabei als gemeinnützig anerkannt. Die 25 Gründungsmitglieder entstammen unter anderem folgenden Berufsgruppen: Ärztinnen/Ärzte, Kranken- und Altenpflege, Seelsorge, Juristinnen/Juristen und Medizinethikerinnen/-ethiker. An der letzten Mitgliederversammlung am 08.02.19 nahmen 41 Personen teil.

Unter dem Dach der DiV-BVP e.V. wurden Arbeitsgruppen gebildet, die die verschiedenen Unterbereiche eines BVP-Programmes bearbeiten, wie z.B. AG Bildung, AG Implementierung und Koordination und AG ACP für Menschen mit Beeinträchtigungen, AG Dokumentation.

Die DiV-BVP e.V. war bi-national (Schweiz/Deutschland) gegründet worden.

Anfangs wurde das Ziel verfolgt, einheitliche Standards für BVP im deutschsprachigen Raum zu etablieren. Das Gesetzgebungsverfahren zu ACP in der Schweiz machte jedoch deutlich, dass es nationale Verbände geben muss, um auf politische Gegebenheiten reagieren zu können. Dennoch ist weiterhin ein enger Austausch und, wo möglich, ein gemeinsames Weiterentwickeln der Standards ein Ziel der beiden Arbeitsgruppen. (siehe auch Kapitel: Schweizer Arbeitsgruppe)

Am 12.01.2018 wurde ein vom FSP ACP federführend vorbereiteter Mitgliedertag der DiV-BVP in den Räumen der Geschäftsstelle der DiV-BVP am Würdezentrum in Frankfurt/Main durchgeführt.

Im Juni 2018 wurde unter Federführung des FSP ACP eine erste, technisch allerdings noch nicht ausgereifte und daher nun seitens der Geschäftsstelle weiter in Bearbeitung befindliche Version der Webseite der DiV-BVP e.V. (www.div-bvp.de) veröffentlicht.

Am 8.September 2018 wurde ein Mitgliedertreffen der DiV-BVP am Rande des DGP-Kongresses abgehalten. Hierbei war es möglich, weitere Interessierte zu erreichen und Fragen der Weiterentwicklung der DiV-BVP zu diskutieren.

Zuletzt wurde die Umbenennung der Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung BVP e.V. in Deutsche interprofessionelle Vereinigung BVP e.V. im Herbst 2018 vorbereitet und bei der Mitgliederversammlung am 08.02.2019 vollzogen.

(Vereinssatzung siehe www.div-bvp.de)

7.7 Weitere Projekte

Die nachstehend aufgeführten weiteren Projekte dienen dazu, weitere Fragestellungen in Zusammenhang mit der Etablierung von ACP/BVP im deutschen Gesundheitswesen zu beantworten, die konzeptionellen Arbeiten zu vertiefen und die Entwicklung zu evaluieren.

7.7.1 ELearning Förderfond der HHU Düsseldorf

Die Fortführung der Ausarbeitung eines eLearnings durch den FSP ACP wurde vom „eLearning-Förderfond“ der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zweimalig mit insgesamt etwa 19.000 Euro gefördert, um ein eLearning für ein Wahlfach BVP für Medizinstudierende zu entwickeln (siehe oben: Entwicklung eines Wahlfachs BVP im Medizinstudium). Diese zusätzlichen Mittel sind erforderlich, um die von den durch dieses Projekt geförderten Wissenschaftlerinnen/–Wissenschaftlern geprägten Inhalte in entsprechende Formate und Programme zu übertragen.

7.7.2 Innovationsfond: Ausschreibung Versorgungsforschung vom 20.10.2017

Am 20.02.2018 wurde ein Antrag für eine multizentrische Interventionsstudie beim Innovationsfond eingereicht: „Patienten-relevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus planen: cluster-randomisierte Interventionsstudie in Seniorenpflegeeinrichtungen (BEVOR)“ und mit einem Fördervolumen von 2,6 Mio. Euro bewilligt. Das Projekt startete am 01.09.2019. Konsortialpartnerinnen/-partner sind: Studienzentrum (SZ) Göttingen: E. Hummers, Inst. f. Allgemeinmed.; F. Nauck, Klin. f. Palliativmed.; SZ Halle: G. Meyer, Inst. f. Gesundh.- u. Pflegewissensch., J. Schildmann, Inst. f. Gesch. u. Ethik i.d. Med.; SZ München: B. Feddersen, Klin. f. Palliativmed. d. LMU; G. Marckmann, Institut f. Ethik, Gesch. u. Th. d. Med. d. LMU; Methodik/Analyse: K. Wegscheider/A. Zapf, Inst. f. Med. Biometrie u. Epid., UKE Hamburg; Datenqualität: H. Kolbe, Koord.zentrum f. Klin. Studien (KKS) HHU Düsseldorf; Gesundheitsökonomie: A. Icks, Inst. f. Vers.forsch. u. Ges.ökonomie, CHS, HHU Düsseldorf. Beratung / Übern. i. d. GKV-Regelversorg: BARMER, S. Laag.

7.7.3 Weitere

Die private Auxilium-Stiftung hat am 23.05.2018 eine Förderung des FSP ACP über € 150.000 bewilligt.

8 Gender Mainstreaming Aspekte

Im Rahmen der Workshops und der daran anschließenden regionalen Implementierungen wurde deutlich, dass ein Großteil der Gesprächsbegleiterinnen/Gesprächsbegleiter weiblichen Geschlechts sind, da diese zu größeren Teilen in den angesprochenen Berufsgruppen vertreten sind.

Basis von Behandlung im Voraus Planen ist die Stärkung der Selbstbestimmung und die Befähigung, informierte Entscheidungen zu treffen. Hierfür ist es notwendig, den individuellen Menschen mit allen Facetten, auch im gesamtgesellschaftlichen und geschlechterspezifischen Kontext so zu unterstützen, dass Allgemeinplätze soweit hinterfragt werden, dass die individuelle Wahl und der dahinterstehende Wille zum Vorschein kommen.

Die Aufmerksamkeit der Gesprächsbegleiterinnen/Gesprächsbegleiter, die Personen auch in der Reflektion ihrer Geschlechterrolle soweit zu unterstützen, dass sie ihre Selbstbestimmung ausüben kann, ist also ein inhärenter Teil des Gesprächsprozesses.

9 Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

Verbreitung: Darstellung der erfolgten oder geplanten Veröffentlichung der Ergebnisse sowie der Öffentlichkeitsarbeit für Fach- und Laienpublikum (Beiträge auf Kongressen, Publikationen, Pressemitteilungen, Internet etc.); Darstellung der Zugänglichkeit der Ergebnisse für mögliche Nutzerinnen und Nutzer (Verfügbarkeit über Internet, Manual, Buch, etc.)

9.1 Empfehlungen der mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Task Force Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen

- Umsetzung des §132 g SGB V durch nationale Muster-Curricula und einheitliche regionale Implementierung von Advance Care Planning.
- Kurzfassung des aktuellen Stands der Beratungen vom 11.10.2017
- Begleit-Information zur BVP-Gesprächsbegleitung mit Frau J. (Video)
- Mustercurriculum „Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen (BVP)“, konsentierter Entwurf vom 11.01.2017

9.2 Zeitschriftenartikel

- Behandlung im Voraus planen, CareKonkret, Prof. Dr. A. Riedel, Prof. Dr. med. J. in der Schmitten, Prof. Dr. med. G. Marckmann, Prof. Dr. med. F. Nauck 26. Ausgabe, Sep 2016
- Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): Ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen, Zeitschrift für Palliativmedizin 2016 (cme-Artikel); Autoren: Prof. Dr. med. J. in der Schmitten, Prof. Dr. med. F. Nauck, Prof. Dr. med. G. Marckmann
- Erfolgreiche ACP-Implementierung durch regionale Koordination: Warum eine gute ACP-Gesprächsbegleitung (facilitation) alleine nicht ausreicht, Prof. J. med. in der Schmitten, Prof. Dr. med. G. Marckmann, Bioethica Forum 2016/Vol 9 No3
- Behandlung im Voraus planen: Die Rolle der professionell Pflegenden und Konsequenzen für Pflegende, Palliativ pflegen 2017, Prof. Dr. A. Riedel, Prof. Dr. med. G. Marckmann, Prof. Dr. med. J. in der Schmitten, K. Götze
- 2 Artikel in der Ludwigshafener Ethische Rundschau, 3/2016, Dr. med. C. Gerhard, K. Götze
- Nauck F, Marckmann G, in der Schmitten J: Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2018; 53: 62-70

- Marckmann G, Behringer B, in der Schmitten J: Ethische Fallbesprechungen in der hausärztlichen Versorgung: Ein Leitfaden für die Praxis. Zeitschr Allgemeinmed 2018; 94: 116-120
- Marckmann G, Behringer B, in der Schmitten J: Beendigung der Sondenernährung in einer Pflegeeinrichtung: Eine ethische Falldiskussion. Zeitschr Allgemeinmed 2018; 94: 121-124
- Petri S, in der Schmitten J, Marckmann G: Patientenverfügungen in Pflegeeinrichtungen: Bis zu Ende denken. DÄBl. 2018 (115): A427-A428
- Götze K, Otten S, Loupatazis. Von der Begegnung mit Tabus, Dr. med. Mabuse Nr. 236, Jg. 43 11/12.2018
- Marckmann G, in der Schmitten J, Feddersen B, Götze K, Nauck F, Rixen S. Plädoyer für eine regionale Implementierung. Dr. med. Mabuse Nr 236, Jg. 43 11/12.2018

9.3 Buchbeiträge

- Marckmann G, Götze K, in der Schmitten J: ACP in Germany: On track to nationwide implementation. In: Thomas K, Lobo B, Detering K (Hrsg): Advance Care Planning in End of Life Care, 2nd Edition (11.2017)
- Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2017). Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S.636–644. Kochen MM (Hrsg).Gágyor I, Simon A, in der Schmitten J. Ethische Fragen und Konflikte in der Allgemeinmedizin

9.4 Kongresse / Workshops

- In der Schmitten J, Götze K: Advance Care Planning - Gemeinsame Vorausplanung medizinischer Behandlungen für urteilsfähige und urteilsunfähige Personen – Entwicklungen und Perspektiven – Tagung, Luzern, 27.01.2017, Workshop
- in der Schmitten J, Götze K, Marckmann G: Content and Documentation of Facilitated Advance Care Planning (ACP) Conversations: How can they be improved to make a relevant impact on clinical decision making? Internationaler Kongress der Advance Care Planning and End of Life Society. 06.09.2017, Banff, Kanada.
- Behringer B, Fuchs A, Götze KH, in der Schmitten J. 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 21.09. - 23.09.2017. Behandlung im Voraus planen (BVP) - hausärztliche Qualifikation und hausärztlicher Beitrag zur Umsetzung des neuen § 132g SGB V (HPG). [abstract], Düsseldorf. DOI: 10.3205/17degam052

- Götze K. 8. Marburger Palliativ- und Hospizsymposium 17.03.2018, Marburg,: Advance Care Planning/Behandlung im Voraus planen – Ein regionales Konzept zur Umsetzung des Patientenwillens nicht nur am Lebensende.

9.5 Kongresse / Poster

- 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 21.09. - 23.09.2017; Fuchs A, Götze KH, Hildebrandt J, in der Schmitten J. Befähigung zu selbstbestimmten Entscheidungen im Rahmen von Behandlung im Voraus planen: Wie ermöglichen wir Patienten, uns zu sagen, was sie wirklich wollen? [abstract]. DOI: 10.3205/17degam080
- 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 21.09. - 23.09.2017, Düsseldorf, Götze KH, Fuchs A, in der Schmitten J. Das ABC der regionalen Implementierung von Behandlung im Voraus planen (BVP) - ein Werkstattbericht. [abstract]. DOI: 10.3205/17degam053
- 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 21.09. - 23.09.2017, Düsseldorf, Fuchs A, Götze KH, in der Schmitten J. Entwicklung eines eLearning-Tools zur Vermittlung von Grundlagen und Gesprächstechniken für Behandlung im Voraus planen (BVP): ein Werkstattbericht. [abstract]. DOI: 10.3205/17degam195
- 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 21.09. - 23.09.2017, Düsseldorf. Marx G, in der Schmitten J. Forschung an der Schnittstelle von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung: Wie kann es weitergehen? [abstract] DOI: 10.3205/17degam107
- Götze K., Feddersen B, Karzig I, Marckmann G, Krones T, Loupatatzis B, Otto D, Petri S, in der Schmitten J.: Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): Was sollte der Inhalt der Gespräche sein und wie ist er angemessen zu dokumentieren? [abstract] 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 06. – 08.09.2018, Bremen. Z Palliativmed 2018, 19(5)
- Feddersen B., Götze K., Loupatatzis B., Petri S., Hornke I., Karzig I., Otto D., Bausewein C., Krones T., Marckmann G., in der Schmitten J. Behandlung im Voraus planen (BVP) - wie können Festlegungen für den Fall einer Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer dokumentiert werden? [abstract] 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 06. – 08.09.2018, Bremen. Z Palliativmed 2018, 19(5)

9.6 Vorträge

- Deutscher Palliativkongress, Leipzig 08.09.2016, Prof. Dr. med. F. Nauck (Sprecher Task Force und DiV-BVP): Wenn Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht an Grenzen stoßen
- Deutscher Palliativkongress, Leipzig 08.09.2016, Prof. Dr. Dr. med. B. Feddersen: Implementierung von ACP/BVP in die Regelversorgung – Wie kann das gehen?

- Forum Palliativmedizin, Berlin 12.11.2016, Prof. Dr. med. J. in der Schmitten: Behandlung im Voraus planen (BVP) – Was ist wesentlich?
- Advance Care Planning - Gemeinsame Vorausplanung medizinischer Behandlungen für urteilsfähige und urteilsunfähige Personen – Entwicklungen und Perspektiven – Tagung, Luzern, 27.01.2017, Prof. Dr. med. J. in der Schmitten: Advance Care Planning in Deutschland, zusätzlich gemeinsamer Workshop mit K. Götze
- Bremer Kongress für Palliativmedizin, Bremen, 10.03.2017, Prof. Dr. med. F. Nauck: Advance Care planning. Behandlung im Voraus planen - Internationale Entwicklung und aktueller Stand
- Prof. Dr. med. J. in der Schmitten: Implementing ACP in German Care Homes fort he elderly and for people with disabilities – report from a national consensus process based on recent legislation. EAPC-Congress, Madrid 19.05.2017
- in der Schmitten J: Advance directives by proxy in German nursing homes: prevalence, formats, contents, and ethical justification. Vortrag auf dem internationalen Kongress der Advance Care Planning and End of Life (ACPEL) Society. 07.09.2017, Banff, Kanada.
- in der Schmitten: Das Muster-Curriculum ‚Behandlung im Voraus planen (BVP)' der Task Force ACP und DiV-BVP e.V. Vortrag auf dem Kongress zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung für das Lebensende der Evangelischen Akademie Loccum, 25.10.17, Loccum.
- in der Schmitten J: Patientenverfügung auf neuen Wegen: Behandlung im Voraus planen. Vortrag auf dem 15. Bonner Brückensymposion des Instituts für Hausarztmedizin der Universität (Die letzte Phase des Lebens), 06.12.17, Bonn
- in der Schmitten J: Advance Care Planning in der Onkologie. Vortrag im Rahmen der State-of-the-Art-Lecture Onkologie am UKD, 13.12.2017, Düsseldorf.
- Götze K: Anspruch und Wirklichkeit im ambulanten Alltag. Ethiksymposium der Landesärztekammer Hessen, 13.01.18, Bad Nauheim
- in der Schmitten J: Der neue Weg zur Patientenverfügung – Advance Care Planning. Vortrag bei der katholischen Akademie Die Wolfsburg. 23.04.2018, Mühlheim an der Ruhr.
- in der Schmitten J, Götze K: Kurzvorträge zu der Entwicklung des BVP-Programmes nach dem DiV-BVP Standard. Mitgliedertag der DiV BVP e.V. Januar 2018
- Götze K: Advance Care Planning bei urteilsunfähigen Personen. Vortrag auf dem 1. Symposium Advance Care Planning, Wien, 15.06.2018.
- In der Schmitten J: Vortrag auf dem 1. Symposium Advance Care Planning, Wien, 15.06.2018
- Götze K: Training und Einsatz von Schauspiel-Patienten zur Vermittlung komplexer Gesprächskompetenzen für Behandlung im Voraus Planen (Advance Care Planning): ein Erfahrungsbericht. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 06. – 08.09.2018, Bremen, 07.09.2018

- Götze K: Behandlung im Voraus Planen gem. § 132g SGB V: Was ist das? Warum braucht man das? Wie geht das? Vortrag auf dem Landespflegekongress, Rostock, 19.09.2018.
- Götze K: Advance Care Planning, Behandlung im Voraus Planen: Wie es möglich werden kann, dass der Wille von Patienten umgesetzt wird, auch, wenn sie selber nicht (mehr) für sich sprechen können. Vortrag auf dem Fachtag zur Versorgungsplanung Diakonie Schleswig-Holstein, Rendsburg, 26.09.2018.
- Götze K: Elemente der institutionellen und regionalen Implementierung von „Behandlung im Voraus planen“. Vortrag Neurowoche 2018 30.10 - 03.11.2018. https://www.dgnvirtualmeeting.org/#!resourcegroups/query=g%C3%B6tze Stand 11.11.2018

9.7 Informationsveranstaltungen

- Palliativnetz Essen – Informationsveranstaltung, Prof. Dr. med. J. in der Schmitten
- Ambulante Ethikberatung e.V. Bochum – Informationsveranstaltung, Prof. Dr. med. J. in der Schmitten, Dr. med. B. Behringer

9.8 Einladung anderer Arbeitsgruppen

- TaskForce ACP der Schweiz, 13.12.2016 Bern, Prof. Dr. med. J. in der Schmitten

9.9 Weiteres

- Internetseite der DiV-BVP: www.div-bvp.de
- Internetseite des FSP ACP: https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/kliniken-institutezentren/institut-fuer-allgemeinmedizin/advance-care-planning-acp
- Internetseite der internationalen Fachgesellschaft für ACP: www.acp-i.org

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Welche Erfahrungen/Ergebnisse sind für den Transfer, ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG geeignet? Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege aus? Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren? Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)?

Aus den in Kapitel 7 ausführlich dargestellten Arbeitsschritten, Ergebnissen und deren Bewertung wird ersichtlich, dass im Verlauf des Projektes wichtige Schritte zur Etablierung der „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ gelungen sind. Angesichts dessen, dass es sich um eine völlig neuartige Leistung im deutschen Gesundheitssystem handelt, nach wie vor Aufklärungsbedarf über die beabsichtigten Ziele und Wirkungen besteht und Tendenzen zu beobachten sind, die eine weitere erfolgreiche Entwicklung beeinträchtigen könnten, sind jedoch weitere Weichenstellungen erforderlich.

So sehen wir einen dringenden Bedarf, die Haltung zu ACP und seiner Umsetzung zu überdenken und ACP als ein Konzept zu verstehen, welches nur in einem auf allen Ebenen gemeinsamen Angang zu dem Ergebnis führen kann, dass Menschen so behandelt werden, wie sie es sich wünschen, auch dann, wenn sie selbst nicht (mehr) entscheiden können. Hierzu gehört, die Standards der Qualifizierung von BVP-Gesprächsbegleiterinnen/-begleitern stärker als in der Vereinbarung nach § 132g vorgesehen, z.B. durch eine Anbieter-Akkreditierung gemäß qualitativer Mindeststandards, zu sichern, hierauf aufbauend Schritte zu einer bundesweit einheitlichen Dokumentation (insbesondere für die Notfallplanung) zu unternehmen, die regionale und institutionelle Implementierung von ACP stärker auch finanziell abzusichern und die Umsetzung des § 132g hinsichtlich ihrer Prozess- und Ergebnisqualität zu evaluieren.

Die fortbestehenden Diskussionen in Fachkreisen und in der Presse über fragwürdige Qualifizierungsangebote zum § 132g zeigen, dass weiterhin Aufklärungs- und Weiterentwicklungsbedarf besteht, um die Zielsetzung von ACP zu erreichen und eine von den Betroffenen ungewollte Über- oder Unterversorgung zu verhindern.

Wesentlich scheint, dass die Vereinbarung zum § 132g keine Vorgaben zur Qualifizierung von BVP-Gesprächsbegleiter-Trainerinnen/-Trainern macht. Das ist jedenfalls ein Grund dafür, dass mittlerweile BVP-GB-Qualifizierungs-Angebote gemacht werden, die wesentliche Aspekte von ACP nicht beachten.

Wir halten es daher für notwendig, ein detailliertes Evaluations-Konzept zu entwickeln, mit Hilfe dessen überprüft werden kann, wie § 132g national in der Praxis umgesetzt wird.

Damit der FSP ACP, der sich in den zwei Förderjahren etablieren konnte, hierzu seinen Beitrag leisten kann, wurden weitere Förderprojekte beantragt, so dass er vorläufig weiterhin in der Lage ist, regionale BVP-Initiativen tatkräftig zu unterstützen, das BVP-Konzept (in Zusammenarbeit mit allen Partnerinnen/Partnern) weiterzuentwickeln und zu einem verbesserten Verstehen von BVP in Wissenschaft, Praxis und Öffentlichkeit beizutragen. Vorträge, Workshops, Telefonate, die Vernetzung

mit anderen Initiativen, Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, das Engagement innerhalb der DiV-BVP sowie die Vorbereitung aufbauender Forschungsprojekte gehören hier beispielhaft dazu.

ACP ist ein Konzept, welches nur durch das Zusammenspiel aller im gesundheitlichen Versorgungssystem tätigen Akteure gewinnbringend umgesetzt werden kann. ACP hat zum Ziel, dass Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen Krisen ohne Entscheidungsfähigkeit so behandelt werden, wie sie es wünschen. Dies setzt einen Prozess der Meinungs- und Urteilsfindung voraus, der in Gesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase strukturiert begleitet werden kann. Hierzu sind über das Bisherige hinausgehende Qualifizierungen (BVP-Gesprächsbegleiterinnen und –begleiter sowie entsprechender BVP-GB-Trainerinnen und Trainer) notwendig. Dies erfordert darüber hinaus aber auch einen systemischen Wandel, der professionell, d.h. durch spezifisch qualifizierte BVP-Koordinatoren oder BVP-Koordinatorinnen angeleitet und durch Schulungen (für z.B. Rettungsdienste, Krankenhäuser, niedergelassen Ärztinnen und Ärzte, SAPV-Teams) unterstützt wird.

Qualifizierung

Die 2016 gegründete Task Force ACP der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat ein Curriculum für BVP-Gesprächsbegleiterinnen und –begleiter sowie einen Workshop-Ablauf konsentiert, welche den Verhandlungspartnern der Vereinbarung nach § 132g als Anhalt bezüglich des derzeitigen Wissensstandes dienen konnten. Seitdem wurden Inhalt, Didaktik und Umfang des Qualifizierungs-Workshops durch die Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen e.V. (DiV-BVP – Fachgesellschaft für ACP/BVP, Gründung 02/2017) unter der Federführung des FSP ACP deutlich weiterentwickelt und z.B. um mehr praktische (Schauspielpatienten-gestützte Gespräche) sowie theoretische (eLearning) Einheiten ergänzt, da die Gespräche emotional herausfordernd, aber auch fachlich sehr anspruchsvoll sind.

Wenn diese Arbeiten abgeschlossen sind, wird die Qualifizierung der BVP-Gesprächsbegleiterinnen und –begleiter nach unserer Einschätzung und vorbehaltlich der Beschlussfassung in der DiV-BVP insgesamt etwa 160 Unterrichtseinheiten (UE) umfassen und damit deutlich über der in der Vereinbarung zu § 132g SGB V konsentierten 60 UE liegen. Für die Qualifizierungen der BVP-Gesprächsbegleiterinnen und –begleiter erwies es sich als notwendig, Dozentinnen und Dozenten (BVP-Gesprächsbegleiter-Trainerinnen und -Trainer) einzusetzen, die sowohl über einen größeren BVP-spezifischen theoretischen Hintergrund als auch über eine große Praxiserfahrung in BVP-Gesprächen verfügen. Hierfür wurde in Zusammenarbeit mit der AG Bildung der DiV-BVP eine spezifische Trainer-Qualifizierung entwickelt.

Die im Zeitraum der Projektförderung (weiter-)entwickelte BVP-GB-Qualifizierung gemäß § 132g SGB V wird auch weiterhin von den regionalen BVP-Gesprächsbegleiter-Trainern oder -Trainerinnen sowie den Mitarbeiterinnen des FSP ACP angeboten und ist somit Teil der Versorgungslandschaft in Deutschland geworden. Seit Oktober 2018 gab es weitere BVP-GB-Workshops nach dem Standard der DiV-BVP in Bamberg, Bochum, Frankfurt, Göttingen, Köln, Nürnberg, München und Würzburg.

Darüber hinaus werden regelmäßige regionale Plenartreffen für BVP-GB angeboten. Es ist bereits jetzt möglich, auch in anderen Regionen Kurse der DiV-BVP anzubieten, wenn entsprechende BVP-Trainerinnen und geschulte BVP-SP gebucht werden und die Rahmenbedingungen zuvor einvernehmlich geregelt werden. Insgesamt konnten seit Beginn des Projektes am 01.06.2016 bis zum Projektende mehr als 350 Gesprächsbegleiterinnen/Gesprächsbegleiter nach den Standards der DiV BVP geschult werden.

Durch den finanziellen Anreiz des § 132g sind die Qualifizierungs-Angebote für BVP-Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter exponentiell in die Höhe geschnellt, nicht jedoch die Teilnahme der Anbieter an nationalen durch die DiV-BVP oder international angebotenen BVP-Trainer-Qualifizierungen. Des Weiteren werden die Inhalte der Gesprächsbegleiter-Qualifizierung bzw. des § 132g sehr breit diskutiert und verlieren hierbei mitunter den Anschluss an international etablierte ACP-Definitionen. Es wird die Gefahr gesehen, dass dies zu kontraproduktiven Entwicklungen führt, etwa dass zwar formal aussagekräftige, aber den Bewohnerwillen nicht ausreichend reflektierende Dokumentationen entstehen oder dass zwar ein Gesprächsprozess erfolgt, dieser jedoch weiterhin auf Formularen mit Reichweitenbegrenzung dokumentiert wird. Dies könnte auf die konkrete Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen im Krisenfall nicht dem Willen entsprechende Auswirkungen haben.

Dokumentation

Um den Patientenwillen, der in den fortlaufenden Gesprächsprozessen entwickelt wurde, in einer gesundheitlichen Krise zur Beachtung und Befolgung zu verhelfen, wurden anwenderzentrierte einheitliche Dokumente (Patientenverfügung, Vertreterdokumentation; jeweils mit Notfallbogen) (weiter-) entwickelt. Regional oder besser bundesweit einheitliche Dokumente, hinterlegt mit einem einheitlichen Gesprächsstandard, erscheinen als weiterer Schlüssel zu einer erfolgreichen Umsetzung des der Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g.

Regionale Implementierung

Für das Einsetzen von Gesprächsbegleiterinnen und –begleitern in den Einrichtungen empfehlen wir eine Kooperation möglichst aller regionalen Einrichtungen gemäß § 7 II c der Vereinbarung nach § 132g SGB V, die dann die ihnen jeweils zustehenden Personal-Kontingente über einen zentralen Träger (z.B. kommunales Fortbildungsunternehmen, Pflegestützpunkt, Hospizverein, Palliativnetz) anstellen. Dies ermöglicht es den Regionen (und hier besonders den Einrichtungen / Trägern), den für ACP grundlegenden systemischen Wandel nachhaltig zu gestalten. Die Gesprächsbegleiterinnen und –begleiter werden dazu den Einrichtungen fest zugeordnet, damit sie die jeweilige Organisation mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der einrichtungsspezifischen Kultur sowie die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen bestmöglich kennenlernen und hierheraus die Einrichtung gemäß ihrer Werte und Leitbilder bei der ACP-spezifischen institutionellen Implementierung effektiv unterstützen können.

Des Weiteren ist es auf diese Weise möglich, eine regionale ACP-Koordinatorin oder einen ACP-Koordinator (d.i. eine Gesprächsbegleiterin oder ein –begleiter mit Change-Management Basisqualifikation sowie zusätzlicher spezifischer Qualifizierung zur ACP-Koordination) zu beschäftigen, die oder der die Netzwerkarbeit und die Schulungen der regionalen Akteure koordiniert. Dies ist in vorbildlichen internationalen ACP-Programmen wie dem US-amerikanischen Respecting Choices® Standard. Für die ersten drei bis fünf Jahre eines solchen regionalen Implementierungsprozesses werden nach unserer Einschätzung zusätzliche Mittel als Brückenfinanzierung benötigt.

Seit dem Frühjahr 2019 finden sich vermehrt Regionen, die erwägen, BVP nach diesem Konzept zu implementieren und hierfür auch eine Anschubfinanzierung für eine regionale BVP-Koordination zu leisten. Der FSP ACP begleitet diese auf Anfrage. Sollte es den Konsortialpartnern der Innovationsfonds-geförderten Studie „BEVOR“ möglich sein, Regionen für dieses Konzept zu gewinnen, so werden diese in die geplante Evaluierung eingehen.

Die Beobachtungen und Erkenntnisse bezüglich der Implementierungsbemühungen seit 2015 weisen darauf hin, dass diese in der Breite nicht gelingen wird, wenn sie (nach § 7 II a) einrichtungszentriert erfolgt. Daher sehen wir einen dringenden Bedarf, regionale Implementierungen mit zentralen Kooperationslösungen gemäß § 7 II c der Vereinbarung nach § 132g mit einheitlichem BVP-Konzept voranzubringen. (Siehe Kapitel 7.2 und 7.5.). Solche regionalen Initiativen sollten nachhaltig von den hierfür Verantwortlichen gefördert werden.
Auch wir werden nun ein besonderes Augenmerk auf regionale ACP-Initiativen richten, die ihr BVP-Projekt an dem in diesem Bericht geschilderten Strategiewechsel einer regionalen Implementierung ausrichten möchten und in einem zentralen Team arbeitende BVP-GB sowie eine regionale BVP-Koordinatorin einzustellen planen.

Evaluierung

Um eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Implementierungsprozesses zu erreichen, halten wir eine über die bisherige Planung hinausgehende Evaluierung der Prozess- und Ergebnisqualität für notwendig. Für das Konzept der DiV-BVP e.V., welches unter Federführung des FSP ACP entstand und weiterentwickelt wird, wird seit Januar 2019 eine Evaluation der Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter-Qualifizierungen im Rahmen einer Dissertation am FSP ACP durch die Projektmitarbeiterin Kornelia Götze ausgearbeitet. Das Gesamtkonzept wird zudem im Rahmen des innovationsfonds-geförderten Verbundprojektes „BEVOR - Patienten-relevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus planen: cluster-randomisierte Interventionsstudie in Seniorenpflegeeinrichtungen“ seit September 2019 an 4 Studienzentren über 3 Jahre untersucht (siehe Kapitel 7.7.2). In diesem Rahmen werden Instrumente entwickelt werden, die auch für eine nationale Evaluation hilfreich sein können. Wichtig hierbei ist, dass auch die Qualität der GB-Qualifizierungen, der Gesprächsprozesse, der verwendeten Formulare sowie ihrer Verwendung und die Auswirkungen auf die Anwendbarkeit und Umsetzung der Vorausplanung in der klinischen Praxis untersucht wird. Ein reines Abfragen der Gesprächsanzahl wird kaum zeigen, ob die Umsetzung des § 132g SGB V die Praxis dem erklärtem

Ziel näherbringt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in einer gesundheitlichen Krise ihrem Willen gemäß behandelt wurden.

BVP für spezielle Personengruppen

In den Vorarbeiten für das BVP-Programm *beizeiten begleiten*® konnte gezeigt werden, dass eine schriftliche Vorausplanung für Menschen mit dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit durch deren Vertreterinnen/Vertreter längst ein impliziter Teil der nationalen Versorgungslandschaft geworden ist [16], allerdings ohne dass dazu Standards oder qualifizierte Unterstützung durch Gesundheitsfachpersonen gegeben sind. Die DiV-BVP hat das für das Projekt *beizeiten begleiten*® entworfene Konzept einer Vertreterdokumentation weiterentwickelt.

Die Kompetenzen der Gesprächsbegleitung, die für die Erstellung einer Vertreterdokumentation erforderlich sind, werden in der GB-Qualifizierung nach den Standards der DiV-BVP unterrichtet und stetig durch deren AG Bildung unter aktiver Teilnahme des FSP ACP weiterentwickelt. Der Gesprächsprozess wird, wann immer möglich, mit der nicht-einwilligungsfähigen Person und deren Vertreterin/Vertreter sowie weiteren relevanten Personen wie Angehörigen, (Bezugs-)Pflegepersonen / Heilpädagoginnen/-pädagogen, behandelnden Ärztinnen/Ärzte) geführt, so dass diese zukünftig genau wissen, wie die nicht-einwilligungsfähige Person in einer medizinischen Krise behandelt werden möchte. Der erste Schritt ist jedoch stets die Befähigung der nicht-einwilligungsfähigen Person, das Gespräch mit der BVP-GB selbst führen zu können. Sollte dies (in Teilen) nicht möglich sein, werden die weiterführenden Fragen mit der Vertreterin/dem Vertreter besprochen, die hierbei befähigt wird, sich an dem (mutmaßlichen) Willen der betreuten Person zu halten und auf Grund dessen Festlegungen für zukünftige Behandlungsentscheidungen zu tätigen, auf die sich das Behandlungsteam in einer Akutsituation stützen können, auch wenn die Vertreterin/der Vertreter z.B. nicht erreichbar ist.

Durch dieses Projekt war es möglich, in den Standards der DiV-BVP ein SP-gestütztes Simulationstraining für die diesbezügliche BVP-GB-Qualifizierung zu verankern. Es wurden vier SP-Rollen entwickelt und ein Schulungs-Video erstellt. Diese Trainings-Einheiten kommen seither in den bundesweit nach den Standards der DiV-BVP durchgeführten BVP-GB-Kursen regelmäßig zum Einsatz.

Über die Projektdauer hinweg hat sich zudem die AG BVP für / mit Menschen mit Beeinträchtigungen als gemeinsame Arbeitsgruppe der DiV-BVP und DGP unter Leitung von Dr. Sabine Petri (DiV-BVP und DGP), München, und Dr. Dietrich Wördehoff (DGP), Saarbrücken etablieren können. Der FSP ACP war an der Gründung beteiligt und engagiert sich in der AG, denn die Entwicklung geeigneter Assistenz-Instrumente für BVP-Gesprächsprozesse für / mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen steht erst am Anfang.

Es steht auf der Agenda des FSP ACP, ein Forschungsprojekt mit weiteren etablierten BVP-Wissenschaftlerinnen/-Wissenschaftlern zu diesem Thema zu beantragen.

Kooperationen

Die in der Förderphase aufgebauten bzw. fortgesetzten nationalen und internationalen Kooperationen werden auch in Zukunft gepflegt und weiter intensiviert werden. Neben informellen Kontakten in Form von kollegialem Austausch oder einer weiterreichenden Unterstützung durch den FSP ACP werden wir im Rahmen des innovationsfonds-geförderten Projekts „BEVOR“ mit drei weiteren universitären Studienzentren (Halle (Saale), Göttingen, München) zusammenarbeiten. Ebenso ist ein regelmäßiger fachlicher Austausch mit dem Wissenschaftlichen Beirat des BEVOR-Projekts geplant: Dr. Rebecca Sudore, San Fransisco, USA, Prof. Dr. Lieve van den Block und Joni Gilissen, Brüssel, Belgien, Dr. Karen Detering, Melbourne, Australien, Susan Hickmann, PhD, Indianapolis, USA, Prof. Dr. Tanja Krones, Zürich, Schweiz, Josephine Dixon, London, UK) Ein erstes Treffen hat bereits im März 2019 in Rotterdam stattgefunden, ein weiteres Treffen mit einer belgischen ACP-Forscherinnengruppe (um Prof. Lieve van den Block und Joni Gilissen) im November 2019 in Brüssel.

Zu den nationalen (DiV-BVP) und internationalen ACP/BVP-Vereinigungen (ACP-i) bestehen enge Kontakte und ein reger Austausch, sowohl durch die Präsenz von Prof. in der Schmitten im jeweiligen Vorstand (Schriftführer bzw. Schatzmeister) als auch durch die Beteiligung in Arbeitsgruppen.

Die DiV-BVP plant unter Beteiligung des FSP ACP im März 2020 die erste nationale Konferenz zu BVP in Köln, Veranstalterinnen werden die regionalen BVP-Akteurinnen um Dr. Thomas Otten sein. Die junge Fachgesellschaft möchte den wissenschaftlichen Austausch zu BVP stärken und für ein möglichst einheitliches und qualitativ hochwertiges BVP-Konzept für Deutschland werben.

Weitere Projekte

Durch weitere Projekte ist es dem FSP ACP möglich, sowohl die in diesem Bericht beschriebenen Projekte weiter zu entwickeln als auch im Rahmen der innovationsfonds-geförderten Studie „BEVOR“ regionale BVP-Projekte zu evaluieren und so Instrumente für die Evaluation von BVP in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln.

11 Publikationsverzeichnis

Siehe Punkt9.

12 Zitierte Literatur

1. Medicine, I.o., *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life. Key Findings and Recommendations*. 2014, Washington DC: National Academy of Sciences.
2. Coors, M., R. Jox, and J. in der Schmitten, eds. *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. 2015, Kohlhammer: Stuttgart.
3. Rixen, S., G. Marckmann, and J. in der Schmitten, *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase: Eckstein des Hospiz- und Palliativgesetzes.* Neue Juristische Wochenschrift, 2016.
4. Widmannn-Mauz, A., *Geleitwort*, in *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*, M. Coors, R. Jox, and J. in der Schmitten, Editors. 2015, Kohlhammer: Stuttgart.
5. GKV-Spitzenverband, et al., *Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017, veröffentlicht am 07.02.2018*. 2018.
6. Sudore, R.L., et al., *Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel.* J Pain Symptom Manage, 2017. **53**(5): p. 821-832 e1.
7. Rietjens, J.A.C., et al., *Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care.* Lancet Oncol, 2017. **18**(9): p. e543-e551.
8. Schulze, U.N., S., *Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase - zwischen Autonomie und Fürsorge. Impulse aus dem Modellprojekt LIMITS Münster*. 2004, Münster: Lit Verlag Münster.
9. in der Schmitten, J., et al., *Implementierung eines Patientenverfügungs-Programms in Senioreneinrichtungen: eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie.* Deutsches Ärzteblatt, 2014. **111**(4): p. 50-57.
10. in der Schmitten, J. and G. Marckmann, *Das Pilotmodell beizeiten begleiten*, in *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*, M. Coors, R. Jox, and J. in der Schmitten, Editors. 2015, Kohlhammer: Stuttgart.
11. Chan, C.W.H., et al., *A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs.* BMC Health Serv Res, 2019. **19**(1): p. 362.
12. Sudore, R.L., et al., *Outcomes That Define Successful Advance Care Planning: A Delphi Panel Consensus.* J Pain Symptom Manage, 2018. **55**(2): p. 245-255 e8.
13. Detering, K.M., et al., *The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial.* BMJ, 2010. **340**: p. c1345.
14. Linda Briggs, B.H., *Building a systems approach to advance care planning.* Reader.
15. Marckmann, G., et al., *Plädoyer für eine regionale Implementierung - BVP für stationäre Einrichtungen gem. § 132g SGB V.* Dr. Mabuse, 2018. **236**.
16. Sommer, S., et al., *Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege: Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal.* Deutsches Ärzteblatt, 2012. **37**: p. 577-583.

13 Anlage

Zu Strategiewechsel Implementierung gemäß § 132g SGB V:

Konzept BVP gemäß § 132g SGB V (Anlage 1)

Behandlung
im Voraus planen

Konzept einer regionalen Implementierung im Rhein-Kreis Neuss

Foto: Getty Images/iStockphoto/1029343914

BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN gemäß § 132g SGB V und darüber hinaus

Konzept einer regionalen Implementierung im Rhein-Kreis Neuss

von Jürgen in der Schmiten[1] und Marcus Mertens[2]

[1]Prof. Dr. Jürgen in der Schmitten, MPH
Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

[2]Marcus Mertens
Sozialdezernat
Rhein-Kreis Neuss

Version 12/2019

ÜBERSICHT

1 Einleitung 1

2 Formale Rahmenbedingungen und inhaltliche Eckpunkte von BVP 3

3 Lösungsvorschlag für den Rhein-Kreis Neuss 12

4 Finanzierung und Zeitplan 19

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung 1

2 Formale Rahmenbedingungen und inhaltliche Eckpunkte von BVP 3

2.1 Einschlägige Gesetze sowie Vereinbarungen der Selbstverwaltung 3

2.2 Orientierung des § 132g SGB V am internationalen Konzept des Advance Care Planning / BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN und Abgrenzung von Palliative Care 3

2.3 Unbeschränkte Reichweite von Patientenverfügungen 4

2.4 Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleitern und Hausärzten 5

2.5 Dokumentation der Vorausplanung 6

2.6 Organisationsentwicklung und Change Management durch den BVP-Koordinator in und zwischen den beteiligten Einrichtungen 7

2.7 Regionale Implementierung von BVP 8

2.7.1 Nachteile einer einrichtungs-zentrierten Implementierung von BVP 8

2.7.2 Plädoyer für eine regionale Strategie der Implementierung des § 132g SGB V 9

3 Lösungsvorschlag für den Rhein-Kreis Neuss 12

3.1 Überblick 12

3.2 Beirat der Einrichtungsträger und regionale Steuerungsgruppe am TZG 13

3.3 Regionale Konzentrierung des BVP-Personals am **TZG** 14

3.3.1 Koordinierungsstelle 14

3.3.2 Operative Beratungskräfte (BVP-Gesprächsbegleiter) 14

3.3.3 Personalakquise 15

3.3.4 Personalverwaltung 15

3.3.5 Personaleinsatzplanung 15

3.4 Zugang für interessierte Einrichtungen 15

3.5 Qualifizierungsangebot 16

3.6 Kooperation zwischen Einrichtung und BVP-Gesprächsbegleiter 17

3.7 Ausweitung des Angebots von BVP für andere Gruppen der Kreisbevölkerung 17

3.8 Qualitätssicherung 18

4 Finanzierung und Zeitplan 19

4.1 Das Finanzierungsmodell gemäß der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V 19

4.2 Weiterleitung der Mittel aus dem § 132g SGB V an regionale Kooperationspartner gemäß § 7(2)c der Vereinbarung 20

4.3 Teilfinanzierung aus Drittmitteln 20

4.4 Förderung des Kreises während der 5-jährigen Implementierungsphase 20

4.4.1 Förderung eines regionalen BVP-Koordinators (50%) 21

4.4.2 Unterstützende Begleitung durch einen externen, spezifisch BVP-qualifizierten QM-Coach 21

4.4.3 Kompensation für die zur Organisationsentwicklung eingesetzten Personalressourcen 22

4.4.4 Anlaufkosten 22

4.5 Jährliche Kreismittel in der bis zu 5-jährigen Implementierungsphase 22

4.6 Zeitachse (Stand: Dezember 2019) 24

1 Einleitung

Medizinische und pflegerische Behandlung soll patienten-zentriert erfolgen, d.h. so eng wie möglich an den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Person orientiert sein. Menschen sollen so behandelt werden, wie sie das wollen – auch dann, wenn sie sich einmal nicht mehr selbst äußern können. Das gilt namentlich auch und besonders für medizinische Behandlung mit dem Ziel der Lebensverlängerung, die ihre Grenze am Patientenwillen findet.

Was so selbstverständlich klingt und gemäß unserem Rechtssystem auch schon seit langem selbstverständlich sein sollte, bleibt in der klinischen Realität zwischen Patienten, Angehörigen und dem Behandlungsteam auf der anderen Seite oft unerfüllt. Gerade im Bereich der vorausschauenden Bildung und Äußerung des Patientenwillens für künftige Entscheidungen, wie er in Patientenverfügungen dokumentiert wird, sind wir von einer etablierten Kultur der Beachtung des Patientenwillens noch weit entfernt. Immer noch hat die große Mehrheit der Menschen, für die stellvertretend Entscheidungen getroffen werden müssen, keine Patientenverfügung. Und wir wissen aus der Forschung, dass Patientenverfügungen, auch wenn es sie gibt, häufig unwirksam bleiben: weil sie nicht vorliegen, nicht aussagekräftig oder nicht verlässlich erscheinen oder auch weil sie von Seiten des Behandlungsteams keine Beachtung finden.

Ein neues Konzept soll hier Abhilfe schaffen: Das in den USA entwickelte Advance Care Planning, zu deutsch: BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN (BVP), sieht vor, dass Menschen von qualifizierten BVP-Gesprächsbegleitern sowie ihren Hausärzten darin unterstützt werden, ihren Behandlungswillen für künftige gesundheitliche Krisen im Voraus zu klären und wirksam zu dokumentieren. Der hierfür erforderliche qualifizierte Gesprächsprozess erfordert im Mittel einen zeitlichen Aufwand von ein bis zwei Stunden. Der Gesetzgeber hat dieses Konzept im Jahr 2015 aufgegriffen und im Hospiz- und Palliativgesetz den neuen § 132g SGB V eingefügt („Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“), der ausdrücklich an BVP orientiert ist und GKV-Mittel dafür bereitstellt.

Die Regelung des § 132g SGB V ermöglicht es Einrichtungen der Seniorenpflege sowie der Eingliederungshilfe, ihren Bewohnern auf Kosten der Krankenkassen BVP-Gesprächsbegleitungen durch eigens dafür eingestelltes und speziell qualifiertes Personal in Kooperation mit den behandelnden (Haus-) Ärzten anzubieten. Zudem sollen alle weiteren beteiligten Akteure der Gesundheitsregion, vom Pflegepersonal der Einrichtungen über den Rettungsdienst und die Berufsbetreuer bis zum ärztlichen und pflegerischen Personal der Krankenhäuser und weiteren mehr, so informiert und geschult werden, dass der Wille eines individuellen Bewohners dieser Einrichtungen in Krisensituationen regelmäßig bekannt ist und Beachtung findet. Mittel- und langfristig könnten auch größere Personenkreise in den Genuss einer solchen BVP-Gesprächsbegleitung kommen, etwa ambulant gepflegte oder in Krankenhäusern behandelte Menschen oder sogar alle Senioren.

Der **Rhein-Kreis Neuss** (RKN) verfolgt schon seit vielen Jahren und in den verschiedensten Projekten das Ziel, die hier lebenden Menschen in der Verwirklichung einer selbstbestimmten Teilhabe zu unterstützen. Nicht zuletzt wird damit auch einer Reihe von weiteren Gesetzen aus jüngerer Zeit Rechnung getragen, etwa dem Patientenrechtegesetz sowie dem Wohn- und Teilhabegesetz (NRW). Und nicht zu vergessen war es auch der RKN, durch dessen engagierte Unterstützung das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in den Jahren 2008-2011 geförderte BVP-Forschungsprojekt „beizeiten begleiten“ wissenschaftliche Erkenntnisse hervorgebracht hat (Dtsch. Ärzteblatt 2014, 111: 50–7), in deren Folge der neue § 132g SGB V initiiert und überhaupt erst möglich wurde.

Auch zur Verbesserung der hospizlichen und palliativen Versorgung der hier lebenden Menschen hat der RKN schon in den zurückliegenden Jahren große Anstrengungen unternommen. Hier besteht eine wichtige Schnittstelle zu BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN: Überall dort, wo Menschen entscheiden, dass in einer bestimmten Situation das Therapieziel Linderung (Palliation) und nicht mehr Lebensverlängerung heißen soll, müssen dann, wenn dieser Fall tatsächlich eintritt, auch die Kompetenzen und Versorgungskapazitäten für eine effektive Palliativ- und Hospizversorgung zuverlässig gegeben sein, damit der Patientenwille auch befolgt werden kann.

Der RKN unterstützt daher Bestrebungen, BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN in den hiesigen Einrichtungen der Seniorenpflege und Eingliederungshilfe gemäß § 132g SGB V (sowie perspektivisch darüber hinaus für andere interessierte Personenkreise) auf einem hohen Qualitätsniveau zu implementieren. Die Beachtung des vorausverfügten Patientenwillens im klinisch-praktischen Alltag von Einrichtungen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern zur Regel werden zu lassen bedeutet aber, darin sind sich die Experten einig, einen kulturellen Wandel in der Gesundheitsregion, dessen Gelingen die Einbeziehung und das Engagement aller beteiligten Akteure und vor allem deren enge regionale Vernetzung und Kooperation voraussetzt.

Daher wäre es nicht zielführend, wenn einzelne Einrichtungen jede für sich Anstrengungen unternähmen, den § 132g SGB V im Alleingang einzuführen, womöglich mit den unterschiedlichsten Konzeptionen, Formularen und Standards, wie sie mittlerweile bereits auf den Markt drängen. Von anderen Regionen ist zu erfahren, dass unterschiedliche Träger unterschiedliche Konzepte entwickeln, von denen keines auf spezifischen Vorkenntnissen mit Advance Care Planning / BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN aufbaut, und letztlich Beratungen gemäß § 132g SGB V initiiert werden, deren segensreiche Wirkung für die Bewohner (sowie Angehörige und Pflegende) höchst zweifelhaft ist.

Der RKN möchte diesen Prozess daher vielmehr im Sinne einer konzertierten Aktion unserer Gesundheitsregion aktiv fördern und moderieren und auf diese Weise dazu beitragen, dass die gesetzgeberische Initiative des § 132g SGB V nicht im Sande verläuft oder durch Zersplitterung ihre Wirksamkeit verliert, wie es andernorts erhebliche Qualitätsunterschiede in der Umsetzung bereits befürchten lassen. Dafür kooperiert der Kreis mit der Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN e.V. (DiV-BVP), die 2017 aus der Task Force ‚Advance Care Planning' der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hervorgegangen ist, deren Standards in enger Kooperation mit erfolgreichen internationalen Advance Care Planning Programmen kontinuierlich weiterentwickelt werden und die bis dato als einziger Anbieter in Deutschland ein BVP-spezifisches Gesprächsbegleiter-Curriculum und ein ebensolches Trainer-Curriculum anzubieten hat (vgl. www.div-bvp.de).

Mehr noch: Der RKN möchte sich erneut bundesweit an die Spitze dieser innovativen Entwicklung zur verbesserten Patientenzentrierung stellen, das hier entstehende Projekt in Kooperation mit einem aktuellen, vom Innovationsfonds des GBA geförderten Forschungsprojekt wissenschaftlich evaluieren lassen und eine regionale BVP-Implementierung aktiv fördern mit dem Ziel, dass das Angebot einer einheitlich und auf hohem Niveau qualifizierten BVP-Gesprächsbegleitung mittelfristig auch anderen als den im § 132g SGB V genannten Personenkreisen angeboten werden kann. Die aus diesem exemplarischen Pilotvorhaben gewonnenen Erkenntnisse können erneut an den Bund zurückfließen und die weitere Gesetzgebung in diesem Bereich inspirieren.

2 Formale Rahmenbedingungen und inhaltliche Eckpunkte von BVP

2.1 Einschlägige Gesetze sowie Vereinbarungen der Selbstverwaltung

Der gesetzliche Rahmen für die regionale und institutionelle Implementierung von BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN in Einrichtungen der Seniorenpflege und Eingliederungshilfe ist durch den § 132g SGB V des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) vom 07.12.2015 vorgegeben. Zur Umsetzung dieses Gesetzes haben der Spitzenverband der Krankenkassen und die Bundesverbände der Einrichtungsträger (mit einjähriger Verspätung gegenüber der im § 132g SGB V festgelegten Vorgabe) am 13.12.17 eine Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V ausgehandelt, die eine Reihe von erforderlichen Details und Mindeststandards vorschreibt. Unklarheiten dieser Vereinbarung wurden in einer mit „Fragen und Antworten“ überschriebenen Erklärung der Verhandlungspartner vom 29.10.2018 adressiert, zuvor hatte bereits die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege im April 2018 eine „Handreichung“ zum besseren Verständnis der Vereinbarung vom 13.12.17 vorgelegt.

Die Vereinbarung vom 13.12.17 muss nun noch auf Landesebene von den jeweiligen Landesverbänden umgesetzt werden. Manche Länder haben diesbezüglich schon Vorgaben veröffentlicht, andere, darunter auch NRW (Stand: 07/2019), vorläufig darauf verzichtet (was den Weg für individuelle Regelungen freimacht).

Das Angebot von BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN an andere Personenkreise als im § 132g SGB V definiert ist ebenfalls gesetzlich möglich, wird aber (noch) nicht durch die Krankenkassen finanziert. BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN, so wie es seitens der DiV-BVP konzipiert und für den Fall der Einrichtungen gemäß § 132g SGB V bereits umgesetzt wird, beschreibt einen Standard der Gesprächsbegleitung und regionalen sowie institutionellen Implementierung, der prinzipiell verschiedenen Personenkreisen (Zielgruppen) offensteht und mit dem sog. Patientenverfügungsgesetz (Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, BGB §§ 1901a-1904 BGB) des Jahres 2009 in Einklang steht, aber auch deutlich darüber hinausgeht, also höhere Anforderungen stellt.

Nachstehend werden einige der in den o.g. Texten festgelegten Grundsätze und Kernelemente für die Umsetzung von BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN hervorgehoben.

2.2 Orientierung des § 132g SGB V am internationalen Konzept des Advance Care Planning / BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN und Abgrenzung von Palliative Care

Der Gesetzgeber hat in seinem Entwurf des § 132g SGB V zu einem Zeitpunkt, als das Konzept Advance Care Planning in Deutschland nur einer kleinen Zahl von Experten überhaupt namentlich bekannt war, als Überschrift „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ gewählt. Daneben gab es von verschiedener Seite andere Bezeichnungen zur Übersetzung von Advance Care Planning; wir verwenden die von der Task Force Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Jahr 2016 geprägte Übersetzung „BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN“.

Dass mit dem Regelwerk des § 132g SGB V im Hospiz- und Palliativgesetz das internationale Konzept des Advance Care Planning gemeint ist, wird an verschiedenen Stellen explizit deutlich, maßgeblich in der Präambel der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V vom 13.12.17.

Advance Care Planning / BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN ist – ungeachtet seiner formalen Verortung des § 132g SGB V im Hospiz- und Palliativgesetz – kein Bestandteil oder Element von Palliative Care, sondern ein eigenständiges, von Palliative Care separates Konzept. Denn die vorausplanenden Men-

schen sollen ja in den begleiteten Gesprächen und den resultierenden Patientenverfügungen ausdrücklich die Möglichkeit erhalten und befähigt werden, für den Fall gesundheitlicher Krisensituationen ihre eigene individuelle Entscheidung zu treffen, und nicht etwa beeinflusst werden, ihre Festlegungen im Sinne eines palliativen Therapieziels vorzunehmen. Erfahrungsgemäß lautet denn auch die Entscheidung bei vielen Menschen, dass in bestimmten Krisenfällen alles medizinisch Mögliche versucht werden soll, um das Leben zu verlängern – weder die BVP-Gesprächsbegleitung noch das Gesprächsergebnis haben in einem solchen Fall etwas mit Palliative Care zu tun!

Dennoch besteht, wie in der Einführung schon erwähnt, eine bedeutsame Schnittmenge zwischen BVP und Palliative Care, nämlich dort, wo Menschen für eine bestimmte Situation festgelegt haben, dass sie mit palliativer Zielsetzung behandelt werden wollen. Tritt diese Situation tatsächlich ein, so müssen die im aktuellen Setting an der Versorgung beteiligten Akteure, ob in einer Einrichtung, im Rettungswagen oder im Krankenhaus, kompetent und in der Lage sein, eine palliative Versorgung gemäß dem Willen des Betroffenen zu gewährleisten. Dafür sind entsprechende Qualifizierungen, personelle Kapazitäten sowie Vernetzungen mit geeigneten Kooperationspartnern erforderlich.

2.3 Unbeschränkte Reichweite von Patientenverfügungen

Das Patienten-Selbstbestimmungsrecht besagt, dass medizinische Eingriffe am Patienten, die juristisch formal als Körperverletzungen konstruiert werden, nur durch die (mutmaßliche) Einwilligung des betroffenen Patienten legitimiert werden können. Umgekehrt gilt, dass einwilligungsfähige Patienten jegliche medizinische Behandlung ablehnen dürfen, und sei sie aus medizinischer Sicht noch so dringend erforderlich, um ihr Leben zu retten. Juristisch findet dieses medizin-ethische Prinzip seine Entsprechung und Legitimierung im Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2, Abs. 2 GG.

Dieses unbeschränkte und im Bereich aktuell zu treffender Entscheidungen auch unbestrittene Selbstbestimmungsrecht war für den Sonderfall der Vorausplanung von Grenzen medizinischer Behandlungen mittels Patientenverfügungen lange umstritten; die Gegenposition forderte eine sog. „Reichweitenbeschränkung“, nach der in Patientenverfügungen nur solche Festlegungen für den Arzt verbindlich sein sollten, die auf Situationen beschränkt sind, in denen das baldige Versterben des Patienten ohnehin als absehbar und unabwendbar gelten darf (vgl. Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags 2004). Die Folge dieser Kontroverse war eine Verunsicherung bei vielen Patienten und Ärzten, welcher Stellenwert den in Patientenverfügungen getroffenen Festlegungen nun zukommt.

Mit dem „Patientenverfügungsgesetz“ (BGB §§ 1901a bis 1904 BGB) wurde 2009 die Vorstellung einer Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen ausdrücklich abgelehnt und festgelegt, dass in Patientenverfügungen im Voraus festgelegte Willenserklärungen ebensolche unbeschränkte Gültigkeit haben wie der aktuell erklärte Patientenwille – vorausgesetzt, dass dieser auf die vorliegende Entscheidung anwendbar ist. Zu dieser letzten Frage hat es in den vergangenen Jahren einige präzisierende höchstrichterliche Urteile gegeben (zuletzt und besonders relevant: BGH-Beschluss vom 14.11.18, XII ZB 107/18), durch die das Konzept BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN noch weiter gestärkt wurde, da eine aussagekräftige und in konkreten klinischen Situationen anwendbare Dokumentation der Patientenpräferenzen ein Kernelement dieses Konzeptes darstellt.

Ziel von BVP ist es, dass Menschen in Krisensituationen so behandelt werden, wie sie das wollen – auch dann, wenn sie gerade nicht selbst entscheiden können, und ohne jegliche ideologische Vorfestlegung, wie die Präferenzen der Menschen auszusehen haben. Vor dem Hintergrund der in Deutschland vielfach immer noch anzutreffenden Kultur einer impliziten Reichweitenbeschränkung, wie sie

z.B. in den meisten der bis heute weit verbreiteten Formulare und Textbausteine für Patientenverfügungen erkennbar ist, ergeben sich hieraus hohe Anforderungen an die fachliche und kommunikative Kompetenz von BVP-Gesprächsbegleitern. Deren verantwortungsvolle Aufgabe ist es, Menschen zu befähigen, in Kenntnis und im Verstehen möglicher künftiger Krisensituationen ihre ganz eigenen individuellen Präferenzen zu bilden, mit ihren Angehörigen zu erörtern, zu artikulieren und so zu dokumentieren, dass sie Beachtung finden können.

2.4 Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleitern und Hausärzten

Eines der Kernelemente von BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN ist die Gesprächsbegleitung durch eine hierfür spezifisch qualifizierte nicht-ärztliche Fachkraft, wo immer möglich gemeinsam mit Vertretern und / oder (anderen) Angehörigen, sofern die betroffene Person das wünscht, und in enger Absprache und Kooperation mit dem behandelnden (Haus-) Arzt, der hierfür ebenfalls spezifisch qualifiziert sein sollte und der bei gemäß § 132g SGB V beratenen Bewohnern seinerseits für seinen Beitrag eine eigene Gebühr abrechnen kann.

Die Vereinbarung vom 13.12.17 zur Umsetzung des § 132g SGB V legt Inhalte und Mindeststundenzahl für die Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleitern fest und ist darin im Wesentlichen den Empfehlungen der aus der Task Force Advance Care Planning der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hervorgegangenen DiV-BVP e.V. gefolgt. Das Curriculum für BVP-Gesprächsbegleiter der DiV-BVP geht auf das 2008 entwickelte Forschungsprojekt „beizeiten begleiten“ zurück; es ist seit 2015 in über 30 Kursen mit über 300 Teilnehmern vielfach erprobt worden und wird stetig weiterentwickelt. Die aktuelle Version des Curriculums (2019) sieht im Vergleich zur Vereinbarung vom 13.12.17 einen etwas höheren Präsenzstundenumfang vor als dort gefordert (72 vs. 60 UE) und insbesondere einen Anteil von mindestens 24 Unterrichtseinheiten Simulationstraining mit Schauspielpatienten, weil sich nur diese – sehr aufwendige und ressourcenintensive – Methode als geeignet erwiesen hat, die erforderliche hohe Kompetenz von BVP-Gesprächsbegleitern zu befördern. Hinzu kommen Vorbereitung, Coaching und Nachbereitung mit der Folge eines gegenüber der Vereinbarung erheblich höheren Gesamtstundenumfangs für die Qualifizierung von BVP-Gesprächsbegleitern.

Die jahrelange Erfahrung der DiV-BVP (bzw. ihrer Vorläufer) belegt, dass auch Ärzte einer spezifischen Qualifikation bedürfen, um BVP-Gesprächsbegleitungen durchführen bzw. mit BVP-Gesprächsbegleitern kooperieren zu können. Eine solche Qualifizierung ist auch bereits im Projekt „beizeiten begleiten“ (2008-2011) mit Unterstützung der Ärztekammer Nordrhein im **Rhein-Kreis Neuss** erfolgt und von den beteiligten Hausärzten überwiegend positiv angenommen worden. Die DiV-BVP plant ein entsprechendes Angebot auch für die im **Rhein-Kreis Neuss** kooperierenden Ärzte, wobei wiederum die Unterstützung der Ärztekammer Nordrhein gesucht werden wird. Die Abrechnung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegten Gebührenziffer für die ärztliche Leistung bei BVP gemäß § 132g SGB V setzt eine solche Qualifizierung allerdings formal nicht voraus.

Bemerkenswerterweise sieht die Vereinbarung vom 13.12.17 zur Umsetzung des § 132g SGB V keine Qualifikation für BVP-Trainer vor, was zur Folge hat, dass an manchen Orten Trainer, die seit Jahrzehnten die konventionelle Erstellung von Patientenverfügungen unterrichtet haben, nunmehr die Qualifikation für die Beratertätigkeit gemäß § 132g SGB V vermitteln, ohne selbst eine entsprechende BVP-Qualifizierung durchlaufen zu haben. Bisher kann unter allen Anbietern in Deutschland nach Kenntnis der Autoren nur die DiV-BVP ein BVP-spezifisches Trainer-System vorweisen (vergleichbar mit der Kursleiter-Qualifiierung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin), in dem BVP nur unterrichten darf, wer zuvor selbst als BVP-Gesprächsbegleiter qualifiziert wurde, Erfahrung gesammelt und das ebenfalls aufwendige Trainer Training erfolgreich absolviert hat.

Der Grund für den hohen Stellenwert, welcher der Qualifizierung von BVP-Gesprächsbegleitern in der Vereinbarung und noch darüber hinaus in den Standards der DiV-BVP eingeräumt wird, ist die dieser Rolle zuzuschreibende besondere Verantwortung; für kooperierende Ärzte gilt Entsprechendes. BVP-Patientenverfügungen und hier insbesondere die Notfallbögen sind so formuliert, dass sie in der klinischen Praxis die konsequente Begrenzung lebensverlängernder Therapie zur Folge haben können, wenn sie entsprechend ausgefüllt wurden – und zwar unabhängig von der Prognose, also auch dann, wenn medizinische Hilfe unter Umständen noch möglich und erfolgversprechend wäre, aber von der betroffenen Person nicht mehr gewünscht wird.

Man muss sich darüber klarwerden, dass dieses Wirkungspotenzial von BVP-Patientenverfügungen in Deutschland – von einzelnen Ausnahmen besonders engagierter und fortschrittlicher Pioniere abgesehen – ein Novum ist, das viele Akteure im Gesundheitswesen, aber auch viele Patienten und Angehörige erst einmal überrascht und überfordert. Aufgrund der verschiedensten, häufig tief verwurzelten Vorverständnisse und des Beharrungsvermögens besteht nach den Erfahrungen der DiV-BVP ein erhebliches Risiko, Gespräche so zu führen, dass der Wille des Betroffenen nicht oder nur verzerrt verstanden wird, und so zu in Patientenverfügungen dokumentieren, dass am Ende etwas diametral Entgegengesetztes von dem geschieht, was der Betroffene wollte. Einrichtungen, die den § 132g SGB V implementieren wollen, sind gut beraten, wenn sie hier Vorsicht walten lassen und auf höchste Qualitätsanforderungen für in ihren Häusern tätige BVP-Gesprächsbegleiter setzen.

2.5 Dokumentation der Vorausplanung

Die seit Jahrzehnten und auch noch heute in Deutschland verbreiteten Formulare und Textbausteine von Patientenverfügungen kennzeichnen exemplarisch die bisherige Misere bei der Erfragung und Beachtung des Patientenwillens in Krisensituationen: Sie sind ganz überwiegend im Sinne einer impliziten Reichweitenbeschränkung so auf todesnahe Zustände infauster Prognose fokussiert, dass sie in vielen für Patienten und Fachkräfte klinisch relevanten Situationen keine Wirkung entfalten können, sie sind aus dem gleichen Grund und wegen ihrer unspezifischen Formulierung für den Rettungsdienst und damit für Notfälle meist ungeeignet, und sie verwirren durch das Tohuwabohu von rund 300 verschiedenen Formularen, deren Verständnis und Interpretation hohe individuelle Unterschiede aufweist.

BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN setzt daher auf mindestens regional, am besten aber bundesweit einheitliche Dokumente der gesundheitlichen Vorausplanung, wie sie von der DiV-BVP in Fortschreibung des Forschungsprojekts ‚beizeiten begleiten‘‘ verwendet und stetig weiterentwickelt werden. Nur so lässt sich gewährleisten, dass sich mit den Jahren in der gesamten Region einer Kultur der Beachtung vorausverfügter Patientenpräferenzen entwickelt, in der alle Beteiligten von der Erstellung bis zur Umsetzung einer Patientenverfügung mit einer bestimmten Formulierung auch dasselbe meinen.

Damit die vorausgeplanten Festlegungen in der klinischen Realität Anwendung und Beachtung finden können, unterscheidet die BVP-Patientenverfügung der DiV-BVP drei Szenarien: den Notfall mit akut bestehender Unfähigkeit zu entscheiden, die akutstationäre Behandlungsphase mit Entscheidungsunfähigkeit unklarer Dauer, und die Situation einer dauerhaft bestehenden Entscheidungsunfähigkeit. Ein Behandlungsverzicht, der vom Patienten für das eine Szenario mit großem Nachdruck gewünscht und festgelegt wird, braucht für das andere Szenario noch nicht zu gelten – und umgekehrt. Grundlage der einzelnen Festlegungen für diese drei Szenarien ist ein ausführliches und ebenfalls dokumentiertes Gespräch über den Lebenswillen und die Behandlungsziele der vorausplanenden Person.

Von besonderer Bedeutung gerade für die im Zentrum des § 132g SGB V stehenden Einrichtungen der Seniorenpflege und Eingliederungshilfe ist der Notfallbogen (‚Ärztliche Anordnung für den Notfall' der DiV-BVP), in dem die betroffene Person in komprimierter und – bei entsprechender Schulung des Rettungsdienstpersonals – unmissverständlicher Form festlegt hat, was im Fall einer gesundheitlichen Krise (nicht mehr) geschehen soll, sofern die Person sich dann nicht selbst äußern kann. Auf diese Dokumentation kann das ärztliche und nicht-ärztliche Rettungsdienstpersonal Entscheidungen gründen, die innerhalb von Sekunden oder Minuten getroffen werden müssen, ohne dass die Möglichkeit zu Rückfragen bei Angehörigen bzw. Vertretern besteht.

Auch bei Bewohnern, die ihren Willen dauerhaft nicht mehr äußern können (oder gar noch nie dazu in der Lage waren), ist eine Vorausplanung des Verhaltens in gesundheitlichen Krisen legitim und sogar geboten, wenn dadurch der mutmaßliche Wille der Betroffenen am besten zur Geltung gebracht werden kann. Besonders augenfällig ist das in Notfällen, wo ein gesetzlicher Vertreter gar nicht verlässlich erreichbar ist; aber auch bei innerhalb von Stunden oder Tagen zu treffenden Entscheidungen kann es hilfreich sein, wenn der Wille des Betroffenen bereits im Vorfeld nach bestem Wissen und Gewissen eruiert und das Gesprächsergebnis schriftlich festgehalten wurde. BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN nennt solche Festlegungen im Sinne des Betroffenen Vertreterdokumentationen. Die dafür mit den Vertretern durchzuführenden Gesprächsbegleitungen sind von großer Bedeutung; nicht selten wird Vertretern erst in diesen Gesprächen deutlich, dass sie Behandlungsentscheidungen nicht nach eigenem Gutdünken oder gar eigenen Bedürfnissen, sondern streng gemäß dem Wohl und Willen der betroffenen Person auszurichten haben, und nicht selten gelingt es gerade bei BVP-Gesprächsbegleitungen im Vorfeld, Meinungsunterschiede, Missverständnisse oder Irritationen zwischen mehreren an der Vertretung beteiligten Personen (z.B. Kindern eines Bewohners) im Vorfeld zu identifizieren und lösen, die im Krisenfall zu schwerwiegenden Konflikten geführt hätten.

2.6 Organisationsentwicklung und Change Management durch den BVP-Koordinator in und zwischen den beteiligten Einrichtungen

Die Erfahrung verschiedener internationaler BVP-Projekte wie auch des deutschen Projekts ‚beizeiten begleiten' zeigen eindrucksvoll, dass der beschriebene kulturelle Wandel in einer Gesundheitsregion einer aktiven Koordination und Implementierung bedarf, einer professionellen Organisationsentwicklung und eines ebensolchen Change Managements für alle Beteiligten, wenn er erfolgreich sein soll.

Der Bedarf für ein grundlegendes Change Management erklärt sich im Wesentlichen die vielfach abweichenden Vorverständnisse und Vorstellungen in den Köpfen vieler der regionalen Akteure aller Berufsgruppen, die ja seit Jahrzehnten in der impliziten Gewissheit sozialisiert werden, dass Patientenverfügungen letztlich aus den verschiedensten Gründen nicht wirksam sind und daher auch keine Beachtung finden. Mit dieser Einstellungsebene korrespondiert eine Handlungsebene, die in ungezählten formellen und informellen Einzelheiten nicht auf die Eruierung und Beachtung des vorausverfügten Patientenwillens eingestellt ist und mit entsprechenden Bemühungen – ohne jegliche böse Absicht – häufig erst einmal kollidiert.

Die Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V hat diesen Bedarf (§§ 10 und 11: „interne und externe Vernetzung") ausdrücklich anerkannt, die entsprechende Aufgabe aber den Gesprächsbegleitern zugewiesen, was im Vorfeld der Vereinbarung im Rahmen des vom Gesetzgeber vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens (im Mai 2016) von maßgeblicher Seite kritisiert, aber nicht korrigiert wurde. Ungeachtet dieser ihnen zugewiesenen Aufgabe müssen die BVP-Gesprächsbegleiter hierfür keine einschlägigen fachlichen Voraussetzungen mitbringen und sollen mit nur einer (!) der vorgese-

henen 60 Unterrichtseinheiten dafür qualifiziert werden. Dies ist ein erhebliches Manko dieser gesetzgeberischen Initiative, das ihre Erfolgsaussichten schmälert, wo dem nicht auf regionaler Umsetzungsebene entgegengewirkt wird.

Auf Ebene der unmittelbar teilnehmenden Einrichtungen der Seniorenpflege und Eingliederungshilfe besteht die Aufgabe darin, eine Kultur zu schaffen, in welcher Bewohner den Raum erhalten und aktiv befähigt werden, ihre Behandlungswünsche insbesondere auch für künftige Situationen, in denen sie sich nicht mehr selbst äußern können, im Voraus zu äußern – und in der diese Behandlungspräferenzen im Anwendungsfall auch beachtet werden. Hierfür ist zum einen die konsequente Unterstützung durch Einrichtungs- und Pflegedienstleitung erforderlich sowie zum anderen die Information und kontinuierliche Schulung des Pflegepersonals und anderer in der Einrichtung tätiger Berufsgruppen sowie nicht zu vergessen die Information der Angehörigen.

Auf der Ebene der Vernetzung aller für die Versorgung der Einrichtungsbewohner relevanten Akteure, also auf regionaler Ebene, ist zum einen die Implementierung in jeder beteiligten Einrichtung bzw. in jedem beteiligten Dienst erforderlich sowie deren Abstimmung und Koordination untereinander, damit die Beachtung des vorausverfügten Patientenwillens tatsächlich gelebte Realität werden kann. Dies erfordert einen umfangreichen Schulungsaufwand und eine Präsenz, um die erwartbaren Fragen, Irritationen und Konflikte zu klären bzw. zu moderieren.

Die Fähigkeiten für professionelle Organisationsentwicklung und Change Management im Sinne von BVP sind nicht dieselben wie für eine kompetente BVP-Gesprächsbegleitung. Die Erfahrung zeigt vielmehr, dass in erfolgreichen Projekten beide Rollen bzw. Aufgaben professionellen, hierfür spezifisch qualifizierten Fachleuten zugewiesen werden. Die DiV-BVP hat für diese Rolle des BVP-Koordinators bereits einen eigenen dreitägigen Workshop entwickelt.

2.7 Regionale Implementierung von BVP[1]

Die Leistungen der BVP-Gesprächsbegleitung und –Koordination können gemäß § 7, Abs. 2 der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V vom 13.12.17 in folgenden drei Varianten erbracht werden:

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

Die Erfahrung lehrt, dass es für das Gelingen der Implementierung von BVP und damit nicht zuletzt für einen Return des beachtlichen hierfür erforderlichen Investments im Sinne einer realen Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Einrichtungsbewohnern entscheidend ist, welche dieser Implementierungs-Varianten gewählt wird.

2.7.1 Nachteile einer einrichtungs-zentrierten Implementierung von BVP

Auch wenn die drei Varianten sowohl im Gesetz wie auch in der Vereinbarung gleichberechtigt genannt werden, so erscheint die bisherige Umsetzung von dem Impuls geprägt, ausgewählte Mitarbeiter der Einrichtung als BVP-Gesprächsbegleiter (und formal auch als -Koordinatoren) zu qualifizieren. Dies scheint auf den ersten Blick einleuchtend und für die Einrichtungen attraktiv: Die neue BVP-Kompetenz wird in die Einrichtung geholt (Ownership), und die Gesprächsbegleiter kennen die länger dort lebenden Bewohner bereits aus der Pflege oder Sozialen Arbeit. Zudem erfolgt eine willkom-

[1] Die Darstellung im Abschnitt 2.7 folgt dem Artikel von Marckmann G et al. (2018): Plädoyer für eine regionale Implementierung von BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN. Dr. med. Mabuse 236: 25-28.

mene zusätzliche Finanzierung von Personal in der Einrichtung. Interna müssen nicht für Außenstehende geöffnet werden, und der neue Prozess lässt sich nach eigenem Standard in das interne Qualitätsmanagement einbinden.

Die bisherigen Erfahrungen haben jedoch schwerwiegende strukturelle Nachteile dieser Implementierungsform erkennen lassen:

- Mangelnde Eignung: Selbst wenn die Einrichtungen ihre am besten geeigneten Mitarbeiter schicken, sind diese häufig für die spezifische Aufgabe der BVP-Gesprächsbegleitung nicht ausreichend vorqualifiziert. Nicht ausreichend geeignete Mitarbeiter zu qualifizieren führt aber zu Überforderung, Enttäuschung, Fehlern bei der Vorausplanung (mit unabsehbaren Folgen für die Bewohner, ihre Angehörigen und die Einrichtungen) und letztlich einem frustrierten Abbruch des Projekts.
- Mangelndes Umfeld: Die BVP-Gesprächsbegleiter stehen in ihrer Einrichtung mit einem Stellenanteil von meist 25% oder als Einzelkämpfer da, ohne die Unterstützung eines Peer-Teams.
- Fehlende Kompetenz und Ressourcen für die Koordination der internen, geschweige denn der externen Vernetzung.
- Wenig Nachhaltigkeit der Investition wegen Personalmangels und vor allem wegen konkurrierender Prioritäten: Gerade die für BVP bestgeeigneten Heimmitarbeiter sind meist chronisch überlastet. Die häufig anzutreffende Begeisterung für BVP kommt dann dort an eine Grenze, wo die Mitarbeiter in Wahrheit für die neue Aufgabe gar nicht freigestellt werden können, weil sie für andere (ihre bisherigen) Aufgaben unentbehrlich scheinen oder weil unvorhergesehen Vertretungen erforderlich werden.
- Mangelnde Wirtschaftlichkeit der Qualifizierung von Teilzeitstellen: Von hoher Relevanz für Träger ist der Hinweis, dass die aufwendige und damit kostenträchtige Qualifizierung für BVP-Gesprächsbegleiter sich umso mehr rentiert, je höher der Stellenanteil der Gesprächsbegleiter ist. Für die Qualifizierung von BVP-Gesprächsbegleitern auf 50- bis 100%-Stellen ist es aber erforderlich, dass die Gesprächsbegleiter einrichtungsübergreifend tätig sind.
- Wenig Aussicht auf Ausweitungen von BVP auf andere Personenkreise: Selbst wenn es gelänge, in allen interessierten Einrichtungen eine funktionale Struktur der BVP-Gesprächsbegleitung zu schaffen, ließe sich diese Struktur nicht erweitern, wenn eine Ausweitung dieser Dienstleistung auf andere Personenkreise angestrebt wird, etwa der ambulanten Pflege oder sogar aller Senioren einer Region. Hierfür müsste dann eine vollständig neue Struktur geschaffen werden.

2.7.2 Plädoyer für eine regionale Strategie der Implementierung des § 132g SGB V

Eine regionale Strategie der Implementierung des § 132g SGB V gemäß § 7 (2)c der Vereinbarung zu seiner Umsetzung vom 13.12.17 erscheint wesentlich erfolgversprechender. Dabei wird ein Team professioneller, möglichst in Halb- bis Vollzeit arbeitender BVP-Gesprächsbegleiter bei einem regionalen Arbeitgeber angestellt, auf den sich die Einrichtungen vorab einigen. Hierfür infrage kämen zum Beispiel eine in der Fortbildung von Heimpersonal bereits etablierte kommunale Unternehmenstochter oder das kommunale Sozialdezernat selbst, ein in der Region besonders stark engagierter und allseits akzeptierter Einrichtungsträger oder auch regional etablierte Versorgungsstrukturen wie etwa Ärztenetze (speziell Palliativnetze) oder Hospizvereine. Die angestellten BVP-Gesprächsbegleiter sind jeweils für mehrere Einrichtungen zuständig, entsprechend einer vollen Stelle auf 400 Bewohner. Bei einer exemplarischen Region von der Größe des **Rhein-Kreises Neuss** mit rund 400.000 Einwohnern, von denen 4.000 Bewohner (für die leichtere Rechnung) in 40 Heimen à 100 Plätzen untergebracht sind, entspricht dies im Idealfall einem zentralen Team mit 10 vollen Stellen – anstelle von 40 in den jeweiligen Einrichtungen angesiedelten GB mit je einer viertel Stelle, wie es bei einer einrichtungszentrierten Strategie der Fall wäre.

Diese bisher in Deutschland erst an wenigen Orten angestrebte regionale Strategie der Implementierung des § 132g, wie sie in § 7(2)c der Vereinbarung ausdrücklich vorgesehen ist, weist eine Reihe von Vorteilen auf:

- Eignung: Für die Stellen können in regulären Ausschreibungsverfahren die am besten qualifizierten Bewerber ausgewählt werden, die eine schon vorhandene einschlägige Gesprächskompetenz nachweisen können.
- Umfeld: Die GB bilden ein professionelles Team. Sie können sich gegenseitig austauschen und ihre Kompetenzen gemeinsam weiterentwickeln. Neulinge können von erfahrenen GB-Peers eingeführt und supervidiert werden. Denkbar ist auch eine Teamleitung durch eine dafür besonders qualifizierte Person.
- Koordination: Bei einem ausreichend starken regionalen Team von beispielsweise zehn Personen kann einer der qualifizierten GB so ausgewählt und fortgebildet werden, dass er den Aufgaben des regionalen Koordinators gewachsen ist und sich ausschließlich den entsprechenden Aufgaben widmen kann – auf Kosten der GKV wie in der Vereinbarung zum § 132g SGB V vorgesehen, aber dann auch adäquat qualifiziert. Die interne Koordination kann je nach Aufgabe und Kompetenzen zwischen dem für die Einrichtung zuständigen Gesprächsbegleiter und dem regionalen Koordinator aufgeteilt werden.
- Nachhaltigkeit der Investition: In der regionalen Strategie sind die BVP-Gesprächsbegleiter Profis, deren erste (wenn nicht einzige) Priorität die Implementierung und Gewährleistung von BVP ist. Personelle Engpässe in den Einrichtungen gehen nicht auf Kosten der Durchführung von BVP.
- Wirtschaftlichkeit: Die Qualifizierung der regionalen Vollzeit-Gesprächsbegleiter bedarf nur eines Viertels oder maximal der Hälfte der im einrichtungs-zentrierten Modell entstehenden Kosten. Bei 40 Gesprächsbegleitern und angenommenen Qualifizierungskosten von 3.000 Euro pro BVP-Gesprächsbegleiter bedeutet dies für die oben beschriebene exemplarische Region mit 400.000 Einwohnern eine Einsparung von 80.000 Euro (oder hochgerechnet auf Deutschlands 80 Millionen Einwohner: 16 Millionen Euro) pro Qualifizierungswelle, die zum Ausgleich von Fluktuation sowie für Refresher-Fortbildungen etwa alle fünf Jahre wiederholt werden muss.
- Zukunftsfähigkeit: Das zentrale regionale Team von professionellen BVP-Gesprächsbegleitern (plus einem hauptamtlichen BVP-Koordinator) kann bei gleicher Struktur jederzeit vergrößert werden, wenn BVP weiteren Bevölkerungsgruppen angeboten werden soll, etwa ambulant gepflegten Personen oder allen Senioren der Region.

Dem Modell der regionalen Implementierung werden vor allem zwei Einwände entgegengehalten:

Dem ersten Einwand zufolge sind „von außen“ kommende Gesprächsbegleiter weniger mit der vorausplanenden Person vertraut als Einrichtungsmitarbeiter. Allerdings hat diese Vertrautheit auch eine Kehrseite: Die Erfahrung zeigt, dass es Einrichtungsmitarbeitern zuweilen schwerfällt, ihnen gut bekannten Bewohnern eine vorurteilsfreie, ergebnisoffene Vorausplanung zu ermöglichen. Vor allem aber finden die Gesprächsbegleitungen im Regelbetrieb (wenn die Einführungsphase bewältigt ist) mit neu eingezogenen Bewohnern statt, die auch dem Einrichtungspersonal noch nicht gut bekannt sind – das ändert sich erst bei den (häufig kürzeren, weniger intensiven) Folgegesprächen. Hinzu kommt, dass die professionellen BVP-Gesprächsbegleiter den ihnen zugeordneten Einrichtungen fest zugeordnet werden und sowohl die Bewohner wie auch das Personal vor Ort mit der Zeit ebenfalls gut kennenlernen können.

Der zweite Einwand besteht darin, dass „von außen“ kommende BVP-Gesprächsbegleiter Einblick in sensible Betriebsinterna erhalten und weitergeben könnten. Für Einwände dieser Art sollten und können Lösungen vor Ort gefunden werden. Zum einen gibt es schon jetzt viele Fachpersonen, die

mehrere Heime besuchen und Interna weitergeben könnten, ohne dass dies bisher als Problem beschrieben worden ist – Hausärzte, Psychiater und andere ärztliche Spezialisten, aber auch Wundmanager und andere mehr. Zum anderen könnten die zentral in der Region angestellten Gesprächsbegleiter feste institutionelle oder auch trägergebundene Zuständigkeiten erhalten. Auch Subspezialisierungen sind vorstellbar, was insbesondere bei den Einrichtungen der Eingliederungshilfe ins Gewicht fallen dürfte, wo möglichst einschlägig vorerfahrene und unter Beteiligung der Einrichtungen ausgewählte BVP-Gesprächsbegleiter tätig werden sollten.

BVP kann in einer Einrichtung nur dann erfolgreich implementiert werden, wenn die Leitung das Konzept entschlossen befürwortet und einflussreiche Mitarbeiter das Konzept als Promotoren mittragen. Die gesamte Belegschaft muss wissen, was BVP bedeutet, und sich verpflichten, sich in kritischen Situationen am Patientenwillen, also der vorliegenden Vorausplanung, zu orientieren. Auch innerhalb der Einrichtung müssen Leitungspersonal und Mitarbeiter insofern qualifiziert werden, dass eine klare Vorstellung von dem besteht, was im Rahmen von BVP in der Einrichtung geschieht. Diese von Seiten der Einrichtung zusätzlich erforderliche Investition ist gegenüber der einrichtungs-zentrierten Implementierung aber kein Nachteil, da sie in ähnlicher Weise auch dort erforderlich wäre. Ein großer Teil der Nachschulungen des Personals kann überdies vom regional angestellten, für die jeweilige Einrichtung zuständigen BVP-Gesprächsbegleiter geleistet werden.

Zusammenfassend bedeutet die Strategie der regionalen Implementierung des § 132g SGB V eine ganz erhebliche Professionalisierung bei bis zu drei Viertel geringeren Qualifizierungskosten der GB. Nach umfangreichen Erfahrungen mit BVP-GB-Kursen und einrichtungs-zentrierten Implementierungen in den vergangenen Jahren ist diese Professionalisierung der BVP-Implementierung eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des § 132g SGB V jenseits der kleinen Gruppe hochmotivierter und zu hohen Investitionen bereiter Einrichtungs-Pioniere.

3 Lösungsvorschlag für den Rhein-Kreis Neuss

3.1 Überblick

Der **Rhein-Kreis Neuss** unterstützt eine regionale Implementierung von BVP in den Einrichtungen der Seniorenpflege und Eingliederungshilfe. Dafür wählt er in Abstimmung mit den Einrichtungsträgern einen **zentralen Anstellungsträger** für die BVP-Gesprächsbegleiter aus und fördert dort über 5 Jahre einen professionellen Organisationsentwickler / Change Manager (BVP-Koordinator) in Teilzeit (50%). Der Anstellungsträger übernimmt zugleich die Koordination und zentrale Durchführung der erforderlichen Schulungsaufgaben.

Im **Rhein-Kreis Neuss** leben rund 4.000 Menschen in 46 Pflegeeinrichtungen gemäß § 43 SGB XI sowie rund 900 Menschen in 43 Einrichtungen der Eingliederungshilfe gemäß § 75 SGB XII.

Wollte man den § 132g SGB V gemäß dem einrichtungszentrierten Modell (also gemäß § 7(2)a der Bundesvereinbarung) umsetzen, so dass jede Einrichtung ihren eigenen Gesprächsbegleiter hat mit nach Platzzahl bemessenem Stellenkontingent, so wären das nur im Rhein-Kreis Neuss 46 + 43 = 89 BVP-Gesprächsbegleiter – von denen jeder aufwendig im Sinne von § 12 der Bundesvereinbarung qualifiziert werden müsste. Es liegt auf der Hand, dass diese Lösung speziell für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit im Mittel 21 Betten – entsprechend einem mittleren Stellenanteil für den jeweiligen BVP-Gesprächsbegleiter von 5% (!) – materiell gar nicht darstellbar wäre, hier *muss* also eine andere, einrichtungs- und auch träger-übergreifende Lösung gefunden werden. Doch auch für die Pflegeeinrichtungen mit im Mittel 87 Betten (mittlerer Stellenanteil 22%) wäre diese Lösung wie oben dargestellt weder ökonomisch noch (auf mittlere und lange Sicht) tragfähig, geschweige dass ein Konzert dieser 89 BVP-Gesprächsbegleiter die notwendige einheitliche regionale Koordinierung leisten könnte.

Statt dessen wird hier vorgeschlagen, dass auf lange Sicht 15-20 in Voll- oder zumindest Halbzeit an der Technologiezentrum Glehn GmbH **(TZG)** beschäftigte qualifizierte BVP-Gesprächsbegleiter (auf den rechnerisch bis zu 4.900 / 400 = max. 12,25 vollen Stellen) zusammen mit dem vom **Rhein-Kreis Neuss** zusätzlich geförderten BVP-Koordinator ein professionelles BVP-Team bilden, das – bei allseitiger Akzeptanz – in allen 89 Einrichtungen des Kreises die BVP-Gesprächsbegleitung auf verlässlich hohem Niveau gewährleistet und gleichzeitig die Aufgabe der institutionellen sowie regionalen Koordination gemeinschaftlich auf allen Ebenen bewältigt. In der Aufbau- oder Implementierungsphase sollte dieses Team mit einigen wenigen BVP-Gesprächsbgleitern und Einrichtungen beginnen und in strukturierten Zyklen unter Beachtung des Qualitätsmanagements exponentiell anwachsen.

Die Einrichtungen werden hierdurch entlastet, weil der herausfordernde Prozess der Gesprächsbegleiter-Qualifizierung nicht in jeder einzelnen Einrichtung (und erneut bei jedem Personal-Turnover!) bewältigt werden muss. Den Einrichtungen stehen nach kurzer Einarbeitungszeit professionell arbeitende Gesprächsbegleiter zur Verfügung, die ihnen fest zugeordnet werden, möglichst an regelmäßigen internen Sitzungen teilnehmen und die zudem qualifiziert sind, den Prozess der BVP-spezifischen einrichtungs-internen Organisationsentwicklung zu moderieren, angeleitet und unterstützt vom regionalen BVP-Koordinator. Dieser übernimmt außerdem die Aufgabe der externen Vernetzung aller beteiligten Akteure und Einrichtungen, was insbesondere auch die BVP-spezifische Qualifizierung der kooperierenden Hausärzte sowie die Fortbildung des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals von Rettungsdienst und Krankenhaus umfasst. Je nach individueller Qualifizierung können auch die BVP-Gesprächsbegleiter an Aufgaben dieser externen Vernetzung / regionalen BVP-Implementierung beteiligt werden.

Alle im § 132g SGB V angesprochenen Einrichtungen der Seniorenpflege und der Eingliederungshilfe des Rhein-Kreises Neuss sind ausdrücklich eingeladen, sich an dieser regionalen Implementierung gemäß § 7(2)c der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V vom 13.12.17 zu beteiligen. Die in § 132g SGB V vorgesehene Freiwilligkeit der Teilnahme durch einzelne Einrichtungen bleibt hiervon unberührt. Die Implementierung sollte in jährlichen Wellen mit jeweils (anfangs) nur 6-8 Einrichtungen verlaufen; bei mehr interessierten Einrichtungen als Plätzen gibt die Bereitschaft der Einrichtungen zu eigenem Engagement für BVP den Ausschlag. Die Finanzierung der am TZG beschäftigten professionellen BVP-Gesprächsbegleiter erfolgt durch Mittel, die die teilnehmenden Einrichtungen aus dem § 132g SGB V erhalten und gemäß einem abzuschließenden Kooperationsvertrag nach § 7(2)c der Vereinbarung an das TZG abzüglich des Overheads weiterleiten. Zusätzlich zur Finanzierung der BVP-Koordinator-Stelle (50%) könnte der **Rhein-Kreis Neuss** in Absprache mit den Einrichtungsträgern auf voraussichtlich knapp 1/3 des in der in der Vereinbarung vorgesehenen Overheads von 15% der Personalkosten verzichten zugunsten der Einrichtungen als Ausgleich für den Aufwand in Rahmen der Organisationsentwicklung.

Sofern sich zusätzliche Mittel finden, kann der Stellenpool des Teams von BVP-Gesprächsbegleitern am **TZG** so erweitert werden, dass BVP-Gesprächsbegleitungen auch für andere definierte Zielgruppen diesseits der im § 132g SGB V genannten Einrichtungen angeboten werden können.

3.2 Beirat der Einrichtungsträger und regionale Steuerungsgruppe am TZG

Damit das TZG als zentraler Anstellungsträger das volle Vertrauen der kooperierenden Einrichtungsträger genießt, ist es wichtig, diese unmittelbar am Geschehen und den sie betreffenden Richtungsentscheidungen zu beteiligen und für umfassende Information zu sorgen. Dies könnte durch die Bildung eines Beirats geschehen, in dem die Leitungsebene der Träger und / oder Einrichtungen vertreten ist und der eng mit dem TZG verbunden ist.

Zudem ist es für den Erfolg der regionalen Implementierung erforderlich, die für BVP zentralen leitenden Akteure der regionalen Gesundheitsversorgung an dem Projekt zu beteiligen.

Hierfür kommt eine Steuerungsgruppe in Betracht, in der neben dem Kreis (insbesondere mit Heimaufsicht, Gesundheitsamt, Leitendem Notarzt und der Leitung des Rettungsdienstes) sowie dem Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning der Universität Düsseldorf der Beirat der Einrichtungsträger vertreten ist. Weitere mögliche Mitglieder der Steuerungsgruppe sind interessierte Partner von Krankenhäusern, Hausärzten, Palliativnetzen, Hospizbewegungen, Betreuungsvereinen sowie der Kirchen. Um handlungsfähig zu sein, sollte die Steuerungsgruppe nicht mehr als 8-12 Teilnehmer umfassen; eine enge Einbeziehung und Beteiligung weiterer Partner kann durch entsprechende Veranstaltungen erfolgen.

Die Geschäftsführung der Steuerungsgruppe (SG) liegt unmittelbar beim **Rhein-Kreis Neuss** als neutraler Institution und ist dort angesiedelt im Kreissozialamt. Die SG tagt während der Implementierungsphase vierteljährlich und bei Bedarf. Aufgaben der SG sind:

- die Diskussion von Grundsatzfragen zum vorliegenden Konzept,
- Lösung von Fragen zur Finanzierung des lokalen Netzwerkes,
- die Prüfung von Beschwerden einzelner Netzwerkpartner (z.B. hinsichtlich der Einsatzplanung),
- die Optimierung von Schnittstellen,
- die Erarbeitung von Konzepten der Qualitätssicherung sowie deren Umsetzung und
- die Festlegung grundsätzlicher Vorgaben für die Durchführung der operativen Tätigkeiten durch das TZG in Form von Richtlinien, insb. zur Frage der Anforderungen an die Beschäftigten (3-jäh-

rige Ausbildung als Fachkraft im Sinne des Wohn- und Teilhabegesetzes, Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit dem zu beratenden Klientel, Führerschein, Koordinator: Kompetenzen in der Organisationsentwicklung und dem QM etc.).

Erfahrungen aus anderen Regionen (z.B. Bochum) weisen darauf hin, dass die Bildung und Findung einer solchen Steuerungsgruppe für die regionale Implementierung von BVP gerade in den ersten Jahren sehr von einer professionellen Moderation profitieren kann. Hierfür Mittel bereitzustellen wäre ein weiteres Desiderat an die Förderung des Projekts durch den **Rhein-Kreis Neuss**.

3.3 Regionale Konzentrierung des BVP-Personals am TZG

Die TZG GmbH ist eine Unternehmenstochter des **Rhein-Kreises Neuss,** die kreisweit das operative Geschäft für die Implementierung von BVP übernimmt. Das TZG besteht aus der Koordinierungsstelle und den operativen Beratungskräften (= angestellten BVP Gesprächsbegleitern). Die Kosten der TZG GmbH für den Personal-Overhead der BVP-Gesprächsbegleiter (Querschnittsaufgaben, Büromieten, Sachkosten, insbesondere Fahrtkosten) werden aus den Mitteln des kreisweiten Pools der Stellenanteile refinanziert.

Dadurch kann der gemäß der Bundesvereinbarung vom 13.12.17 § 132g SGB V gezahlte Overhead von 15% von den teilnehmenden Einrichtungen einbehalten werden, die hiermit für die erforderliche hausinterne Basisqualifizierung ihres Personals im Rahmen der institutionellen Implementierung von BVP kompensiert werden. Der Rhein-Kreis Neuss übernimmt diesen Anteil als Zuschuss, der unmittelbar vom Kreis an die TZG GmbH gezahlt wird.

3.3.1 Koordinierungsstelle

Das TZG hält die Koordinierungsstelle vor, die Ansprechpartner für alle Projektbeteiligten ist und sich schwerpunktmäßig um die Implementierung in der Region kümmert. Hierfür wird vom Rhein-Kreis Neuss eine 50%-Stelle für die Dauer von 3 plus (bei positiver Evaluation) 2 Jahren gefördert (BVP-Koordinator aus dem Bereich QM / Organisationsentwicklung / Change Management mit spezifischer Weiterqualifizierung gemäß den Standards der DiV-BVP). Neben diesen Aufgaben obliegt der Koordinierungsstelle die Vereinnahmung der Gelder der Projektpartner, die Personaleinsatzplanung, die Koordination der Schulung der Beratungskräfte sowie die Teilnahme an den Sitzungen des Beirates. Aus den Reihen der operativen Beratungskräfte (BVP-Gesprächsbegleiter) wird eine Vertretungsregelung für die einzelnen Aufgaben der Kraft der Koordinierungsstelle sichergestellt.

3.3.2 Operative Beratungskräfte (BVP-Gesprächsbegleiter)

Die operativen Beratungskräfte sind Beschäftigte des TZG und unterliegend dessen Weisungen und Direktiven. Die übrigen Projektpartner sind nicht weisungsbefugt und üben keine Eigenschaft als Dienstherr oder Arbeitgeber aus. Die Beratungskräfte werden auf Grundlage eines Arbeitsvertrages in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis übernommen. Es werden hierzu die Muster der Arbeitsverträge der TZG GmbH genutzt. Kernaufgabe der operativen Beratungskräfte ist die BVP-Gesprächsbegleitung mit den Bewohnern der jeweiligen Einrichtungen. Hierfür werden in der Steuerungsgruppe Lösungen vereinbart, die den Bedürfnissen der Einrichtungen entgegenkommen; insbesondere sollen BVP-Gesprächsbegleiter Einrichtungen für den Regelfall fest zugeordnet werden und dann auch an ausgewählten Besprechungen dieser Einrichtungen teilnehmen, damit der bidirektionale Informationsfluss mit Pflegekräften, Sozialem Dienst und Einrichtungsleitung gewährleistet ist. Auch Aufgaben der Koordinierungsstelle können an die operativen Beratungskräfte delegiert werden.

3.3.3 Personalakquise

Die Personalakquise erfolgt gemeinsam und einvernehmlich durch das TZG und die Projektpartner. Den Projektpartnern steht es offen, dem TZG gemäß den zu stellenden Richtlinien geeignete Beratungskräfte zur Einstellung vorzuschlagen.

3.3.4 Personalverwaltung

Über die konkrete Einstellung einzelner Beschäftigter entscheidet das TZG auf Grundlage der von der Steuerungsgruppe erarbeiteten Richtlinien. Steuerungsgruppe und Beirat der teilnehmenden Einrichtungen sind auf Wunsch in beratender Funktion an dem Auswahlprozess zu beteiligen. Das operative Geschäft der Personalverwaltung wird von der TZG GmbH ausgeführt. Die Bezahlung der Beratungskräfte obliegt ebenfalls der TZG GmbH.

3.3.5 Personaleinsatzplanung

Die Personaleinsatzplanung wird von der Koordinierungsstelle übernommen und hat sicherzustellen, dass alle teilnehmenden Einrichtungen gemäß der jeweils eingebrachten Stellenanteile ein entsprechendes Zeitkontingent erhalten. Maßgeblich hierfür ist eine Betrachtung pro Quartal, so dass Schwerpunkte in der Beratungstätigkeit gebildet werden können, u.a. um Fahrtzeiten zu reduzieren. Die operativen Beratungskräfte (BVP-Gesprächsbegleiter) sollen in der Regel bestimmten Einrichtungen fest zugeordnet werden, um eine höchstmögliche Kontinuität und Vertrautheit mit Personal und Bewohnern zu gewährleisten.

3.4 Zugang für interessierte Einrichtungen

Das Angebot, an der vom Kreis geförderten Implementierung des § 132g SGB V teilzunehmen, gilt prinzipiell für alle Einrichtungen der Seniorenpflege sowie der Eingliederungshilfe des Kreises. Mit interessierten Einrichtungen werden ergebnisoffene Informations- und Orientierungsgespräche geführt. Einrichtungen, die sich für eine Teilnahme entscheiden, leiten die Mittel aus dem § 132g SGB V an das TZG weiter und werden im Gegenzug von den am TZG beschäftigten BVP-Gesprächsbegleitern frequentiert, wobei sich die Zahl der BVP-Gesprächsbegleiter-Wochenstunden nach der Anzahl der Einrichtungsbewohner richtet.

Allerdings beschränken sich die Mitwirkungsmöglichkeiten der Einrichtungen an diesem anspruchsvollen Angebot für ihre Einrichtungsbewohner nicht darauf, einfach nur ihre Teilnahme zu erklären und Besuche durch die BVP-Gesprächsbegleiter zu ermöglichen. Damit die Implementierung auch innerhalb der Einrichtung ein Erfolg wird und Bewohner wie auch Personal in den vollen Genuss der damit verbundenen Vorteile kommen, ist auch dort ein Prozess der Organisationsentwicklung anzustoßen und mit Leben zu füllen:

- Oberste Voraussetzung ist ein genuines Interesse seitens der Leitung des Trägers und der Einrichtung, die BVP-Implementierung zur Optimierung eines bewohner-zentrierten Handelns in den Häusern zu nutzen, speziell aber nicht nur hinsichtlich der medizinischen Behandlung in künftigen gesundheitlichen Krisenfällen. Das Projekt steht und fällt damit, ob es der Leitung – mit Unterstützung des zuständigen BVP-Gesprächsbegleiters sowie es regionalen Koordinators aus dem BVP-Team am TZG – gelingt, auch die Mitarbeiter davon zu überzeugen, diesen Weg gemeinsam zu gehen.
- Auch wenn die zeitaufwendigen BVP-Gesprächsbegleitungen in der Einrichtung durch den zuständigen Mitarbeiter des BVP-Teams am TZG durchgeführt werden, sollten auch innerhalb der Einrichtung eine oder mehrere Personen gut informiert darüber sein, was BVP bedeutet, worüber mit den Bewohnern gesprochen wird und vor allem wie die resultierenden Patientenverfü-

gungen ggf. zu verstehen sind. Darum ist zu empfehlen, dass zumindest ein Mitarbeiter des Leitungsteams der Einrichtung oder noch besser ein kleines Team aus Mitarbeitern von Leitung, Pflege und Sozialem Dienst den dreitägigen BVP-Basis-Kurs absolvieren, den das TZG günstig anbieten wird. Daneben sind individuelle Fortbildungs-Formate für die einzelnen Einrichtungen möglich, beginnend mit einem informierenden In-House-Gespräch mit dem Leitungsteam.

- Damit BVP innerhalb einer Einrichtung erfolgreich implementiert werden kann, muss es möglichst vom gesamten Personal (sowie den interessierten Bewohnern und Angehörigen) verstanden und mitgetragen, aber auch in Routinen der Einrichtung wie das QM eingepflegt werden. Der Aufwand für entsprechende Informationsveranstaltungen für das Personal ist im ersten Jahr der BVP-Implementierung mit ca. 2 Stunden pro Quartal zu veranschlagen. Hinzu kommen von BVP-Gesprächsbegleiter bzw. BVP-Koordinator durchgeführte Fortbildungen für Bewohner und Angehörige (z.B. im Beirat) und für Berufsbetreuer.
- Bewohner, die mittels BVP für bestimmte Situationen eine palliative Versorgung festgelegt haben, sollten diese wenn irgend möglich auch in der Einrichtung erhalten können. Voraussetzung dafür sind pflegerische Palliativkompetenz in der Einrichtung sowie eine gute Vernetzung mit anderen für die Palliativversorgung relevanten Diensten, insbesondere den Hausärzten, der ambulanten Hospizbewegung sowie ggf. einem Palliativnetz oder der SAPV.

Der Kreis bzw. der von ihm beauftragte BVP-Koordinator wird auf die Einrichtungen zugehen und Gesprächsangebote machen, wo diese Voraussetzungen und ggf. Fragen, Anregungen oder Wünsche der Einrichtung gemeinsam geklärt werden können.

3.5 Qualifizierungsangebot

Die Stellen für BVP-Gesprächsbegleiter werden regulär ausgeschrieben, die Auswahl erfolgt gemäß der vom Beirat formulierten Kriterien optimaler Vorqualifikation. Die am TZG beschäftigten BVP-Gesprächsbegleiter sind somit Profis in dieser Rolle (mit Stellenanteilen von 50-100%) und geben der BVP-Gesprächsbegleitung volle Priorität.

Hierin liegt ein grundlegender Unterschied zur einrichtungs-zentrierten BVP-Implementierung, bei der die BVP-Gesprächsbegleiter erfahrungsgemäß von den Einrichtungsleitern aus dem gegebenen Personalbestand ausgewählt werden. Da besonders qualifizierte Mitarbeiter typischerweise schon ausgelastet sind, kommt es an dieser Stelle zu einer Weichenstellung, die so oder so (durch Auswahl unzureichend qualifizierter Mitarbeiter oder durch Auswahl qualifizierter Mitarbeiter, die aber keine freien Kapazitäten haben) zum Scheitern der BVP-Implementierung in der Einrichtung führt.

Der **Rhein-Kreis Neuss** kooperiert für die Qualifizierung der BVP-Gesprächsbegleiter und –Koordinatoren mit dem Forschungsschwerpunkt (FSP) Advance Care Planning des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Leitung des FSP: Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten, MPH). Prof. in der Schmitten übernimmt die fachliche Leitung der Qualifizierungskurse für BVP-Gesprächsbegleiter und –koordinatoren gemäß den Standards der DiV-BVP; hierzu wird er weitere DiV-BVP-zertifizierte BVP-Trainer sowie auf die Rollen der BVP-Qualifizierungskurse speziell trainierte Schauspielpatienten (SP) von der Universität Düsseldorf vermitteln. Der BVP-Gesprächsbegleiter-Präsenzkurs erfüllt alle in der Vereinbarung zu § 132g SGB V angegebenen Auflagen und geht in einigen Punkten darüber hinaus: Er umfasst insgesamt 8 Tage (ca. 70 UE) und ist auf 3 Blöcke aufgeteilt, zwischen denen Übungsphasen von 4-6 Wochen liegen; hinzukommen weitere UE für Selbststudium und Coaching. Nach 2 und nach 3 Jahren sowie von da an alle 5 Jahre sind Fortbildungsveranstaltungen zur Re-Zertifizierung vorgesehen.

Das TZG trägt die gesamte organisatorische Abwicklung der Schulungen für die BVP-Gesprächsbegleiter sowie der weiteren erforderlichen berufsgruppen-spezifischen Qualifizierungsangebote, insbesondere:

- Einführungen für Führungskräfte und ausgewählte Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen (die DiV-BVP empfiehlt hierfür den Basis-Block des BVP-Gesprächsbegleiterkurses mit 27 UE),
- Fortbildungen für kooperierende (Haus-) Ärzte (16 UE), hierfür wird Prof. in der Schmitten eine in Vorgesprächen bereits gemeinsam avisierte Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein anstreben,
- Informationsveranstaltungen für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal von Rettungsdienst und Krankenhaus sowie für Berufsbetreuer

3.6 Kooperation zwischen Einrichtung und BVP-Gesprächsbegleiter

Bei der Zuordnung der BVP-Gesprächsbegleiter zu den teilnehmenden Einrichtungen ist darauf zu achten, dass eine möglichst konstante Arbeitsbeziehung besteht, damit Vertrauen entstehen kann und Leerzeiten minimiert werden. Es ist wünschenswert und wird von Seiten des Kreises angestrebt, dass die BVP-Gesprächsbegleiter in den ihnen zugeordneten Einrichtungen an ausgewählten Besprechungen teilnehmen und so in die Teams einbezogen werden, sofern die Einrichtung das unterstützt.

Einer der grundlegenden Unterschiede zwischen BVP und dem konventionellen Umgang mit Patientenverfügungen ist der Anspruch von BVP, durch regelmäßige bzw. anlass-getriggerte Aktualisierungsgespräche ein Höchstmaß an Validität der Patientenverfügung im Moment ihrer Anwendung zu gewährleisten. Hierfür ist eine personelle Kontinuität des BVP-Gesprächsbegleiters in der jeweiligen Einrichtung zwar nicht Bedingung, aber wünschenswert.

Der zugeordnete BVP-Gesprächsbegleiter, bei Bedarf seine Vertretung sowie der regionale BVP-Koordinator stehen der Einrichtung zur Verfügung, wenn Inputs für die Organisationsentwicklung gewünscht sind, Fragen auftreten oder Konflikte zu lösen sind. Sie unterstützen sofern gewünscht und erforderlich auch bei der Vernetzung mit funktionalen Palliativstrukturen und mit Experten bei speziellen Fragestellungen.

3.7 Ausweitung des Angebots von BVP für andere Gruppen der Kreisbevölkerung

BVP kann im Rahmen des § 132g SGB V von interessierten Einrichtungen der Seniorenpflege und Eingliederungshilfe zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden, doch das bedeutet keineswegs, dass BVP auf diese Personengruppen beschränkt ist. Im Gegenteil spricht unter dem Aspekt von Selbstbestimmung und Patientenzentrierung viel dafür, mit der Vorausplanung zu einem früheren Zeitpunkt zu beginnen, nämlich solange die betroffenen Personen noch einwilligungsfähig sind und ihre Behandlungswünsche selbst kundtun können, was in den Pflegeeinrichtungen häufig nicht mehr der Fall ist. Naheliegende Personengruppen sind ambulant gepflegte, chronisch kranke, schwer erkrankte sowie hochaltrige bzw. fragile Menschen. Hier stellt sich die Frage der Organisation und Finanzierung eines entsprechenden BVP-Angebots.

Eine regionale Implementierung von BVP mit der Bildung eines kompetenten Teams von BVP-Gesprächsbegleitern an der TZG GmbH des Kreises als zentralem Anstellungsträger bietet – wie oben dargelegt – den großen Vorteil, dass die Strukturen eine Ausweitung des Angebots zu anderen Bevölkerungsgruppen mühelos ermöglichen, einfach durch Einstellung zusätzlicher BVP-Gesprächsbegleiter. Die angestellten BVP-Gesprächsbegleiter können in eigenen Räumlichkeiten Sprechstunden anbieten oder auch in anderen geeigneten Settings tätig werden wie z.B. Hausarztpraxen, Krankenhäusern oder auch den bereits kooperierenden Einrichtungen, sofern diese Räumlichkeiten zur Verfügung stellen können und wollen (z.B. für ein Beratungsangebot für die Angehörigen der Einrichtungsbewohner).

Ein hierfür in Frage kommender Finanzierungsmodus ist die Unterstützung durch Stiftungen. Alternativ sind bei entsprechendem Interesse auch Selbstzahlerleistungen vorstellbar, die entsprechende Vorleistungen des Kreises refinanzieren.

3.8 Qualitätssicherung

Der **Rhein-Kreis Neuss** kooperiert auch für die Qualitätssicherung der geplanten BVP-Implementierung mit dem Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Hier besteht aktuell die Möglichkeit für ausgewählte Einrichtungen, im Rahmen des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geförderten Projekts BEVOR, einer kontrollierten Interventionsstudie, den Prozess und die klinisch-praktischen Folgen der Einführung von BVP wissenschaftlich evaluieren zu lassen.

Unabhängig davon wird der **Rhein-Kreis Neuss** gemeinsam mit dem Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning und allen beteiligten Akteuren ein Programm zur Qualitätssicherung dieser Initiative entwickeln und den Nutzen nach 5 Jahren evaluieren.

4 Finanzierung und Zeitplan

Die Finanzierung der zentral am TZG angestellten BVP-Gesprächsbegleiter erfolgt primär aus Mitteln des § 132g SGB V, die dafür von den teilnehmenden Einrichtungen, die ja gemäß der Bundesvereinbarung anspruchsberechtigt sind, an das TZG weitergeleitet werden. Der Kreis finanziert für 5 Jahre:

- eine 50%-Stelle für einen regionalen BVP-Koordinator (Arbeitgeberkosten und Overhead),
- die unterstützende Begleitung durch einen externen, spezifisch BVP-qualifizierten QM-Coach sowie
- Anlaufkosten in Höhe von rund 20.000 Euro pro Jahr.

Zusätzlich ist eine finanzielle Unterstützung der teilnehmenden Einrichtungen geplant, indem sie nur den tatsächlich benötigten Overhead an das TZG weiterleiten, so dass voraussichtlich knapp 1/3 des von den Kassen gezahlten Overheads (15%) für die Gesprächsbegleiter-Personalkosten von den teilnehmenden Einrichtungen einbehalten werden kann. Dies kann als Kompensation für eine vermehrte zeitliche Inanspruchnahme des Pflegepersonals durch die begleitende Organisationsentwicklung angesehen werden.

4.1 Das Finanzierungsmodell gemäß der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V

In der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V vom 13.12.17 ist geregelt, dass eine Vollzeitkraft auf 400 Bewohner eingestellt werden kann und das Gehalt der eingestellten Person (innerhalb gewisser Grenzen unabhängig von ihrer konkreten Gehaltseinstufung) von der GKV übernommen wird. Ein formaler Nachweis der Tätigkeit bzw. Produktivität der BVP-Gesprächsbegleiter-Tätigkeit ist nicht vorgesehen, d.h. es genügt, dass die Einrichtung die qualifizierte Person an die federführende Landeskrankenkasse anfangs meldet (sowie die weiteren Vorbedingungen für die Finanzierung nachweist, siehe Anlagen der Vereinbarung) und die Krankenkasse dem zustimmt. Der Stellenanteil ergibt sich aus der Anzahl Heimplätze.

Anspruch auf die GKV-Mittel hat die Einrichtung, die ihre Teilnahme am § 132g SGB V gemeldet hat und in der die Gesprächsbegleitungen daher durchgeführt werden sollen.

Auf Landesebene ist seitens der Kassen mancherorts versucht worden, eine Pro-Kopf-Pauschale auszuhandeln (also pro Bewohner), offenbar vor allem, um den Verwaltungsaufwand zu begrenzen. Das bedeutet, dass die Einstellung höher qualifizierter und daher auch höher bezahlter Mitarbeiter behindert wird (bzw. einem geringeren Stellenanteil entspricht). Dieses von der auf Bundesebene getroffenen Vereinbarung abweichende Vorgehen steht der regionalen Implementierung entgegen, da hier darauf abgestellt wird, möglichst hoch qualifizierte Personen mit möglichst hohem Stellenanteil für die professionelle Tätigkeit als BVP-Gesprächsbegleiter zu gewinnen. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass – anders als von manchen Trägerverbänden und Landeskrankenkassen angenommen – Altenpfleger/innen ohne darüber hinausgehende spezifische Qualifizierungen im Bereich der Kommunikation erfahrungsgemäß mit der Aufgabe der BVP-Gesprächsbegleitung überfordert sind.

Das bedeutet, dass der **Rhein-Kreis Neuss** an einer Verhandlungslösung für NRW interessiert ist, welche zumindest dem hier geplanten Pilotprojekt einer regionalen Implementierung den Spielraum lässt, auch höher qualifizierte Mitarbeiter als BVP-Gesprächsbegleiter einzustellen. Diese Möglichkeit ist in NRW gegeben, wo die Verhandlungen über eine Pauschale auf Landesebene als gescheitert gelten (Stand: Juli 2019).

4.2 Weiterleitung der Mittel aus dem § 132g SGB V an regionale Kooperationspartner gemäß § 7(2)c der Vereinbarung

Die Weiterleitung der GKV-Mittel aus dem § 132g SGB V von den primär anspruchsberechtigten Einrichtungen an regionale Kooperationspartner ist zwar in § 7(2)c – ebenso wie im Gesetz selbst – ausdrücklich vorgesehen, doch gibt es für die konkrete Ausgestaltung der hierfür erforderlichen Verwaltungswege bisher kein Beispiel. Der **Rhein-Kreis Neuss** wird daher mit den Partnern auf Landes- und Kreisebene in Verhandlung treten, um für das geplante Pilotmodell eine Lösung zu finden. Parallel ist das Thema auch beim GKV-Spitzenverband mit der Bitte um einen praktikablen Lösungsvorschlag platziert worden. Ziel ist, dass die Mittel über die teilnehmenden Einrichtungen an das TZG fließen und die Gehälter der dort angestellten BVP-Gesprächsbegleiter darüber bezahlt werden.

Die Einrichtungen, die sich für eine Teilnahme an der vom Kreis geförderten regionalen BVP-Implementierung entscheiden, erhalten von der Landeskrankenkasse aus den Mitteln des § 132g SGB V die Arbeitgeberkosten für einen Stellenanteil, der der Bewohnerzahl der jeweiligen Einrichtung entspricht, zuzüglich eines Overheads von 15%. Diese Mittel (voraussichtlich abzüglich eines kleinen Teils des Overheads, der einbehalten werden kann), sind von den Einrichtungen an den TZG in einen hierfür ausgewiesenen Topf weiterzuleiten, aus dem die BVP-Gesprächsbegleiter finanziert werden. Deren Zeitbudget wiederum steht den teilnehmenden Einrichtungen entsprechend ihrer Bewohnerzahl zur Verfügung.

4.3 Teilfinanzierung aus Drittmitteln

Beim Zustandekommen einer kreisweiten Struktur wird das TZG alle Möglichkeiten prüfen, um Zuschüsse aus Mitteln der EU, des Bundes oder des Landes zu erhalten, die die Finanzierung der Koordinierungsstelle und der operativen Beratungstätigkeit ermöglichen. Hierbei wird der Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning des Instituts für Allgemeinmedizin am Uniklinikum Düsseldorf unterstützend tätig werden.

4.4 Förderung des Kreises während der 5-jährigen Implementierungsphase

Die Erfahrung mit dem Modellprojekt *beizeiten begleiten* im **Rhein-Kreis Neuss** legt es – in Übereinstimmung mit internationalen Erfahrungen – nahe, für die relativ aufwendige Implementierungsphase einen fünfjährigen Zeitraum ins Auge zu fassen; daran sollte bei erfolgreichem Verlauf eine Konsolidierungsphase anschließen.

Bei der Unterstützung der Implementierung von BVP durch den Rhein-Kreis Neuss sind eine bis zu fünfjährige Implementierungs- von der anschließenden Konsolidierungsphase zu unterscheiden:

- Für die Implementierungsphase ist eine dreijährige Förderung des Kreises vorgesehen mit der Option einer Verlängerung um weitere zwei Jahre bei positiver Evaluation, ggf. unterstützt durch andere Drittmittel
- Ob und in welcher Höhe in der Konsolidierungsphase eine längerfristige Unterstützung dieses Projekts durch den Kreis wünschenswert sein wird, lässt sich heute nicht zuverlässig vorhersagen. Prinzipiell sind die Kassenmittel des § 132g SGB V dafür vorgesehen, auch die Koordinierung von BVP zu decken. Bei guter Akzeptanz des hier vorgeschlagenen Projekts bei den Einrichtungen im RKN mit etwa 12 kassenfinanzierten Stellen (100%) für BVP-Gesprächsbegleiter wäre es denkbar, dass in der Konsolidierungsphase eine der Personen aus diesem Team in erster Linie als regionaler BVP-Koordinator ausgewählt und angestellt ist – dann mit Mitteln der GKV gemäß § 132g

SGB V. Auch die Einrichtungen benötigen in der Konsolidierungsphase nicht mehr so hohe Mittel für die Organisationsentwicklung wie während der Implementierung.

Im folgenden werden die Förderinstrumente skizziert und begründet; eine Konkretisierung der Ausgaben findet sich weiter unten in Abschnitt 4.4.4.

4.4.1 Förderung eines regionalen BVP-Koordinators (50%)

In den ersten 5 Jahren der Implementierung von BVP (im Englischen auch „Systems Redesign“) ist der Bedarf nach einer personellen Verstärkung des regionalen BVP-Teams in Form eines regionalen BVP-Koordinators besonders hoch: Zum einen benötigen alle teilnehmenden Einrichtungen professionelle Unterstützung für die Initiierung der erforderlichen internen Organisationsentwicklung, zum anderen müssen alle für die gesundheitliche Versorgung der Einrichtungsbewohner relevanten regionalen Institutionen und Akteure außerhalb der Einrichtungen angesprochen, eingebunden, informiert und je nach Rolle mehr oder minder intensiv geschult werden.

Zu den Aufgaben des vom **Rhein-Kreis Neuss** über 3+2 Jahre geförderten BVP-Koordinators gehören insbesondere:

- die Bildung und Moderation einer regionalen Steuerungsgruppe,
- die Entwicklung und Pflege des regionalen Netzwerks („externe Vernetzung“ gemäß § 11 der Bundesvereinbarung),
- die Organisation und Ko-Durchführung zahlreicher Informations- und Schulungsveranstaltungen für die verschiedenen Institutionen, Rollen und Akteure des regionalen Gesundheitswesens,
- die Koordination und Durchführung von Marketing und PR auf regionaler Ebene (u.a. Pflege der Webseite, Erstellung von Printmaterialien, öffentliche Präsenz und Ansprechbarkeit)
- die Unterstützung der BVP-Gesprächsbegleiter bei der initialen Implementierung in den von ihnen jeweils betreuten Einrichtungen („interne Vernetzung“ gemäß § 10 der Bundesvereinbarung),
- die Identifikation und Einbindung weiterer Personengruppen im Landkreis, die von BVP besonders profitieren könnten und für die das BVP-Angebot kostenlos oder auch kostenpflichtig erweitert werden könnte.

Bei diesen Aufgaben wird der Koordinator durch hierfür qualifizierte Mitglieder des BVP-Teams (also die regionalen BVP-Gesprächsbegleiter, aber auch Mitglieder von Steuergruppe und Netzwerk, die sich hierfür engagieren wollen und können) unterstützt. Es erscheint aus heutiger Sicht durchaus vorstellbar, dass die Fortführung dieser initial aufwendigen und anspruchsvollen Aufgabe in einer Erhaltungsphase ohne Kreiszuschuss aus den hierfür ja eigentlich vorgesehenen Mitteln des § 132g SGB V fortgesetzt werden kann.

4.4.2 Unterstützende Begleitung durch einen externen, spezifisch BVP-qualifizierten QM-Coach

Die Erfahrungen mit der Implementierung von BVP in den letzten Jahren hat – übereinstimmend mit internationalen Berichten – gezeigt, dass die Implementierung von BVP in einer Region anspruchsvoll bis herausfordernd ist und spezifische Kompetenzen erfordert (System Redesign). Dabei können neu hinzukommende Regionen von den Erfahrungen, Fehlern und Lösungen lernen, die in anderen Regionen bereits gemacht wurden. Die DiV-BVP arbeitet daher mit professionellen BVP-Koordinatoren zusammen, die Regionen bei diesem Prozess begleitet und unterstützt haben, und empfiehlt die externe Moderation regionaler Implementierung durch einen solchen fachspezifisch qualifizierten Coach. Der **Rhein-Kreis Neuss** übernimmt diese Kosten in der 5-jährigen Implementierungsphase.

4.4.3 Kompensation für die zur Organisationsentwicklung eingesetzten Personalressourcen

Damit die Implementierung von BVP in den einzelnen Einrichtungen ein Erfolg werden kann, ist dort jeweils ein Prozess der Organisationsentwicklung erforderlich, der insbesondere in den Anfangsjahren eine nicht geringe Anstrengung erforderlich macht, die auch mit dem Einsatz und der Priorisierung zeitlicher und finanzieller Ressourcen verbunden ist. Dies gilt unabhängig davon, ob die BVP-Gesprächsbegleiter Mitarbeiter der Einrichtungen sind (gemäß § 7(2)a der Bundesvereinbarung) oder aber ob wie hier empfohlen gemäß § 7(2)c der Bundesvereinbarung ein einrichtungs- und trägerübergreifendes Modell der regionalen Kooperation realisiert wird.

Im ersten Jahr ist es vordringlich, dass leitendes Personal eine Qualifizierung zum Thema BVP erhält, die ein tiefgehendes Verständnis dieses Konzepts ermöglicht und als Grundlage für die von an erforderliche Unterstützung auf Leitungsebene dienen kann. Auch ausgewählte Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen, insbesondere der Sozialen Arbeit und der Pflege, sollten die hierfür von der DiV-BVP konzipierten Angebote von externen Workshops und Inhouse-Schulungen nutzen. Zur partiellen Kompensation für die hiermit initial verbundenen Ausgaben zahlt der Kreis jeder teilnehmenden Einrichtung im ersten Jahr eine Pauschale.

Eine zweite wichtige Komponente der Organisationsentwicklung ist die Inhouse-Schulung aller Berufsgruppen, insbesondere des Pflegepersonals, die in den ersten Jahren der Implementierungsphase von BVP mindestens vierteljährlich sowie problembezogen bei Bedarf erfolgen sollte. Erfahrungsgemäß führt die dem BVP-Konzept immanente konsequente Patientenzentrierung der Behandlung zu einer Verunsicherung auf Seiten mancher Mitarbeiter, insbesondere in der Pflege. Damit die Implementierung von BVP erfolgreich ist, muss das Konzept von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern akzeptiert und in seiner Konkretion oder Operationalisierung für das tägliche Handeln verstanden werden.

Zur teilweisen Kompensation der für diesen Schulungsaufwand einzusetzenden Personalressourcen ist geplant, dass die Einrichtungen in den Jahren der Implementierungsphase knapp 1/3 des Overheads für die am TZG angestellten BVP-Gesprächsbegleiter einbehalten können. Diese Regelung steht unter dem Vorbehalt der dem TZG durch die Anstellung der BVP-Gesprächsbegleiter tatsächlich entstehenden Overhead-Kosten.

4.4.4 Anlaufkosten

Für die Qualifizierung des Koordinators sowie für die Ausstattung von Koordinator und Gesprächsbegleitern mit Hard- und Software werden ebenfalls jährliche Mittel eingestellt, beginnend mit 15 Tsd. Euro pro Jahr. Nötigenfalls kann dieser Posten auch als Puffer für die Personalkosten dienen, falls für die Position des Koordinators eine Person mit höherem Gehaltsanspruch als E13 gewonnen werden kann.

4.5 Jährliche Kreismittel in der bis zu 5-jährigen Implementierungsphase

Die vorstehend skizzierte Förderung der regionalen Implementierung von BVP durch den **Rhein-Kreis Neuss** lässt sich wie folgt quantifizieren (→ s. Tabelle auf der Folgeseite).

Kalkulation der vom Rhein-Kreis Neuss während der 5-jährigen Implementierungsphase aufzubringenden Kosten							
JAHR	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**Zeilensummen**	
Teilnahme-Kennziffern (Annahmen)							
Angenommene Anzahl jährlich neu (zusätzlich) hinzukommender Einrichtungen (mit im Mittel 4.900 / 89 = 55 Bewohnern)	10	12	14	16	16	**68**	
Resultierende kumulative Anzahl teilnehmender Einrichtungen (von insgesamt 89)	10	22	36	52	68	**n.a.**	
Resultierende kumulative Anzahl Bewohner, die das Angebot BVP erhalten (bei im Mittel 4.900 / 89 = 55 Bewohnern pro Einrichtung). *NB: Diese Zahl ist relevant für Kalkulation der Stellen!*	550	1210	1980	2860	3740	**n.a.**	
Resultierende kumulative Anzahl Vollzeitstellen für am ZAT beschäftigte professionelle BVP-Gesprächsbegleiter aus Kassenmitteln gemäß § 132g SGB V *(1 Vollzeitstelle / 400 Bewohner)*	1,38	3,03	4,95	7,15	9,35	**n.a.**	
Kosten für die GKV							
Konservative (hohe) Annahme eines mittleren AG-Brutto der BVP-Gesprächsbegleiter von max. 70.000 (100% E13), Steigerung um 2,5% pro Jahr	70.000	71.750	73.544	75.382	77.267	**n.a.**	
Jährlicher Overhead 15% für die Personalkosten eines Gesprächsbegleiters	10.500	10.763	11.032	11.307	11.590	**n.a.**	
Summe Personalkosten plus Overhead	80.500	82.513	84.576	86.689	88.857	**n.a.**	
Jährliche Kosten für die aktuell am ZAT angestellten BVP-Gesprächsbegleiter	96.250	217.044	364.043	538.981	722.446	**1.938.764**	
Kosten für den Rhein-Kreis Neuss							
Regionaler, professioneller BVP-Koordinator, angestellt am TZG (50%) für 5 Jahre (z.B. QM, Einrichtungsleiter, Orga-Entwickler); Jahres-AG-Brutto 70.000 (100%), Steigerung 2,5% p.a.	35.000	35.875	36.772	37.691	38.634	**183.972**	
Jährliche Overhead-Kosten (15%) für den BVP-Koordinator	5.250	5.381	5.516	5.654	5.795	**27.596**	
Professionelle, externe Moderation der Steuerungsgruppe (z.B. durch Dipl.-Theol. P. Hüster (DU/OB), der aktuell eine entsprechende Steuerungsgruppe in BO begleitet), Steigerung 2,5% p.a.	4.500	4.613	4.728	4.846	4.967	**23.653**	
Anlaufkosten (Koordinator-Qualifizierung, technische Ausstattung, Software / Homepage u.a.m.)	15.000	16.000	17.000	18.000	19.000	**85.000**	
Spaltensummen: Kosten für den Kreis	**59.750**	**61.869**	**64.016**	**66.191**	**68.396**		**320.221**
						292.625	

Die vom Sozial- und Gesundheitsausschuss beschlossene Finanzierung durch den **Rhein-Kreis Neuss** entsprechend der vorstehenden Übersicht wurde vom Kreisausschuss in seiner Sitzung am 13. November 2019 bestätigt.

4.6 Zeitachse (Stand: Dezember 2019)

Der **Rhein-Kreis Neuss** ist daran interessiert, die regionale Implementierung von BVP jetzt kurzfristig auf den Weg zu bringen. Folgende Schritte wurden absolviert bzw. sind geplant:

02.07.2019	Auftaktveranstaltung mit Einladung an alle Einrichtungen / Betreiber im RKN
bis 15.08.2019	Rückmeldung der Betreiber
04.09.2019	Termin mit dem Landesverband der Pflegekassen (Knappschaft Bochum)
11.09.2019	Finanzierungs-Beschluss des Sozial- und Gesundheitsausschusses
08.10.2019	1. Workshop mit interessierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe
13.11.2019	Bestätigung des Finanzierungsbeschlusses durch den Kreisausschuss
08-12/2019	Entwicklung der Rolle der TZG GmbH
10.12.2019	1. operatives Treffen mit den teilnahmebereiten Einrichtungsbetreibern, dabei Vorstellung des Entwurfs eines Kooperationsvertrags
bis Ende 12/2019	Personalakquise durch das TZG
01.01.2020	Startschuss für die operative Umsetzung
01.02.2020	Einstellung des BVP-Koordinators (geplant)
18.02.2020	2. Workshop mit interessierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe