

UMSETZUNG DES § 132G SGB V DURCH NATIONALE MUSTER-CURRICULA UND EINHEITLICHE REGIONALE IMPLEMENTIERUNG VON ADVANCE CARE PLANNING

Empfehlungen der mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Task Force Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen¹

KURZFASSUNG des aktuellen Stands der Beratungen vom 11.01.2017

A. Hintergrund

Mit dem neuen § 132g SGB V können Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen den Versicherten in ihren Einrichtungen eine „gesundheitliche Versorgungsplanung“ zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse anbieten. Unter „Gesundheitlicher Versorgungsplanung“ ist am ehesten die Umschreibung des Gesetzgebers für das international und national etablierte Konzept des „Advance Care Planning (ACP)“ zu verstehen.² Dieses Konzept beinhaltet qualitätsgesicherte Prozesse zur Ermittlung, Dokumentation und Umsetzung von Behandlungswünschen für den Fall, dass die Betroffenen nicht (mehr) selbst entscheiden können. Das international zunehmend verbreitete und vielerorts bewährte Konzept des Advance Care Planning verspricht eine wirksame Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen mittels Patientenverfügung und eine zuverlässige Beachtung des vorausverfügten Patientenwillens.

Die Details der Umsetzung des § 132g SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit den Vereinigungen der Träger der Einrichtungen (Abs. 3). Aufgrund der bisher geringen Etablierung von ACP in Deutschland hat sich eine von den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften getragene Task Force gebildet. Deren Ziel ist es, den Verhandlungspartnern einen fachwissenschaftlich breit konsentierten Vorschlag zur Implementierung der „gesundheitlichen Versorgungsplanung“ zur Verfügung zu stellen, einschließlich nationaler Muster-Curricula für die Qualifizierung des erforderlichen Gesundheitspersonals. Der internationale und nationale Stand der Forschung (Rz 68 ff.) sowie die Rechtslage in Deutschland (Rz 33ff.) werden dabei einbezogen.³ In der Task Force, deren Arbeit vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell gefördert wird, die jedoch nicht von diesem beauftragt oder initiiert wurde, sind Vertreter der für die Thematik relevanten Berufsgruppen (Pflege, Soziale Arbeit, Palliative Care, Hospizarbeit, einschlägige medizinische Disziplinen, Rechtswissenschaft, Ethik) beteiligt.

Damit sich das Konzept des „Advance Care Planning“ in Deutschland etablieren kann, ist eine eingängige, unmittelbar verständliche Bezeichnung wünschenswert. Die Task Force Mitglieder haben

¹ Mitglieder: Prof. Dr. med. Friedemann Nauck (Sprecher, DGP*), Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH (stellv. Sprecher, AEM*), Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH (Schriftführer, DEGAM*), Dr. med. Peter Engeser (DEGAM*), PD Dr. med. Berend Feddersen, PD Dr. med. Christoph Gerhard, Kornelia Götze, Katja Goudinoudis, MAS (DGP*), Gerda Graf (DHPV*), Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus (DHPV), Dr. med. Ingmar Hornke, Barbara Kremers-Gerads, PD Dr. med. Tanja Krones, Dr. Christiane Luderer, Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, Prof. Dr. Annette Riedel, MSc (AEM*), Prof. Dr. iur. Stephan Rixen, PD Dr. med. Jan Schildmann, Prof. Dr. Maria Wasner (DGP*), Katrin Weimann (DHPV*). Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Experten sind von den folgenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften offiziell delegiert: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). Delegiert sind auch die genannten Personen für den Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV).

² s. Gesetzesbegründung und andere Texte aus dem Bundesgesundheitsministerium (vgl. etwa das Geleitwort von A. Widmann-Mauz zu Coors M et al. (Hrsg.): Advance Care Planning, Kohlhammer 2015);

³ Verweis auf die entsprechenden Textabschnitte (Randziffern, Rz) in den ausführlichen Empfehlungen der Task Force

sich mehrheitlich auf den Begriff „Behandlung im Voraus planen (BVP)“ verständigt, da dieser das primäre Anliegen von ACP ausdrückt, nämlich die Vorausplanung künftiger, insbesondere medizinischer Behandlung.

Wesentliche Inhalte der Empfehlungen zum Grundverständnis von ACP/BVP (Abschnitt B), zur Implementierung von ACP/BVP (Abschnitt C) und zu den Aufgaben und Qualifikationen des beteiligten Gesundheitspersonals (Abschnitt D) sind im Folgenden zusammengefasst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Empfehlungen der Task Force in einem fortgeschrittenen, konsolidierten Stadium, aber noch nicht in der endgültigen Fassung vorliegen.

B. Ziele und Grundverständnis von ACP/BVP

BVP verfolgt primär das *Ziel*, mögliche künftige Behandlungsentscheidungen so vor auszuplanen, dass die Bewohnerinnen⁴ auch dann zuverlässig nach ihren individuellen Wünschen behandelt werden, wenn sie diese krankheitsbedingt nicht mehr selbst äußern können (Rz 21). BVP soll nicht-einwilligungsfähige Betroffene vor ungewollter Über- oder Unterversorgung bewahren (Rz 83 ff.) und im Krisenfall einer kompetenten hospizlichen und palliativen Begleitung dort die Tür öffnen, wo dies vom Betroffenen gegenüber dem akutmedizinischen Standard präferiert wird. Darüber hinaus hat BVP das Potenzial, Vertrauenspersonen bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Betreuerinnen (Vertreter) sowie Pflegende und Ärztinnen, die stellvertretend weitreichende Entscheidungen treffen müssen, vor vermeidbaren psychischen Belastungen zu schützen. Zudem soll die dringend erforderliche Handlungsorientierung für Pflegende, Rettungsdienstpersonal, (Haus-)Ärztinnen und andere Betreuende abgesichert werden, was insbesondere in Notfallsituationen von Bedeutung ist (Rz 24,54).

Diese Ziele erreicht BVP durch Interventionen auf zwei Ebenen:

- *Auf der individuellen Ebene* erhalten die Mitglieder der Zielgruppe im Rahmen eines qualifizierten, professionell begleiteten Gesprächsprozesses Gelegenheit, Präferenzen für die Behandlung bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit zu entwickeln und in aussagekräftigen, (zumindest) regional einheitlichen Vorausverfügungen zu dokumentieren (Rz 25).
- *Auf der Systemebene* werden alle relevanten regionalen Institutionen und Versorgungsstrukturen eingebunden und die dort tätigen Personen so geschult bzw. informiert, dass die Vorausverfügungen regelmäßig verfügbar sind und zuverlässig respektiert werden (Rz 25, 216). Voraussetzung für das Gelingen auf Systemebene ist nach internationaler Erfahrung mit ACP eine **regionale BVP-Koordinatorin**, welche auch die beteiligten Organisationen bei der notwendigen Organisationsentwicklung unterstützt.

Die individuelle BVP-Gesprächsbegleitung ist ein **ganzheitlicher Begleitungsprozess**. Die BVP-Gesprächsbegleiterinnen müssen im Rahmen des Vorausplanungs-Gesprächs offen für die verschiedensten bio-psycho-sozialen sowie spirituellen Anliegen sein. Sie müssen diese wahrnehmen und aufgreifen sowie kompetent im Gespräch bearbeiten oder aber im Einvernehmen mit der Vorausplanenden andere kompetente Fachkräfte in die Gesprächsbegleitung involvieren. Aus diesem Grund bedarf es für ACP-Gesprächsbegleiterinnen:

⁴ Angesichts der Mehrzahl von weiblichen Akteuren in den hier relevanten Versorgungsstrukturen bevorzugen wir in diesem Text die weibliche Form, gemeint sind jedoch stets beide Geschlechter.

- a. anspruchsvoller Voraussetzungen, was formale Qualifikationen, eine empathische und respektvolle Haltung sowie allgemeine und spezielle Gesprächskompetenzen betrifft,
- b. einer robusten Zertifizierungspraxis, die Fachkräfte ohne den Nachweis dieser Haltung und Gesprächskompetenzen nicht als ACP-Gesprächsbegleiterinnen zulässt.

BVP richtet sich primär auf die Vorausplanung möglicher *zukünftiger* medizinischer Entscheidungssituationen (Präambel, Rz 26). Der BVP-Prozess sollte möglichst schon in gesunden Zeiten, jedenfalls weit vor einer etwaigen Inanspruchnahme palliativer oder hospizlicher Dienste begonnen werden.

Zur Bedeutung von **Palliativberatung** im Rahmen von Behandlung im Voraus planen (BVP) gemäß § 132g Abs. 1 Satz 2-3 SGB V, in Verbindung mit Abs. 2, Sätze 1-3, stellt die Task Force fest:

Eine allgemeine, vom individuellen Bedarf im Wesentlichen unabhängige Basisinformation über Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung in der jeweiligen Institution (vgl. § 132g Abs. 1, Satz 2 SGB V) ist Teil jeder BVP-Gesprächsbegleitung. Diese Information hat in zweierlei Hinsicht Bedeutung:

- a. Wer einen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen erwägt, benötigt unter Umständen zuvor eine „Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Therapieverzichts“ (Gesetzesbegründung der Bundesregierung, DS 18/5170 vom 12.06.15, S. 30). Dies ist erforderlich, um nicht für bestimmte Szenarien irrtümlicherweise eine unerträgliche Symptomlast befürchten zu müssen. Die Kenntnis palliativer Alternativen zu lebensrettender / lebensverlängernder Therapie in definierten Krisenfällen (wie z.B. Herzstillstand, Atemstillstand, Schlaganfall oder demenziell bedingte Schluckstörung) ist Voraussetzung für eine entsprechende Beratung.
- b. Für Bewohnerinnen und Vertrauenspersonen wird auf diese Weise transparent, welche Möglichkeiten es in der konkreten Einrichtung gibt, um eine palliative Versorgung im Bedarfsfall sicherzustellen. Derartige Bedarfsfälle können z.B. vorliegen, wenn eine lebensbedrohliche Krisensituation eintritt, für die die Bewohnerin in ihrer Vorausplanung gemäß § 132g SGB V den Einsatz palliativer statt lebensverlängernder Maßnahmen festgelegt hat. Um hierfür kompetent vorbereitet zu sein, ist es erforderlich, dass zeitgleich Maßnahmen der Organisationsentwicklung initiiert werden. Hierzu gehört insbesondere, dass Einrichtungen Palliativweiterbildungen eigener Einrichtungsmitarbeiterinnen sowie interne Fortbildungen veranlassen und eine Weitergabe des Wissens der Palliativfachkräfte an alle Mitarbeiterinnen der Einrichtung ermöglichen. Darüber hinaus sollen die Einrichtungen die Vernetzung mit den regional gegebenen ambulanten und stationären kompetenten Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung und Kapazitäten vor Ort pflegen (z.B. mit stationären Hospizen, ambulanten Hospizdiensten, entsprechend qualifizierten einzelnen Ärztinnen, AAPV- oder SAPV-Teams). Diese Information über die strukturell gegebene hospizlich-palliative Kompetenz der jeweiligen Institution kann durch entsprechende Printmaterialien oder Informationen auf der Webseite der Einrichtungen unterstützt werden.

Für Bewohnerinnen, deren Lebenserwartung erkennbar stark begrenzt ist oder die unabhängig von der Schwere ihrer Erkrankungen in (bestimmten) Krisensituationen eine Behandlung mit palliativem Therapieziel wünschen, kann sich zudem im Rahmen der BVP-Gesprächsbegleitung über die vorgenannten allgemeinen Informationen hinaus auch ein individueller Beratungsbedarf hinsichtlich Hospiz- und Palliativversorgung ergeben.

Die Qualifizierung zur BVP-Gesprächsbegleiterin muss dementsprechend palliativmedizinisches Grundlagenwissen hinsichtlich der in BVP-Gesprächen häufig relevanten Fragen sowie Kenntnisse über die institutionell und regional gegebenen Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung umfassen. Dies ist kongruent mit der Moderatorenfunktion der BVP-Gesprächsbegleiterin, deren Kernkompetenz darin liegt, Bewohnerinnen zu befähigen, ihre individuellen Behandlungspräferenzen zu entwickeln und ggf. auch im Gespräch mit ihren Vertrauenspersonen zu artikulieren.

Darüber hinaus empfiehlt die Task Force den Verhandlungspartnern gemäß § 132g Abs. 3 SGB V, definierte *Strukturmerkmale* der Hospiz- und Palliativversorgung in den Einrichtungen als *Voraussetzung für jede Abrechnung* nach § 132g SGB V vorzusehen. Damit kann eine bedarfsgerechte hospizliche und palliative Versorgung der Bewohnerinnen sowie im Einzelfall auch eine fachspezifische palliativmedizinische Beratung im Sinne des § 132g SGB V realisiert werden. Einrichtungen sollen über entsprechend qualifizierte Palliativfachkräfte verfügen und mit regionalen Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung wie z.B. allgemeine oder spezielle ambulante Palliativ-Teams und Hospizdienste nachweislich eng vernetzt sein. Bei der Festlegung der in diesem Sinne mindestens erforderlichen Strukturmerkmale ist eine Übergangsregelung zu erwägen, um interessierten und engagierten Einrichtungen den Zugang zur Fördermöglichkeit nach § 132g SGB V nicht unnötig zu erschweren. Die von der DGP in Zusammenarbeit mit dem DHPV entwickelten und zertifizierten Curricula zur Qualifikation von Palliativfachkräften sind seit Jahren erprobt und können für die genannten Strukturmerkmale Anwendung finden.

C. Elemente einer regionalen BVP-Implementierung

1. Aufsuchendes Gesprächsangebot

Die Einrichtungen machen den Bewohnerinnen bzw. ihren Vertreterinnen ein *aktives Angebot* zur Begleitung bei der Vorausplanung (Rz 76). Die Annahme des Angebotes ist freiwillig und eine Ablehnung nicht mit Nachteilen verbunden.

Zielgruppe des Angebotes von BVP sind grundsätzlich alle Bewohnerinnen einer Einrichtung, unabhängig davon, ob sie terminal erkrankt sind oder palliativmedizinische Betreuung benötigen (Rz 25 ff.). Ist die Bewohnerin selbst nicht mehr einwilligungsfähig (Rz 83 ff.), richtet sich das Angebot einer (stellvertretenden) BVP an die Vertreterin (Rz 45).

Zeitpunkt des Angebotes: Das Angebot kann, abhängig von den Wünschen oder der gesundheitlichen Situation der Vorausplanenden, mehrfach gemacht werden. Es ist nicht notwendig an palliativmedizinischen Betreuungsbedarf geknüpft.

2. Qualifizierte Gesprächsbegleitung

Die *Teilnehmerinnen* an den Gesprächen sind neben der qualifizierten Gesprächsbegleiterin (zur Qualifikation s.u.) und der (einwilligungsfähigen) Bewohnerin, die (zukünftige) Vertreterin, die qualifizierte (Haus-)Ärztin sowie gegebenenfalls weitere Personen wie z.B. Vertrauenspersonen, Pflegefachkräfte oder Seelsorger .

Der *inhaltliche Schwerpunkt* von BVP liegt auf der Klärung individueller Wertvorstellungen und Festlegungen für die medizinische Behandlung in künftigen gesundheitlichen Krisen oder Notfallsituationen, in denen die Betroffenen sich selbst nicht mehr äußern können (Rz 77). Dazu werden den Vorausplanenden in nicht-direktiver Weise medizinische Informationen zu relevanten medizinischen Szenarien angeboten. Auf deren Grundlage können sie, gegebenenfalls im Gesprächsprozess mit

Vertrauenspersonen und/oder der Gesprächsbegleiterin, die verbleibenden Optionen reflektieren und ihre Entscheidungen treffen (Informed Consent (Rz 15), Shared Decision Making (Rz 17)). Inhaltlich werden in den Gesprächen zunächst die Einstellungen zum Leben, schwerer Erkrankung und Sterben ermittelt (Rz 107). Darauf aufbauend werden klinisch relevante medizinische Szenarien (Rz 113), der akute Notfall (Rz 58, 109, 138) sowie (bei einwilligungsfähigen Bewohnerinnen) die Vertretung (Rz 127) besprochen. In der Regel sind dazu mehrere Gespräche (mittlere Gesamtdauer 1-2 Stunden) erforderlich (Rz 178).

Darüber hinaus bietet BVP den Raum, *individuelle Präferenzen* z.B. pflegerischer, kultureller, psychosozialer oder religiöser / spiritueller Art für die ganzheitliche Begleitung in schwerer Krankheit und im Sterben festzulegen (Rz 118).

Nicht zuletzt sollen auch medizinische *Indikationen* für das Vorgehen im Notfall im Voraus überprüft und Behandlungsgrenzen gemäß den Regeln ärztlicher Kunst – z.B. im Fall eines Herz- oder Atemstillstands – rechtzeitig geklärt werden (Rz 21).

3. Professionelle Dokumentation

Regional einheitliche, *aussagekräftige Formulare* sollen sicherstellen, dass die ermittelten Behandlungswünsche von allen Akteuren im Gesundheitswesen effektiv umgesetzt werden können (Rz 130 ff.). In einem separaten *Notfall- oder Krisenbogen* werden Behandlungswünsche für den Fall einer plötzlichen gesundheitlichen Krise erfasst (Rz 109). Auch bei (dauerhaft) nicht mehr einwilligungsfähigen Personen sollte eine Vorausplanung angeboten werden (Rz 83). Die BVP durch den Vertreter wird in einer „Feststellung der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens einer dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Person gemäß § 1901 a Abs. 2 Satz 1“ dokumentiert (Rz 45)⁵. Aufgabe des Vertreters ist es, die Behandlungswünsche des Betroffenen rechtzeitig zu ermitteln und ihnen zur Umsetzung zu verhelfen. Wie der Betroffene kann an seiner Statt auch der Vertreter vorsorgen, immer jedoch verpflichtet auf die früher geäußerten Wünsche und / oder mutmaßlichen Präferenzen des Betroffenen.

Neben dem Vorausplanenden (bzw. dem Vertreter) *unterzeichnen* die BVP-Gesprächsbegleiterin und die ebenfalls spezifisch fortgebildete und beteiligte (Haus-)Ärztin die Patientenverfügung und den Notfall- oder Krisenbogen. Damit wird die Validität der Vorausplanung für Dritte nachvollziehbar (u.a. durch die Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen) und der vom Gesetzgeber gewünschte dialogische Prozess ist dokumentiert (Rz 54, 60).

4. Archivierung, Zugriff und Transfer:

Im regionalen Versorgungssystem stellen entsprechende Standards und Routinen sicher, dass die entstandenen Vorausverfügungen im Bedarfsfall auch tatsächlich verfügbar sind (Rz 211, 216). So ist z.B. die Verfügung in den Patienten- bzw. Bewohnerakten an prominenter, leicht auffindbarer Stelle abzulegen. Bei Verlegung der Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus ist eine Kopie der Verfügung stets Teil der Überleitung.

5. Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf:

Die schriftliche Vorausverfügung wird von allen Beteiligten als Zwischenergebnis eines kontinuierlichen, lebenslangen Gesprächsprozesses angesehen. Eine Wiederaufnahme der Gesprächsbegleitung

⁵ Die Verfassung einer Patientenverfügung durch einen Vertreter ist nicht zulässig, da es sich dabei um ein höchstpersönliches Dokument handelt.

ist insbesondere bei neu auftretenden oder sich verschlechternden chronischen Erkrankungen, nach überstandenen stationären Aufenthalten oder bei veränderten Behandlungswünschen z.B. durch den Verlust nahestehender Menschen sinnvoll. (Rz 144).

6. Beachtung und Befolgung durch Dritte:

Alle an der Patientenbetreuung Beteiligten in der Region werden darin geschult, die Voraussetzungen zu beachten und im Bedarfsfall angemessen umzusetzen (Rz 211, 216). Insbesondere die Befolgung von Notfall- und Krisenbögen durch den Rettungsdienst erfordert eine gründliche Vorbereitung aller Beteiligten (Rz 224).

7. Kontinuierliche Qualitätssicherung:

Jedes BVP-Programm sollte regelmäßig mit geeigneten Maßnahmen die Prozess- und Ergebnisqualität überprüfen und ggf. verbessern, um eine verlässliche Vorausplanung zu gewährleisten. Von besonderer Bedeutung – und gleichzeitig die größte Herausforderung – ist dabei die Evaluierung der Qualität der Gesprächsbegleitung.

D. Rollen, Aufgaben und Qualifikationen

Zur Umsetzung des § 132g SGB V sind teilweise neue Rollen im Gesundheitswesen erforderlich. Für deren Zugangsvoraussetzungen, Qualifikation und Vergütung haben die Verhandlungspartner gemäß § 132g Abs. 3 SGB V einen verbindlichen Rahmen, insbesondere qualifizierende Curricula (s.u.) und Fortbildungsmaterialien (z.B. Manuale) zu schaffen. Diese Rollen sind:

1. BVP-Botschafterin (Rz 150 ff.)

Aufgabe: Information der Laienöffentlichkeit wie auch des gesamte Personal der Gesundheitsberufe über das Prinzip BVP, Abbau von individuellen Barrieren soweit möglich.

Auswahl: in der Regel Ehrenamtliche

Qualifikation: Integration von BVP-Module in bestehende Qualifizierungskurse möglich, siehe Curriculum II

Qualifikationsaufwand: 20 UE davon 12 UE Präsenzworkshop und 8 UE Selbststudium

2. BVP-Gesprächsbegleiterinnen (ACP Facilitator) (Rz 156ff.)

Aufgaben: Moderation des Gesprächsprozesses mit der vorausplanenden Person und nach Wunsch auch Vertrauenspersonen; Unterstützung bei der Entwicklung, Artikulation, Erörterung und schriftlichen Dokumentation des Patientenwillens; Vorbereitung der Vertreterin auf ihre Aufgabe bzw. Unterstützung bei der Umsetzung der Vertretung durch sie; Ansprechpartnerin für die Mitarbeiterinnen und Leitung der Einrichtung; Kooperation mit den behandelnden (Haus-)Ärztinnen.

Auswahl: In der Regel nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtungen (z.B. Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkranken- und Altenpflege, Psychologie, Sozialpädagogik / Soziale Arbeit, Heilerziehungspflege/-pädagogik), alternativ bei Trägern mit mehreren Einrichtungen in einer Region eine zentral angestellte BVP-Gesprächsbegleiterin, die in verschiedenen Einrichtungen tätig wird.

Vorqualifikationen: Möglichst akademischer Abschluss (Universität oder Fachhochschule), mindestens aber eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie mindestens 3-jährige Berufserfahrung in einem Gesundheitsberuf. Daneben nachweisliche kommunikative Kompetenz, sowohl durch persönliche

Eignung und Haltung als auch durch entsprechende Vorqualifikationen (z.B. Ethische Fallbesprechung, ambulante Ethikberatung, Palliative Care u.a.).

Qualifikation: siehe Mustercurriculum I

Qualifikationsaufwand für nicht-ärztliche BVP-Gesprächsbegleiterinnen: 118 UE, davon 24 UE Präsenz-Workshop, 78 UE Praxismodul / Übungsphase (inkl. Plenararbeit) und 16 UE Selbststudium. Hinzu kommen mindestens 14 selbständig durchgeführte und dokumentierte Gesprächsbegleitungen sowie ein Intensiv-Coaching von 24 UE, für das entweder 6 weitere Gesprächsbegleitungen, aber mit Trainer-Hospitation und -Feedback (à 4 UE) oder aber ein gleichwertiges SP-gestütztes BVP-Gesprächstraining (24 UE) durchzuführen sind. Das Praxismodul ist als Vorbereitung für die geplante zentrale Zertifizierung mittels schauspielpatient-gestützter Prüfung in einem OSCE („Objective Structured Clinical Examination“) anzusehen.

Stellenumfang: Langfristig ¼ Stelle auf 100 Einrichtungsbewohner; erheblicher Mehraufwand im ersten Jahr der Implementierung; Zeitaufwand pro Begleitung (incl. Vor- und Nachbereitung) 3 Stunden

3. BVP-(Haus-)Ärztin (Rz 179ff.)

Aufgabe: Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit des Vorausplanenden sowie dessen Verständnis Implikationen der Festlegungen auf der Vorausverfügung sowie dem ärztlich mitverantworteten Notfallbogen; Ansprechpartnerin für die Gesprächsbegleiterin und / oder den Vorausplanenden bei speziellen medizinischen Fragestellungen; Teilnahme an Fallbesprechungen.

Vorqualifikation: Basiskurs Palliativmedizin ist dringend wünschenswert.

Qualifikation: siehe Curriculum V

Qualifikationsaufwand: 12 UE, davon 4 UE Präsenz- Workshop, 4 UE E-Learning und 4 UE Qualitätszirkel innerhalb des folgenden Jahres bei denen die Gelegenheit zu einem Austausch über die im BVP-Projekt gewonnenen Erfahrungen besteht.

Vergütung: aus Mitteln der GKV. Eine Gebührenposition für eine Gesprächszeit von 15 Minuten mit einer mehrfachen Berechnungsfähigkeit für bis zu 60 min wäre wünschenswert.

4. BVP-Trainerinnen (Rz 185)

Aufgaben: Qualifizierung von BVP-Botschafterinnen (bzw. vorzugsweise deren Ausbilderinnen, also z.B. den Trainerinnen von Ehrenamtlichen im Palliativ- und Hospizbereich), der BVP-Gesprächsbegleiterin, -Buddha sowie –kooperierenden (Haus-)Ärztinnen.

Qualifikation: siehe Curriculum IV

Qualifikationsaufwand: Zertifizierung als BVP-Gesprächsbegleiterin ist Voraussetzung. 120 UE, davon 72 UE Dokumentation von weiteren 20 Gesprächsbegleitungen ab Zertifizierung sowie die Vorbereitung und Durchführung eines Gesprächsbegleiterinnen-Workshops, 40 UE Präsenzworkshop und 8 UE Selbststudium.

5. Regionale BVP-Projektkoordinatorinnen (Rz 188)

Aufgaben: Gespräche mit Institutionen und Akteuren; Einbindung derselben in die Vernetzung, Vorbereitung der Implementierungsphase; Information bzw. Schulung der entsprechenden Fachkräfte; Koordinierung der regelmäßigen Qualifikationsmaßnahmen für die verschiedenen BVP-Rollen; Mo-

deration bei Konflikten, Optimierung der Schnittstellen und Überprüfung des Erfolgs der Maßnahmen zur Qualitätssicherung; zentrale Ansprechpartnerin

Qualifikation: siehe IV

Qualifikationsaufwand: BVP-Gesprächsbegleiterinnen-Workshop inkl. Selbststudium ist Voraussetzung. 32 UE, davon 24 UE Präsenzworkshop und 8 UE Selbststudium inkl. E-Learning Führungskompetenz und gute regionale Vernetzung.

Stellenumfang: ca. 0,5 – 1 Stelle für eine Region von 250.000 Einwohnern

E. Change Management

Um eine dauerhafte und flächendeckende Verstetigung des BVP-Angebotes zu ermöglichen, sind sowohl in der Makro-, als auch auf den Meso- und Mikroebenen des Gesundheitswesens langfristige und wiederkehrende Sensibilisierungen und Veränderungsprozesse nötig. Hier gilt es, im Sinne des Change Managements systemische Prozesse zu reflektieren, neu zu gestalten und bewusst zu integrieren (Rz 195 ff.)

F. Evaluation

Die neue Leistung gemäß § 132g SGB V und ihre Umsetzung auf der Basis der Vereinbarung nach § 132g III SGB V ist vom GKV-Spitzenverband regelmäßig, erstmals bis zum 31. 12. 2017, zu evaluieren. Die TASK FORCE empfiehlt, hierbei insbesondere auch wissenschaftlich erhobene Informationen einzubeziehen, wie die Beteiligten die Implementierung bewerten bzw. wo sie Anwendungsprobleme sehen und welche möglichen Problemlösungen sie befürworten. Sie wird ein Konzept zur Evaluation vorschlagen. BVP ist in der Laien- wie auch in der Fach-Öffentlichkeit ein bis vor kurzem praktisch nicht bekanntes Konzept, und muss daher als lernendes System konzipiert werden. Die TASK FORCE empfiehlt, von der Evaluation nicht zu früh zu viel zu erwarten, sondern eher in 5-Jahres- als 1-Jahres-Zeiträumen zu denken. Entscheidend ist es, in dieser Anfangsphase erfolgreiche regionale Implementierungen auf qualitativ hohem Niveau zu realisieren und aus diesen zu lernen.