

Mustercurricula „Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen (BVP)“

Konsentierter Entwurf, Stand: 11.01.2017

Mustercurricula der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten

Task Force „Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen (BVP)“

zur Vorlage bei den Verhandlungspartnern im Sinne des § 132g SGB V, Abs. 4.

Mitglieder der Task Force:

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*), Prof. Dr. 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. rer. medic. 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).

INHALT

Präambel	1
Exkurs: Vorbemerkungen zur Entwicklung von Curricula	4
Warum Curricula?	4
Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)	4
Internationale Advance Care Planning - Curricula	4
I: BVP-Gesprächsbegleiterinnen	6
Hintergrund	6
Ziele der Weiterbildung	6
Kooperation zwischen nicht-ärztlichen BVP-Gesprächsbegleiterinnen und BVP-zertifizierten (Haus-) Ärztinnen	8
Zielgruppe, Zugangsvoraussetzungen und Empfehlungen zur Kandidatenauswahl	8
Organisation/Umfang/Dauer	9
Struktur	9
Lehr- und Lernform	10
Kompetenznachweis und Abschluss mit zentralem, schauspielpatienten-gestützten Zertifizierungs-OSCE („Objective Structured Clinical Examination“)	10
Qualifikation der Lehrenden	11
Modulkatalog	11
Modul A: BVP als neues Konzept im deutschen Gesundheitssystem	11
<i>Ziele</i>	11
<i>Inhalte</i>	12
<i>Organisation</i>	12
Modul B: Spezifische kommunikative Grundlagen der BVP-Gesprächsbegleitung	12
<i>Ziele</i>	13
<i>Inhalte</i>	14
<i>Organisation</i>	15
Modul C: Zielgruppen, Zeitpunkt, Vorbereitung, Steuerung, Einstieg und Abschluss der BVP-Gesprächsbegleitung	15
<i>Ziele</i>	15
<i>Inhalte</i>	16
<i>Organisation</i>	17
Modul D: Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsbegleitung	17
<i>Ziele</i>	17
<i>Inhalte</i>	20
<i>Organisation</i>	23
Modul E: Erfassung, Strukturierung, Dokumentation und Aktualisierung von BVP-Gesprächsprozessen	23
<i>Ziele</i>	23
<i>Inhalte</i>	25
<i>Organisation</i>	26

Modul F: Koordination und interprofessionelle Kommunikation im Rahmen einer regionalen BVP-Implementierung	26
<i>Ziele</i>	26
<i>Inhalte</i>	27
<i>Organisation</i>	27
Praxismodul - Übungsphase	27
<i>Ziele</i>	27
<i>Inhalte</i>	28
<i>Modulvoraussetzungen:</i>	28
<i>Organisation</i>	28
Modulübersicht	30
Stundentafel nach Modulen	31
Ablaufplan	34
Entwicklungsdokumentation der zu demonstrierenden Gesprächskompetenzen	35
II. BVP-Botschafterin (folgt)	37
III. BVP-Trainerin (folgt)	38
IV. BVP-Projektkoordinatorin (folgt)	39
V. BVP-zertifizierte (Haus-)Ärztin (folgt)	40
VI. Regionale Netzwerkpartner (folgt)	41
Literaturverzeichnis	42

Präambel

Sehr geehrte Damen und Herren Verhandlungspartner gemäß § 132g SGB V Abs. 3,

mit diesen Mustercurricula legt die Task Force ‚Advance Care Planning / Behandlung im Voraus planen‘ einen Entwurf für die Fort- und Weiterbildung zur Qualifizierung der neuen Rollen vor, die für eine erfolgreiche und nachhaltige regionale Implementierung von ‚Behandlung im Voraus planen‘ (BVP) benötigt werden:

- die BVP-Gesprächsbegleiterin,
- die BVP-Projektkoordinatorin,
- die BVP-Trainerin und
- die (ehrenamtliche) BVP-Botschafterin.
- Hinzu kommen spezifische Qualifizierungsmaßnahmen für kooperierende (Haus-) Ärztinnen und regionale Netzwerk-Partner.¹

Diese Curricula wurden in dem Bestreben entwickelt, dass Patientinnen auch in Deutschland zukünftig so behandelt und betreut werden, wie das ihren individuellen Wünschen, Präferenzen und Wertvorstellungen entspricht – auch dann, wenn sie sich zum Zeitpunkt der anstehenden Behandlung nicht mehr selbst dazu äußern können. Ziel und Umfang der Behandlung bei akuten, subakuten oder dauerhaften Einschränkungen der Einwilligungsfähigkeit sollen sich nicht länger an medizinischen Standards der Machbarkeit oder Vertretbarkeit orientieren, sondern – wo immer möglich und praktikabel – am aussagekräftig und valide vorausverfügten Patientenwillen.

Dieses Bestreben entspricht dem Konzept des Advance Care Planning, das in den 1990er Jahren in den USA entwickelt wurde und seitdem in zahlreichen Ländern Verbreitung findet. Advance Care Planning (ACP) oder Behandlung im Voraus planen (BVP) dient der Vorausfestlegung der Behandlung von zum Planungszeitpunkt noch nicht absehbaren gesundheitsbezogenen Krisensituationen, in denen die Betreffende selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist. Der damit verbundene Gesprächsprozess ist freiwillig und ergebnisoffen und hat zum Ziel, die Vorausplanende (oder, falls diese bereits nicht mehr einwilligungsfähig ist, ihre Bevollmächtigte bzw. Vertreterin) zu befähigen, die für sie am besten passenden Behandlungsentscheidungen im Voraus zu treffen.

Der BVP-Gesprächsprozess schließt verschiedene Themenbereiche ein, die für künftige Behandlungsentscheidungen in kritischen Situationen relevant sein können. Als Basis und Rahmen für konkrete Festlegungen in Detailfragen ist eine Klärung der individuellen Einstellungen zum (Weiter-) Leben, zum Sterben und zu den prinzipiell favorisierten Therapiezielen bei vital bedrohlicher Erkrankung anzusehen. Hinzu kommt eine Klärung konkreter Grenzen lebensverlängernder Therapie in typischen klinischen Szenarien. Das BVP-Gespräch stellt einen ganzheitlichen Prozess im Sinne der Gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) dar, in dem auch pflegerische, psychosoziale, spirituelle / religiöse oder kulturelle Belange von Bedeutung sein können. Dieser Gesprächsprozess, an dem regelmäßig auch Vertrauenspersonen bzw. die Vertreter zu beteiligen sind, sollte sich in einer schriftlichen Vorausverfügung niederschlagen. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Vorgehen im Krisenfall setting- bzw. gesundheitssektoren-übergreifend geregelt werden soll. Der BVP-Gesprächsprozess ist – anders etwa als ein Testament – kein in der Regel einmaliger Akt, sondern konstitutiv als ein lebenslanger Gesprächsprozess zu verstehen, der generell alle 2-5 Jahre sowie individuell jederzeit bei Bedarf wiederaufgenommen und aktualisiert werden sollte.

¹ Wir verwenden in diesem Text überwiegend die weibliche Form, meinen aber stets alle in Frage kommenden Personen.

Eine BVP-Gesprächsbegleitung kann grundsätzlich jedem Erwachsenen angeboten werden, vom Jugendalter über chronisch Kranke bis hin zu gesunden Senioren oder akut und schwer erkrankten Menschen. Das Miteinander-Sprechen soll anregen, sich früh (genug) darüber Gedanken zu machen, an welchem Punkt sich Therapieziele ändern und wo Grenzen lebensverlängernder Therapie gegebenenfalls verlaufen sollen, und sich darüber mit den Vertrauenspersonen auszutauschen, damit im Bedarfsfall hierauf zurückgegriffen werden kann.

Dieser Ansatz verdeutlicht die konzeptionelle Breite von BVP, das auch in der Hospiz- und Palliativversorgung (und in weiteren speziellen klinischen Bereichen) von großer Bedeutung sein kann und gleichzeitig erheblich früher ansetzt. Zu den grundlegenden konzeptionellen Neuerungen von BVP gehört die Erkenntnis, dass die bisher ganz überwiegend bei den Einzelnen liegende Verantwortung für die Erstellung einer aussagekräftigen und validen Vorausverfügung sowie für ihre Beachtung im Krisenfall im Wesentlichen auf das (regionale) Gesundheitssystem übergehen muss, wenn tatsächlich und ernsthaft intendiert ist, den Patientenwillen auch in Situationen der akuten oder dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen. In Deutschland hat Advance Care Planning / Behandlung im Voraus planen mit dem § 132g SGB V (dort als „Gesundheitliche Versorgungsplanung“ bezeichnet) Eingang in das am 08.12.15 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) gefunden, so dass Strukturen geschaffen werden müssen, die eine konsistente, nachhaltige und korrekte Verbreitung und Implementierung ermöglichen. Das vorliegende Muster-Curriculum will dazu einen expliziten Qualitätsbeitrag leisten.

Das Curriculum verwendet den innerhalb der Wissenschaftlichen Task-Force ACP / BVP konsentierten Begriff ‚Behandlung im Voraus planen‘, um durch eine deutsche Bezeichnung bereits den zentralen Gegenstand wie auch den prozesshaften Charakter auch für Laien verständlich herauszustellen: Es geht im Kern genau darum, Ziel und Grenzen zukünftiger Behandlungen im Voraus zu planen, wobei der Begriff „Behandlung“ nicht auf medizinische Behandlung beschränkt ist.

Dieser Prozess des Planens erfordert einen begleiteten Gesprächsprozess mit den Vorausplanenden und deren Vertrauenspersonen / Vertreterinnen; die neue Rolle der BVP-Gesprächsbegleiterin steht somit im Zentrum der hier beschriebenen Qualifizierungsprozesse. Die unterschiedlichen Lebensbereiche und die Heterogenität der Situationen, die durch BVP tangiert und beeinflusst werden, stellen an eine BVP-Gesprächsbegleitung hohe Anforderungen. Entsprechendes gilt für die zum Teil mit sensiblen und tabuisierten Themen verknüpften und komplexen Lebens- und Gesundheitssituationen, die in Bezug auf zukünftige Behandlungsentscheidungen thematisiert und abgewogen werden. Die hier geforderten Kompetenzen müssen durch eine spezifisch darauf zugeschnittene Weiterbildungsmaßnahme entwickelt und erworben werden. Die internationale und auch die in Deutschland mit dem BVP-Projekt *beizeiten begleiten* gemachte Erfahrung zeigt, dass diese Kompetenzen zwar wichtige Schnittstellen und Synergien zu palliativen Kompetenzen aufweisen, wie sie derzeit in Basis- und Aufbaukursen vermittelt werden, mit speziellen palliativen Kompetenzen jedoch keineswegs identisch sind bzw. diese nicht überschneiden. Die Lehre nach den hier vorgelegten Curricula unterstützt die Verbreitung des BVP-Gedankens (BVP-Botschafter), befähigt zur BVP-Gesprächsbegleitung im engeren Sinne, befähigt zu BVP-Gesprächsbegleiter-Trainings und –Coachings sowie zur Koordination einer institutionellen und regionalen Implementierung von BVP.

Die vorliegenden Mustercurricula umfassen sechs Angebote der Fort- und Weiterbildung, die sich an verschiedene Zielgruppen der Gesundheits- und Sozialberufe (sowie im Fall der BVP-Botschafterin zusätzlich an Ehrenamtliche) richten, modular aufgebaut sind und bis zur Zertifizierung eine unterschiedliche Anzahl Unterrichtseinheiten (UE) aufweisen:

Tabelle 1: Umfang der sechs Muster-Curricula für die regionale Implementierung von BVP					
Curr.	Rolle	Selbststudium (UE), (E-Learning-gestützt)	Präsenz- Workshop (UE)	Praxismodul / Übungsphase (UE)	Gesamt (UE)
I.	BVP-Gesprächsbegleiterin	16	24	78	118
II.	BVP-Botschafterin*	8	12	0	20
III.	BVP-Trainerin**	8	40	72	120
IV.	BVP-Projektkoordinatorin***	8	24	0	32
V.	BVP-zertifiz. (Haus-)Ärztin*	4	4	4	12
VI.	Regionale Netzwerkpartner*	2	2	0	4

Unterrichtseinheiten (UE) umfassen in diesem Curriculum die Angabe einer Unterrichtsstunde von mindestens 45 Minuten.

* Die entsprechenden UE aus der Qualifikation zur BVP-Gesprächsbegleiterin sind anrechenbar

** Zugangsvoraussetzung: Zertifizierung als BVP-Gesprächsbegleiterin. *** Zugangsvoraussetzung: BVP-Gesprächsbegleiter-Workshop

Mit dem Curriculum wird konsequent eine enge Verflechtung von Theorie und Praxis angestrebt, um das Erlernte praktisch zu erproben, zu festigen und zugleich als Basis zur Reflexion in weiteren Lernsituationen zu nutzen. Die durchgängige Orientierung an den zu beobachtenden (sukzessive entwickelten und verdichteten) Kompetenzen ist zielführend, um eine Überprüfung der erworbenen Performanz sicherzustellen. Auf dieser Basis ist es den Lehrenden möglich, die Verknüpfung von vermittelter Theorie und praktiziertem Gesprächsprozess wie auch realisierter Gesprächsbegleitung im Qualifizierungsverlauf zu evaluieren und mit den Lernenden zu reflektieren. Hiermit ist ferner die Anschlussfähigkeit an den deutschen Qualifikationsrahmen intendiert. Im Sinne eines Curriculums, das sich mit der gelebten Praxis stetig weiterentwickelt, sind die Hinweise und Rückmeldungen der Lernenden zur Optimierung des Mustercurriculums fortwährend zu eruieren und in der regelmäßigen Weiterentwicklung des Curriculums zu berücksichtigen. Dies gilt besonders für BVP für Menschen mit Behinderungen oder BVP für Kinder und ihre Eltern, da die diesbezügliche Entwicklung auch international noch nicht weit fortgeschritten ist.

BVP ist ein hochqualifizierter Gesprächsprozess, dessen Anforderungen nicht unterschätzt werden dürfen. Die Wissenschaftliche Task Force ACP / BVP weist ausdrücklich auf die unkalkulierbaren Risiken für Fehlentscheidungen mit fatalen Folgen hin, die eine Verwendung hochwirksamer Formulare zur Im-Voraus-Beschränkung lebensverlängernder Therapie ohne die Moderation durch eine spezifisch auf hohem Niveau qualifizierte BVP-Gesprächsbegleiterin mit sich bringen würde. Der hier vorgelegte Entwurf für entsprechende Mustercurricula basiert auf der mehrjährigen Erfahrung mit dem deutschen BVP-Projekt *beizeiten begleiten*, das seinerseits an das international vorbildliche US-amerikanische ACP-Projekt *Respecting Choices* angelehnt und mit Förderung des BMBF wissenschaftlich positiv evaluiert worden ist und das in Deutschland seit Juli 2015 in einer wachsenden Zahl regionaler BVP-Projekte implementiert wird. Wir hoffen, dass dieser fachwissenschaftlich konsentierter Entwurf die Grundlage entsprechender von GKV und Einrichtungsträgern unterstützten Mustercurricula wird, anhand deren Gesundheitsfachpersonen sich bzw. andere für eine kompetente Gesprächsbegleitung qualifizieren sowie regionale Implementierungen koordinieren werden. Übergreifendes Ziel ist es, dass die Bewohnerinnen der im § 132g genannten Einrichtungen auch im Fall ihrer Nichteinwilligungsfähigkeit eine im ganzheitlichen Sinne bedarfs- und bedürfnisorientierte Behandlung erfahren.

Göttingen / München / Düsseldorf, im Januar 2016

Stellvertretend für die Mitglieder der Task Force Advance Care Planning / Behandlung im Voraus planen:

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck (Sprecher der Task Force; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

Prof. Dr. med. Georg Marckmann (Stellv. Sprecher der Task Force; Akademie für Ethik in der Medizin)

Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt (Schriftführer der Task Force; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin)

Exkurs: Vorbemerkungen zur Entwicklung von Curricula

Warum Curricula?

Ein Curriculum als Instrument zur Qualitätssicherung in der Lehre legt wichtige Kennziffern für die Inhalte, den Umfang, die Umsetzung, Organisation und Rahmenbedingungen des Lernens und Lehrens, aber auch die Kompetenzen der Lehrenden und die Einbettung in übergeordnete Bildungsziele fest und beschreibt die Ziele eines Bildungsangebotes und die mit diesem Angebot verbundenen zu entwickelnden oder auszubauenden Kompetenzen als wichtigste Angaben [1–5].

Damit bietet ein Curriculum einen verbindlichen Ansatz für die Umsetzung gleichartiger Lehrangebote und die Sicherstellung, dass die an verschiedenen Bildungseinrichtungen erworbenen Kompetenzen einander entsprechen und somit die gleichen Bildungsziele verfolgen [4]. Dies stellt für das Projekt BVP sicher, dass eine flächendeckende Umsetzung des Paragraphen 132g SGB V mit gleichbleibender Qualität gewährleistet werden kann.

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)

Der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen bettet sich als ein nationales System zur Einstufung und zum Vergleich von Bildungsabschlüssen und erworbenen Kompetenzen in den europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) ein und stellt somit sicher, dass in Deutschland erworbene Bildungsabschlüsse der beruflichen Bildung und internationale Abschlüsse in einem Referenzsystem miteinander verglichen werden können [6]. Dabei ist prinzipiell auch die Anerkennung informell erworbener Kompetenzen möglich. Die Deskriptoren (beschreibenden Kenngrößen) des deutschen Qualifikationsrahmens gliedern sich auf acht Niveaustufen in die Kompetenzen der Fachkompetenz mit Wissen (Tiefe und Breite) und Fertigkeiten (Instrumentale und systemische Fertigkeiten) auf der einen und personaler Kompetenz mit den Kategorien Sozialkompetenz (Beurteilungsfähigkeit, Team-/Führungsfähigkeit, Mitgestaltung und Kommunikation) sowie Selbständigkeit (Eigenständigkeit/Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz) auf der anderen Seite [6]. Für die Gesundheitsberufe ermöglichen Referenzsysteme wie der Deutsche Qualifikationsrahmen eine Berücksichtigung der im Lebenslangen Lernen erworbenen Kompetenzen, z.B. durch eine BVP-Weiterbildung [7].

Internationale Advance Care Planning - Curricula

Sowohl im allgemeinen Kontext der Gesundheitsversorgung [8] als auch im Speziellen in Bezug auf ACP [12, 13] wird die Bedeutung einer guten inhaltlichen und strukturellen Qualität von Bildungsangeboten betont, die für die Umsetzung des ACP qualifizieren. Die Weiterbildung zur Gesprächsbegleitung entspricht einer komplexen Intervention, bei der es die Anforderungen seitens der zu begleitenden Menschen, der institutionellen Rahmenbedingungen und persönlichen Gegebenheiten der Gesprächsbegleiterinnen selbst zu berücksichtigen gilt [8]. Im deutschsprachigen Raum haben sich das (an das US-amerikanische Respecting Choices angelehnte) BVP-Projekt *beizeiten begleiten* [9–10] sowie das im Schweizer MAPS-Trial verwendete Advance Care Planning-Projekt [11] etabliert (Stand: Dezember 2016), sind diese im angloamerikanischen Sprachraum sowohl inhaltlich als auch umfänglich sehr heterogen gestaltet und werden in verschiedenen Einsatzbereichen genutzt und evaluiert. So konstatiert eine systematische Übersichtsarbeit die sichtbaren Effekte des ACP in der stationären Altenpflege u.a. aufgrund interventionell getesteter Lehrpläne [14], es wird die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der chirurgischen, geriatrischen und onkologischen Versorgung reflektiert [15] oder auf den Nutzen in der

Onkologie für Jugendliche hingewiesen [16]. Diese interventionellen Ansätze basieren – wie auch *beizeiten begleiten* – zumeist auf dem Respecting Choices Programm [17], das seinerseits fortwährend überarbeitet wird.

I: BVP-Gesprächsbegleiterinnen

Hintergrund

Die vorausschauende Planung künftiger Behandlung ermöglicht eine bedürfnisorientierte Auswahl und Umsetzung therapeutischer, pflegerischer und begleitender Angebote in gesundheitlichen Krisensituationen. Um der Entwicklung von Bedürfnissen und Präferenzen für die letzte Lebensphase den nötigen Raum und Halt zu geben, das Reflexionsergebnis präzise und feinfühlig zu erfassen und nicht zuletzt korrekt zu dokumentieren, sind spezifische kommunikative und methodische Kompetenzen vonnöten, die auf einem anwendungsbereiten Wissen zur vorausschauenden Planung der Behandlung aufbauen. Da diese Kompetenzen und Wissensbestände nicht in grundständigen gesundheitsberuflichen Ausbildungsgängen erworben und in Weiterbildungen für Gesundheitsberufe nur zum Teil vermittelt werden, muss eine gezielte und dezidierte Weiterbildung für die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Planung der Behandlung qualifizieren.

Ziele der Weiterbildung

Die Weiterbildung befähigt dazu, in Frage kommenden Personen proaktiv BVP-Gespräche anzubieten und diese im Fall eines Einverständnisses durchzuführen. Zur Zielgruppe zählen laut § 132g SGB V Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen und von Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen sowie deren jeweilige Vertrauenspersonen. Mit Blick auf Menschen mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit werden die BVP-Gesprächsbegleiterinnen befähigt, das Konzept der assistierten Autonomie im Sinne von Entscheidungsassistenz als weitestmögliche Einbeziehung des nicht voll urteilsfähigen Menschen anzuwenden [18]. BVP-Gesprächsbegleiter ermöglichen es der interessierten Person, Behandlungspräferenzen zu entwickeln und in aussagekräftiger und valider Form zu dokumentieren. Dabei beziehen sie Vertrauenspersonen und/oder Bevollmächtigte bzw. Vertreter (im Folgenden gemeinsam als „Vertreter“ bezeichnet) mit ein. Im Falle nicht-einwilligungsfähiger Personen wird das Gespräch mit den Vertretern geführt und bezieht ggf. weitere Personen gezielt ein, die für die Feststellung des mutmaßlichen Behandlungswillens hilfreich sein könnten.

Durch die theoretisch und praktisch erworbenen Kompetenzen kann die dazu qualifizierte Person BVP als aufsuchendes Gesprächsangebot gestalten, als einen zugewandten und am Gegenüber orientierten Gesprächsprozess, der aufgrund seiner inhaltlichen Qualität und Aktualität, ggf. kondensiert durch eine strukturierte Dokumentation im Sinne einer schriftlichen Vorausverfügung, im Krisenfall die konsequente Berücksichtigung der vorausverfügten Wünsche durch das behandelnde Gesundheitsfachpersonal ermöglicht.

Die BVP-Gesprächsbegleitung bedarf einer ausgeprägten Kompetenz der inhaltlichen Erfassung und Strukturierung sowie einer hohen kommunikativen Kompetenz und Moderationsfähigkeit. Die Weiterbildung zur Gesprächsbegleitung befähigt die Teilnehmerinnen zur Koordination und gewissenhaften, fachlich und juristisch korrekten Dokumentation der Gespräche und Vorausplanungen. Relevante Formulare werden zielgerichtet ausgewählt, korrekt vorbereitet und ausgefüllt sowie an wichtige Andere weitergeleitet. Als Teil des interprofessionellen Teams verstehen sich die Teilnehmerinnen zudem als Moderatoren, die bei entsprechenden Bedarfen an weitere kompetente Fachpersonen vermitteln, z.B. Palliativ-Pflegefachkräfte, Ärztinnen oder Seelsorgerinnen.

Das Curriculum qualifiziert die Teilnehmenden an der Weiterbildung zu nichtärztlichen BVP-Gesprächsbegleiterinnen. Zusammenfassend lassen sich die für die BVP-Gesprächsbegleitung

erforderlichen Kompetenzen in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien gliedern, deren Erwerb das Ziel dieser Weiterbildung ist:

1.) Struktur-Kriterien:

- ✓ Die Gesprächsbegleiterin bereitet die BVP-Gespräche eigenständig vor.
- ✓ Die Gesprächsbegleiterin begegnet der Vorausplanenden in einer Haltung der Empathie, Offenheit und forschenden Neugierde. Sie ist geleitet von dem Wunsch und Interesse, der Vorausplanenden dazu zu verhelfen, Missverständnisse, Unsicherheiten und Barrieren der Unkenntnis wie auch der sozialen Erwünschtheit zu überwinden, um so die für sie subjektiv richtigen Therapieziele, Entscheidungen und Festlegungen herauszufinden.
- ✓ Sie setzt die Instrumente der Gesprächsbegleitung sensibel und verantwortungsvoll ein, und sie dokumentiert die Gesprächsergebnisse aussagekräftig und eindeutig.
- ✓ Die Gesprächsbegleiterin gewährleistet die geeignete Ablage und jederzeitige Verfügbarkeit der Dokumente im Bedarfsfall.

2.) Prozess-Kriterien:

- ✓ Die Gesprächsbegleiterin richtet den Gesprächsverlauf vertrauensvoll, sensibel und empathisch am Gegenüber aus und begleitet den Gesprächsprozess ergebnisoffen unter konsequenter Fokussierung und Akzentuierung der im Verlauf erfassten Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen.
- ✓ Die Gesprächsbegleiterin gewährleistet durch eine präzise, für die Vorausplanende gut verständliche Sprache, dass die zu besprechenden Themen und klinischen Szenarien punktgenau umschrieben und für das Gegenüber transparent werden. Sie erreicht auf diese Weise, dass der Vorausplanenden exakt das vor Augen steht, was hinterher in den schriftlichen Unterlagen – aber in Fachsprache – dokumentiert wird.
- ✓ Die Gesprächsbegleiterin ist sensibel für diskrepante oder ambivalente Präferenzen, sie identifiziert und thematisiert Widersprüchlichkeiten sowie fehlende inhaltliche Kongruenzen zu einzelnen Äußerungen im Gesprächsverlauf. Sie öffnet einen geschützten Beziehungsraum, in dem die Vorausplanende sich im Austausch mit der Gesprächsbegleiterin über die für sie richtigen Ziele und Festlegungen klar wird.
- ✓ Die Gesprächsbegleiterin konkretisiert die jeweils an den Bedürfnissen und Wünschen des Gegenübers orientierten individuellen Ergänzungen schriftlich und bindet sie in die Vorausverfügung schlüssig ein.
- ✓ Sie formuliert die Gesprächsergebnisse der Vorausplanung handlungsleitend und adressatengerecht.

3.) Ergebnis-Kriterien:

- ✓ Die Gesprächsbegleiterin dokumentiert die im Gesprächsverlauf verdichteten Äußerungen, Präferenzen und Wünsche auch für am Gespräch nicht beteiligte Personen klar, aussagekräftig und handlungsleitend.
- ✓ Die im Voraus geplanten zukünftigen Behandlungswünsche und -präferenzen sind seitens der Gesprächsbegleiterin so dokumentiert, dass diese die Grundlage für künftige Aktualisierungen darstellen und in ihrer Validität und Aussagekraft im Krisenfall in Verbindung mit Einwilligungsunfähigkeit Beachtung finden können.

Kooperation zwischen nicht-ärztlichen BVP-Gesprächsbegleiterinnen und BVP-zertifizierten (Haus-) Ärztinnen

Zwischen den BVP-Gesprächsbegleiterinnen und den jeweiligen BVP-zertifizierten Haus- oder ggf. anderen behandelnden Ärztinnen besteht eine enge, vertrauensvolle Kooperation. Sollte die Bewohnerin zu medizinischen Aspekten Fragen haben, die die BVP-Gesprächsbegleiterin nicht beantworten kann, so leitet letztere den Gesprächswunsch an die Ärztin weiter. Davon unabhängig soll prinzipiell jede schriftliche Dokumentation des BVP-Gesprächsprozesses (i.e. Vorausverfügung) von der BVP-zertifizierten Haus- oder ggf. anderen behandelnden Ärztin unterschrieben werden, insbesondere der Notfallbogen.

Die ärztliche Unterschrift unter die Vorausverfügung ist zwar nicht Voraussetzung für deren formale Bindungswirkung im Sinne des § 1901a BGB, aber dringend und regelhaft erwünscht im Sinne einer Förderung der allseitigen Akzeptanz bei allen an der Behandlung beteiligten Professionen. Die BVP-zertifizierte (Haus-) Ärztin führt vor der Unterschrift ihrerseits ein Gespräch, soweit sie dies als notwendig erachtet, um sich zu vergewissern, inwieweit die Bewohnerin einwilligungsfähig ist und die Implikationen der getroffenen Festlegungen verstanden hat. Das hierdurch gegebene Vier-Augen-Prinzip dient der Sicherung eines bestmöglichen Qualitätsstandards; bei differenter Einschätzung sollten Gesprächsbegleiterin und Hausärztin erneut und möglichst gemeinsam das Gespräch mit der Bewohnerin suchen.

Zielgruppe, Zugangsvoraussetzungen und Empfehlungen zur Kandidatenauswahl

- (1) **Ärztinnen** mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung im direkten Umgang mit Patientinnen. Ärztinnen sind nicht die primäre Zielgruppe für die Aufgabe der BVP-Gesprächsbegleiterin. Denn nach internationaler Erfahrung mit ACP hat sich eine Arbeitsteilung zwischen nichtärztlichen Gesprächsbegleiterinnen und kooperierenden Ärzten bewährt. Dementsprechend wendet sich § 132g SGB V (Abs. 1 und 2) mit Blick auf die Erbringung der Leistung der Gesprächsbegleitung explizit an zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, die den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten können, und erwähnt die Ärztinnen nur im Sinne der Kooperation. Ungeachtet dessen können selbstverständlich auch Ärztinnen die Qualifikation als BVP-Gesprächsbegleiterinnen erwerben; für die Zulassung zur Fortbildung als BVP-Trainerinnen ist dies ohnehin Voraussetzung.
- (2) **Vertreterinnen nichtärztlicher Gesundheitsberufe** (Gesundheits- und Krankenpflege, Alten- und Kinderkrankenpflege, Psychologie, Sozialpädagogik / Soziale Arbeit, Heilerziehungspflege/-pädagogik u.a.) mit:
 - ✓ Hochschulabschluss auf mindestens Bachelorniveau in einem gesundheitssystem-assoziierten Fach sowie mindestens drei Jahren Berufserfahrung im direkten Umgang mit Patienten, Klienten oder Bewohnern
oder (ersatzweise)
 - ✓ abgeschlossener Berufsausbildung und mindestens drei Jahren Berufserfahrung (wie oben)

Neben dieser formalen Basisqualifikation sind folgende Vorerfahrungen und vorbestehenden Kompetenzen für einen erfolgreichen Abschluss der BVP-Qualifikation dringend empfehlenswert und bei der Auswahl der in Frage kommenden Kandidatinnen durch die jeweilige Vorgesetzte im Interesse der Einrichtung, der betroffenen Person(en) und des Projekterfolgs zu berücksichtigen:

- ✓ Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem mindestens 24 UE umfassenden Kursus „Grundlagen der klientenzentrierten Gesprächsführung (nach Rogers)“ oder eine vergleichbare

Qualifikation, die mit teilnehmer-orientierten Methoden Basiswissen und Kompetenzen insbesondere zu folgenden Themen entwickelt (*Notabene: ist bereits Bestandteil vieler Ausbildungs- und Studiengänge*):

- Empathische Kommunikation
- nicht-direktive Gesprächsführung, offene versus geschlossene Fragen
- Ansprechen tabuisierter Themen
- Provokation von Narrativen
- Feedback nehmen und geben
- Aufgreifen versteckter verbaler und nonverbaler Gesprächsangebote, Wahrnehmung und Aufgreifen von Kanaldiskrepanzen (verbale vs. nonverbale Kommunikation)
- ✓ Eine eigene, durch entsprechende mindestens dreijährige Berufserfahrung erworbene Anschauung in Bezug auf typische Krankheitsbilder und Krisen in den Institutionen gemäß §132g Abs. 1, in denen die Tätigkeit als Gesprächsbegleiterin aufgenommen werden soll
- ✓ Erfahrungen in der klinischen Dokumentation und Kompetenz in der strukturierten und präzise verdichteten Erfassung von Narrativen
- ✓ Nachweislich fortgeschrittene kommunikative Kompetenzen, die in beruflicher Funktion erworben und vertieft wurden, z.B. Moderatoren ethischer Fallbesprechungen, qualifizierte Palliative-Care Fachkräfte, Sterbe-/Trauerbegleiter
- ✓ Selbsterfahrung, speziell: fortgeschrittene Selbstreflexion zu Themen des Lebensendes und zu potenziell lebensverlängernder Behandlung wie auch zu den eigenen diesbezüglichen Werten
- ✓ Sicheres, wertschätzendes Auftreten gegenüber Kollegen und anderen Mitarbeitern
- ✓ Respektvolle Haltung gegenüber verschiedenen (insbesondere: selbst nicht geteilten) Ansichten und Meinungen

Organisation/Umfang/Dauer

Weiterbildung nach dem Blended Learning System (unter Nutzung einer zentralen Online-Plattform) mit insgesamt 112 Unterrichtseinheiten (UE), davon 16 Stunden E-Learning-unterstütztes Selbststudium, 24 Stunden Präsenzlehre (3 Tagesveranstaltungen mit je 8 UE) sowie 72 UE Praxismodul / Übungsphase inklusive des Einzel- und Plenar-Coachings.

Für die Zertifizierung muss abschließend ein zentral durchgeführter, schauspielpatient-gestützter BVP-OSCE (OSCE: Objective Structured Clinical Examination) erfolgreich absolviert werden.

Eine länderspezifische Anerkennung der Weiterbildung als Bildungsmaßnahme gemäß den Gesetzen zur Freistellung von der Arbeit für Maßnahmen der Weiterbildung ist möglich.

Struktur

Die Weiterbildung setzt sich aus 7 Pflichtmodulen zusammen, die Workload (Lernzeit) sowohl die Präsenzveranstaltungen als auch das E-Learning einbezieht (Blended Learning System).

Modulübersicht:

Modul	Unterrichtseinheiten	Überschrift
A	4	BVP als neues Konzept im deutschen Gesundheitssystem
B	8	Spezifische kommunikative Grundlagen der BVP-Gesprächsbegleitung
C	3	BVP-Gesprächsbegleitung: Zeitpunkt, Vorbereitung, Erstkontakt
D	20	Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsbegleitung
E	3	Erfassung, Strukturierung und Dokumentation des BVP-Gesprächsprozesses
F	2	Koordination und interprofessionelle Kommunikation im Rahmen von BVP
Praxis	78	Übungsphase bis zur Zertifizierung
Gesamt	118	bis zur Zulassung zum Zertifizierungs-OSCE

Lehr- und Lernform

Die Lehr- und Lernformen der Präsenzveranstaltungen sind sowohl durch kollektives Lernen (z.B. Lehrvortrag oder Plenumsarbeit) als auch durch individuelle und gruppenbezogene Lernphasen geprägt (z.B. Einzelarbeit, Kleingruppenarbeit, Übungen, Fallbearbeitungen oder Rollenspiele).

Im Selbststudium werden einschlägige Aufsätze und ein BVP-Gesprächsbegleiter-Manual sowie online gestellte Leittexte, Aufgaben und video-gestützte Falldarstellungen (E-Learning) bearbeitet, die Inhalte der Präsenzlehre vorbereiten, darauf aufbauen und diese nachhaltig verfestigen.

Im Rahmen des Praxismoduls werden verschiedene Formen der Selbst- und Fremdrelexion ermöglicht. Der zeitliche Aufwand für die dringend empfohlenen Peer-Interventionen und Trainer-Coachings ist aufgrund der Komplexität der Kompetenzüberprüfung im realen Setting hoch. Die strukturierte Entwicklungsdokumentation im Rahmen der Coaching-Sitzungen hilft dem Trainee, sich gezielt auf die zentrale OSCE-Zertifizierung vorzubereiten. Die Coachings ergänzen die Präsenz-Veranstaltungen durch ein an den Kompetenzen und Bedarfen der Lernenden orientiertes Bildungsangebot.

Peer-Intervention (gegenseitige Hospitation und strukturiertes Feedback in Tandems oder Gruppen) empfehlen sich als ein Mittel, gerade am Anfang die häufig beobachtete Schwellenangst zu senken, mögliche Schwierigkeiten und Hindernisse bei den Gesprächen zu reflektieren, Fragen zu sammeln und gemeinsam an Erfahrungen zu lernen. Der Prozess wird durch Arbeitshilfen und Manuale unterstützt.

Kompetenznachweis und Abschluss mit zentralem, schauspielpatienten-gestützten Zertifizierungs-OSCE („Objective Structured Clinical Examination“)

Vorbemerkung: Lernende, die den Anforderungen der Rolle des BVP-Gesprächsbegleiters in der Eigen- oder Fremdwahrnehmung absehbar nicht gewachsen sein werden, sind von der regionalen BVP-Trainerin möglichst früh zu identifizieren und entsprechend zu beraten. Möglichkeiten der frühen Identifikation durch die Trainerin umfassen die strukturierte Beobachtung im Rahmen von Präsenz-Veranstaltung und Einzel-Coaching, Einzelgespräche sowie einem fakultativen Zwischen-OSCE mit Schauspiel-Patienten (SP) vor Beginn der Praxisphase. Vor Beginn des Praxismoduls geht eine unverbindliche schriftliche Empfehlung der Trainerin an den Trainee wie auch an dessen Vorgesetzte, was die Fortsetzung der Fortbildungsmaßnahme betrifft.

Im Rahmen der Praxis-/ Übungsphase werden mindestens 6 Einzel-Coachings durch eine BVP-Trainerin empfohlen; die Erfahrung zeigt, dass diese Unterstützung regelmäßig erforderlich ist, damit die Kompetenzen für die komplexe Herausforderung der BVP-Gesprächsbegleitung erworben werden. Prinzipiell kommt alternativ zur Anwesenheit der Trainerin während des Gesprächs auch ein video-gestütztes Coaching in Betracht. Es wird empfohlen, die zentrale OSCE-Zertifizierung nur mit Zustimmung der Trainerin (auf Basis einer strukturierten Entwicklungsdokumentation, s. Anlage) in Angriff zu nehmen.

Nach erfolgreichem Abschluss aller Module und dem bestandenen SP-gestützten BVP-OSCE wird ein Zertifikat mit Bestätigung der absolvierten Module und Befähigung zur Gesprächsbegleitung nach § 132g SGB V vergeben.

Um die nachhaltige Qualität der BVP-Prozesse in einer Region zu gewährleisten, ist eine Re-Zertifizierung erstmalig nach 2, dann nach weiteren 3 und anschließend alle 5 Jahre erforderlich. Die Re-Zertifizierung erfolgt ebenfalls durch einen SP-gestützten zentralen OSCE sowie eines Seminars (2 UE) zum Erfahrungsaustausch. Empfohlen wird die Vorbereitung des OSCE mithilfe eines 1:1-Coachings durch eine BVP-Trainerin.

Qualifikation der Lehrenden

Siehe Modellcurriculum III: BVP-Trainerin

Modulkatalog

Modul A: BVP als neues Konzept im deutschen Gesundheitssystem

Dieses Modul gliedert sich in die Unterthemen:

A1: Patientenautonomie – Gemeinsame Entscheidungsfindung – im Voraus entscheiden

A2: Grundlagen BVP: Elemente, Akteure, Befugnisse, regionale Implementierung

Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...

A1: *Patientenautonomie – Gemeinsame Entscheidungsfindung – im Voraus entscheiden*

- ✓ reflektieren die Begriffe Patientenautonomie, Einwilligung nach Aufklärung (Informed Consent) und Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) in Bezug auf deren ethische Relevanz und bisherige Realisierung in der medizinischen Praxis.
- ✓ erklären die Patienten-Selbstbestimmung im Kontext des Konzepts einer relationalen Autonomie, insbesondere im medizinischen Kontext.
- ✓ reflektieren die essenzielle Bedeutung von Befähigung durch qualifizierte Gesprächsprozesse für das Zustandekommen autonomer Entscheidungen, und wenden dies auf die Autonomie der Patientin an.
- ✓ beschreiben Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) als eine Form der Arzt-Patient-Beziehung, die gemäß dem Konzept der relationalen Autonomie eine Befähigung der Patientin zu autonomer Entscheidung ermöglicht.
- ✓ reflektieren Potenzial und Limitationen von BVP für künftige Entscheidungssituationen, insbesondere auch im Zusammenhang mit Patientenautonomie und Gemeinsamer Entscheidungsfindung sowie in Abgrenzung zum konventionellen Konzept der Entstehung von Patientenverfügungen.

A2: *Grundlagen BVP: Elemente, Akteure, Befugnisse, regionale Implementierung*

- ✓ definieren und reflektieren das Konzept Behandlung im Voraus planen (BVP) im Kontext des deutschen Gesundheitssystems und können es allgemeinverständlich weitergeben.
- ✓ grenzen BVP von anderen Formen der Vorausplanung ab, insbesondere von der vorausschauenden Behandlungsplanung für absehbare Verläufe und Ereignisse.
- ✓ benennen die Ziele von BVP und kontextualisieren diese in Bezug auf verschiedene Zielgruppen.

- ✓ beschreiben BVP als Angebot über die gesamte Lebensspanne und definieren ihren Auftrag im Rahmen der Gesprächsbegleitung in den unterschiedlichen Anwendungsorten, namentlich in den Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.
- ✓ erörtern die konkreten Anwendungsorte im deutschen Gesundheitssystem für BVP.
- ✓ beschreiben die jeweiligen juristischen und finanziellen Rahmenbedingungen, die eine Umsetzung von BVP in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens ermöglichen, und können diese allgemeinverständlich wiedergeben.
- ✓ beschreiben die für die regionale Implementierung von BVP erforderlichen neuen Rollen im Gesundheitswesen und deren jeweilige Aufgaben und Herausforderungen.
- ✓ reflektieren den Auftrag der eigenen Rolle und das Maß der Verantwortungsübernahme innerhalb von BVP, auch vor dem Hintergrund der ärztlichen Delegation und möglicher Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen.
- ✓ reflektieren die Chancen und Herausforderungen, aber auch die spezifischen Risiken, Fehlermöglichkeiten sowie die Missbrauchsgefahr auf der Mesoebene (regionale und institutionelle BVP-Implementierung) sowie Mikroebene (BVP-Gesprächsbegleitung).
- ✓ reflektieren die Bedeutung eines gelungenen BVP-Gesprächsprozesses im Sinne von BVP und die Vorteile sowohl für die Betroffenen und ihre Vertrauenspersonen bzw. Vertreterinnen als auch für die zu einem späteren Zeitpunkt potenziell mitbetroffenen Akteure des Gesundheitssystems.

Inhalte

- Patientenautonomie und autonome Entscheidungsfindung durch qualifizierte Befähigung
- Konzept der relationalen Autonomie: Verwirklichung von Autonomie im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehung
- Einverständnis durch Zustimmung (Informed Consent) und Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) als Operationalisierungen der essentiellen Befähigung zu autonomer Entscheidung von Patienten
- Definition und Ziele von BVP und Skizzierung der gemeinsamen Schnittmengen und Abgrenzung von weiteren Angeboten der Vorsorge und Vorausplanung
- Wirkungen, Vorteile, Hürden und Risiken / Missbrauchsgefahr in der Umsetzung von BVP
- Juristische Rahmenbedingungen von Vertretung (Bevollmächtigung / Betreuung), Patientenverfügung und regionaler BVP-Implementierung (§§ 1901-1904 BGB, § 132g SGB V)
- Aufgabenbereiche, ärztliche Delegation, Handlungs- und Entscheidungsautonomie und Durchführungsverantwortung der BVP-Gesprächsbegleiterinnen
- Adressatengerechte Vermittlung des Auftrags von BVP

Organisation

Umfang (UE):

- 2 UE Präsenzlehre
- 2 UE Selbststudium

Lehr- und Lernform/Teilnehmerzahl:

- Präsenzlehre: Seminaristische Gestaltung mit Lehrvortrag und individuellen und gruppenbezogenen Lernphasen, v.a. Plenumsarbeit, Gruppenaufträge und Einzelarbeit; max. 16 Teilnehmerinnen
- Selbststudium: Textstudium und Beantwortung eines Online-Aufgabenformulars

Empfehlung Studenttag:

Studententag 1 sowie Selbststudium

Modul B: Spezifische kommunikative Grundlagen der BVP-Gesprächsbegleitung

Dieses Modul gliedert sich in die Unterthemen:

- B1: Die professionelle Haltung in der BVP-Begleitung
- B2: Ausgewählte Gesprächstechniken in der Anwendung
- B3: Schwierige Gesprächssituationen

Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...

B1: Die professionelle Haltung in der BVP-Begleitung

- ✓ halten es prinzipiell für sinnvoll, dass ihre Gesprächspartner Behandlung im Voraus planen und sich den damit einhergehenden Gefühls- und Abwägungsprozessen stellen, und sind doch im Einzelfall in wertschätzender Weise dafür offen, dass eine Person dieses Gespräch zum gegebenen Zeitpunkt (oder auf absehbare Zeit) nicht wünscht.
- ✓ vertrauen darauf, dass die Vorausplanenden die für sie subjektiv richtigen Therapieziele, Entscheidungen und Festlegungen im Laufe des Gesprächsprozesses herausfinden werden, auch wenn dieses Gesprächsergebnis unter Umständen für die Gesprächsbegleiterin unerwartet und irritierend ausfällt.
- ✓ sind von einem authentischen, tiefen Interesse und einer forschenden Neugierde geleitet, von den Vorausplanenden zu erfahren, was sie in Bezug auf die sensiblen und teilweise tabuisierten BVP-relevanten Themen denken und fühlen und wie sich dies in den konkreten Behandlungsentscheidungen für sie niederschlägt.
- ✓ sind sich ihrer eigenen Werte (bezüglich Leben, Sterben und schwerer Erkrankung) sowie ihrer Bewertungen bestimmter gesundheitlicher Situationen und medizinischer Behandlungsstrategien bewusst.
- ✓ sind sich der hohen Verantwortung bewusst, die mit einer BVP-Gesprächsbegleitung und der daraus erwachsenden Dokumentation individueller Behandlungspräferenzen und -grenzen einhergeht.

B2: Ausgewählte Gesprächstechniken in der Anwendung

- ✓ benennen grundlegende Elemente der verbalen und nonverbalen sowie der nicht-direktiven Kommunikation (in Anlehnung an Rogers).
- ✓ wenden einfache Gesprächstechniken der klientenzentrierten Gesprächsführung sicher an (z.B. WWSZ: warten [Pausen] – wiederholen – spiegeln – zusammenfassen).
- ✓ setzen Gesprächstechniken, die einen Sachverhalt aus verschiedene Perspektiven zu betrachten erlauben (Framing), gezielt ein, um vorschnellen Festlegungen entgegenzuwirken.
- ✓ überprüfen geäußerte Wünsche und Präferenzen auf ihre interne Konsistenz, Robustheit und Tragfähigkeit, indem sie dem Vorausplanenden ermöglichen, Chancen und Risiken dieser Festlegungen zu reflektieren, und alternativ nahe benachbarte, aber diskret verschiedene Festlegungen in Erwägung zu ziehen.
- ✓ identifizieren suggestive oder manipulative Gesprächselemente und reflektieren mögliche Wege und die Bedeutung ihrer Vermeidung.
- ✓ wenden Fragetechniken zur Exploration (z.B. W-Fragen) gezielt an, um das Verständnis und die Präferenzen der Vorausplanenden ergebnisoffen zu eruieren.
- ✓ eröffnen ihrer Gesprächspartnerin Räume der Reflexion, indem sie diese durch Pausen, narrative Stimuli sowie W-Fragen ermutigen, kurze, plakative oder affirmative Antworten zu vertiefen und sich den eigenen Wünschen und Intentionen dabei anzunähern.
- ✓ thematisieren ggf. wertneutral und ergebnisoffen Konsistenz- oder Kongruenzlücken zwischen Äußerungen an verschiedenen Stellen zur selben (Behandlungs-) Frage mit dem Ziel, dem Vorausplanenden eine für ihn bestmöglich stimmige, gründlich durchdachte, konsistente und somit tragfähige Vorausplanung zu ermöglichen.

- ✓ geben dem Vorausplanenden Gelegenheit, durch ausdauernd wiederholte Rückfragen und narrative Stimuli über kritische Festlegungen vertieft nachzudenken, sich von vordergründigen, raschen oder einer (vermeintlichen) sozialen Erwünschtheit folgenden Antworten zu lösen und so sukzessive zur tatsächlichen, authentischen Vorausplanungsintention vorzudringen, die der weiteren Überprüfung oder Herausforderung standhält.
- ✓ wählen aus verschiedenen Gesprächstechniken der klientenzentrierten Gesprächsführung die Passenden aus, um ein abwechslungsreiches Gesprächsangebot zu unterbreiten, welches den Vorausplanenden dabei unterstützt, die notwendige Tiefe der Reflexion zu erreichen.
- ✓ kommunizieren verständlich, indem sie auf medizinische Fachbegriffe möglichst verzichten bzw. diese erläutern.
- ✓ strukturieren und begleiten das Gespräch ergebnisorientiert.

B3: *Schwierige Gesprächssituationen*

- ✓ identifizieren spezifische Herausforderungen und Limitationen in der Gesprächsführung, z.B.
 - bei chronisch (progredient) eingeschränkt einwilligungsfähigen Vorausplanenden aufgrund von geistigen Behinderungen, dementiellen Syndromen oder sonstigen kognitiven Einschränkungen, und leiten daraus mit Unterstützung der Alltagsbetreuer geeignete kommunikative Strategien (z.B. leicht verständliche, bildreiche Sprache) ab, um den Vorausplanenden soweit wie möglich eine (assistierte) Entscheidung oder aber eine Beteiligung an der Entscheidung zu ermöglichen;
 - bei akut fraglich einwilligungsfähigen Vorausplanenden aufgrund von psychischen Belastungen oder psychiatrischen Erkrankungen, und ziehen in solchen Fällen den kooperierenden Haus- oder sonstigen behandelnden Arzt hinzu;
 - bei Vorliegen spezieller Erkrankungen mit schicksalhaft fortschreitendem Verlauf (wie z.B. ALS, Chorea Huntington oder Hirntumoren), bei denen bestimmte Verläufe absehbar sind und die eine konkrete, emotional u.U. belastende Vorausplanung nahelegen.
- ✓ überprüfen die Kongruenz zwischen verschiedenen Äußerungen und sprechen ihre Gesprächspartner wertschätzend und offen rückfragend auf wahrgenommene Inkongruenzen oder Unsicherheiten an.
- ✓ nehmen emotionale Belastungen bei Vorausplanenden und / oder ihren Vertrauenspersonen oder Spannungen zwischen den an einem BVP-Gespräch beteiligten Personen wahr und sprechen diese Belastungen / Spannungen offen an oder ziehen geeignete Unterstützer hinzu.
- ✓ nehmen eigene Fehler in der Gesprächsführung sowie unbeabsichtigte Fehlentwicklungen im Gesprächsverlauf wahr und verfügen über Strategien und Techniken, mittels derer dies zu kompensieren bzw. korrigieren ist.

Inhalte

- Innere Haltung der Gesprächsbegleiterin: Empathie, Offenheit, Interesse, forschende Neugierde
- Klientenzentrierte Gesprächsführung: grundlegende und erweiterte (BVP-spezifische) Gesprächselemente und -techniken, Charakteristika sowie Vor- und Nachteile non-direktiver versus direkter Gesprächsstile
- Gespräche abwechslungsreich gestalten und Perspektivenwechsel ermöglichen
- Manipulative / suggestive Gesprächstechniken sowie bewohner-seitige Suggestionseinladungen identifizieren, ihnen vorbeugen sowie entgegensteuern
- Identifikation und Kompensation von Fehlern in der Gesprächsführung
- Allgemeine Empfehlungen zur Gestaltung von Gesprächen mit unterschiedlichen Zielgruppen, z.B. Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen, geriatrisch multimorbide Patientinnen, Menschen mit Behinderungen, Kinder und ihre Eltern, psychiatrisch Erkrankte und deren Vertrauenspersonen bzw. Vertreterinnen

Organisation

Umfang (UE):

- 6 UE Präsenzlehre
- 2 UE Selbststudium

Lehr- und Lernform/Teilnehmerzahl:

- Präsenzlehre: Seminaristische Gestaltung mit Lehrvortrag im Wechsel mit individuellen sowie gruppenbezogenen Lernphasen, insbesondere Rollenspiel (untereinander oder mit Schauspielpatienten) in Kleingruppen von 4 Personen
- Selbststudium: Bearbeitung von Lehrtexten, in E-Learning-Konzepten verknüpft mit Beobachtungsauftrag für kommunikative Prozesse (z.B. Analyse aufgezeichneter Gesprächssequenzen, Bearbeitung von Negativ- und Positiv-Beispielen)
- max. 16 Teilnehmerinnen (Plenum), mindestens 1 Ko-Tutorin auf 8 Teilnehmerinnen (Kleingruppen)

Empfehlung Studententag:

1.-3.

Modul C: Zielgruppen, Zeitpunkt, Vorbereitung, Steuerung, Einstieg und Abschluss der BVP-Gesprächsbegleitung

Dieses Modul gliedert sich in die Unterthemen:

- C1: Zielgruppen für BVP
- C2: Zeitpunkt, Kontaktaufnahme und Vorbereitung
- C3: Gesprächssteuerung, Gestaltung des Gesprächseinstiegs und des Gesprächsabschlusses

Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...

C1: Zielgruppen für BVP

- ✓ benennen Zielgruppen für BVP in der Bevölkerung und deren gruppenspezifisch unterschiedliche Erfahrungskontexte sowie Bedürfnisse.
- ✓ benennen das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der BVP-Gesprächsbegleitung in Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit, dass eine gesundheitliche Krise eintritt, und von der Bedeutung, die eine Vorausplanung ggf. für die Einzelne entfalten kann.
- ✓ benennen die in § 132g SGB V benannten Zielgruppen und erörtern die darin liegende Einschränkung.
- ✓ benennen Gründe für eine institutionelle Regelung, die ein aufsuchendes BVP-Gesprächsangebot für alle Zugehörigen der Institution (ohne Ansehen der Person) vorsieht.
- ✓ identifizieren daneben inner-institutionell Personen und deren Vertrauenspersonen oder Vertreter, die von einer Gesprächsbegleitung in besonderem Maße profitieren können.

C2: Zeitpunkt, Kontaktaufnahme und Vorbereitung der BVP-Gesprächsbegleitung

- ✓ konkretisieren Zeitpunkte oder Situationen, in denen Personen unter Umständen nicht von einer Gesprächsbegleitung profitieren, und diskutieren, zu welchem Zeitpunkt / zu welchen Zeitpunkten ein generelles Gesprächsangebot in einer Institution sinnvoll erscheint.
- ✓ kalkulieren Gesprächszeiten und Zeiten für die Vor- und Nachbereitung der Gespräche mit angemessenen Zeitkorridoren ein.
- ✓ benennen Möglichkeiten für den Erstkontakt zum Thema BVP durch verschiedene Mitglieder der Institution sowie durch Aushändigung geeigneter Printmaterialien.

- ✓ demonstrieren das freilassende Angebot eines BVP-Gesprächs, die diesbezügliche Aufklärung über Gründe, Nutzen und Freiwilligkeit dieses Angebots sowie einen angemessenen Umgang mit Ablehnung des Gesprächsangebots.
- ✓ sprechen Personen und ggf. deren Vertrauenspersonen gezielt mit einer wertschätzenden und weiterhin ergebnisoffenen Haltung an und vereinbaren ggf. einen Gesprächstermin.
- ✓ bereiten eine Gesprächsbegleitung mit geeigneten Unterlagen zur Information, Veranschaulichung / Entscheidungshilfe und Dokumentation vor und erkundigen sich mit Einwilligung der Vorausplanenden ggf. über den gesundheitlichen Zustand sowie aktuelle und chronische Erkrankungen, welche für das Gespräch relevant sein könnten.
- ✓ schaffen ein situationsadaptiertes, geschütztes Setting für das BVP-Gespräch unter Beachtung der individuellen Bedürfnisse der Vorausplanenden und ihrer Vertrauenspersonen.
- ✓ schaffen einen angemessenen (Nähe und Distanz) und vertrauensvollen Rahmen für das Gespräch, nicht zuletzt durch die eigene ergebnisoffene, respektvolle innere Einstellung des Gesprächsbegleiters sowie durch das Zulassen einer empathisch-vertrauensvollen Beziehung mit der Vorausplanenden und ggf. ihrer Vertrauenspersonen.

C3: Steuerung des BVP-Gesprächs, Gestaltung des Gesprächseinstiegs und des Gesprächsabschlusses

- ✓ skizzieren mögliche Verläufe einer Gesprächsbegleitung und benennen Maßnahmen der moderierenden Steuerung.
- ✓ demonstrieren die Eröffnung des BVP-Gesprächs und dabei das Erreichen eines allseitigen Verständnisses des Gesprächsgegenstands.
- ✓ demonstrieren eine adressatengerechte Formulierung der Ziele der Gesprächsbegleitung, eruieren die diesbezüglichen Bedürfnisse und Wünsche der Gesprächspartner und beachten diese im Gesprächsverlauf.
- ✓ steuern das Gespräch durch seine einzelnen Abschnitte, so dass einerseits ausreichend Zeit für die ungestörte Entwicklung von Gedanken und Präferenzen besteht, andererseits Umwege und Nebenschauplätze vermieden werden bzw. bei Abschweifung des Gesprächs in wertschätzender Weise konsequent refokussiert wird.
- ✓ verdichten die von den Gesprächspartnern geäußerten Wünsche, Präferenzen und Bedenken zu konkreten, klinisch relevanten Behandlungszielen bzw. -grenzen und legen diese Verdichtungen den Gesprächspartnern wiederum zur Überprüfung vor.
- ✓ formulieren präzise, jedoch verständliche und kurze Einstiege für verschiedene Behandlungsszenarien adressatengerecht und nutzen sie gezielt zur thematischen Fokussierung auf die relevanten validen vorzuplanenden Behandlungsereignisse.
- ✓ erkennen oder erfragen rechtzeitig die Grenzen der psychischen und / oder physischen Belastbarkeit ihrer Gesprächspartnerinnen und vereinbaren eine Gesprächsfortsetzung zu einem späteren Zeitpunkt, wo dies erforderlich scheint.
- ✓ demonstrieren einen situativ stimmigen Abschluss des Gesprächs mit Zusammenfassung von BVP-relevanten Gesprächsinhalten und abschließender Formulierung von BVP-Zielen.
- ✓ verweisen abschließend auf die Potenziale einer Wiederaufnahme des Gesprächs zu einem späteren Zeitpunkt und benennen explizit die Situationen, die zu einer Aktualisierung der Verfügung führen sollten (z.B. Krankenhausaufenthalte, schwere Erkrankungen, Verlust nahestehender Personen oder andere markante Lebensereignisse sowie das Verstreichen von 2 bis max. 5 Jahren).

Inhalte

- Ein- und Ausschlusskriterien von BVP
- Gestaltung des Erstkontaktes: Rahmenbedingungen und Herangehensweise
- Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung der Gesprächsbegleitung
- Vorbereitung der Dokumentationsunterlagen für die Gesprächsbegleitung

- Zeitmanagement
- Adressatengerechte Vermittlung der Ziele von BVP-Gesprächen, sichere thematische Fokussierung zu Beginn und wo nötig wiederholt im Gesprächsverlauf
- Sichere Überleitung zwischen den thematischen Abschnitten des BVP-Gesprächs
- Balance von Nähe und Distanz in empathie-getragenen, vertrauensvollen und gleichzeitig professionellen Gesprächen

Organisation

Umfang (UE):

- 2 UE Präsenzlehre
- 1 UE Selbststudium

Lehr- und Lernform/Teilnehmerzahl:

- Präsenzlehre: Seminaristische Gestaltung mit Lehrvortrag und individuellen und gruppenbezogenen Lernphasen (v.a. Rollenspiel in Kleingruppen von 4 Personen)
- Selbststudium: Fallbearbeitung (Einschlusskriterien, Szenarien von BVP-Gesprächen), Erstellen einer exemplarischen Planung für BVP (Fokus: Zeitmanagement)
- max. 16 Teilnehmerinnen (Plenum), mindestens 1 Ko-Tutorin auf 8 Teilnehmerinnen (Kleingruppen)

Empfehlung Studientag:

1. Studientag

Modul D: Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsbegleitung

Dieses Modul gliedert sich in die Unterthemen:

- D0 Einstellungen zum (Weiter-) Leben, zum Sterben und zu schwerer Erkrankung
- D1 Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien
- D1a *Akute Krisensituation*
- D1b *Stationäre Behandlung bei schwerer akuter Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit und ungewissem Ausgang*
- D1c *Permanente Entscheidungsunfähigkeit*
- D2 Persönliche Hinweise, Bedürfnisse und Wünsche
- DX Auswahl, Benennung und Befähigung einer Vertreterin in Gesundheitsfragen
- DY Besonderheiten der BVP-Gesprächsbegleitung mit der Vertreterin bei dauerhaft nicht-einwilligungsfähiger Person

Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...

D0 – DY: *Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsbegleitung*

- ✓ benennen die Charakteristika und Implikationen einzelner Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsbegleitung.
- ✓ eruieren für jedes der Themen achtsam Vorwissen und Wünsche / Intentionen des Vorausplanenden, um daran anknüpfen zu können.
- ✓ geben dem Vorausplanenden korrekt und verständlich planungsrelevante Informationen und können im Bedarfsfall auf weiterführende Informationsquellen zurückgreifen.
- ✓ gehen auf individuelle Lebens- und Krankheitsverläufe bei bereits bestehenden chronischen Erkrankungen ein und holen ggf. Rat vom behandelnden (Haus-) Arzt ein, um individuelle Planungsschwerpunkte empfehlen und gestalten zu können.

- ✓ holen sich fachlichen Rat bei Unsicherheiten oder weitergehenden Bedürfnissen der Vorausplanenden, z.B. in pflegerischen, medizinischen, psychosozialen oder seelsorgerischen Belangen.
- ✓ demonstrieren das Führen eines BVP-Gesprächs
 - unter Beachtung der in Modul B beschriebenen Haltung sowie Elemente und Techniken der Gesprächsführung mit dem Ziel der Erarbeitung eines vertieften Verständnisses der Präferenzen der vorausplanenden Person;
 - unter Beachtung der in Modul C beschriebenen Grundsätze für Gesprächseröffnung, Gesprächssteuerung und Gesprächsabschluss sowie eines angemessenen Zeitmanagements;
 - mit sukzessiver Berücksichtigung und konsequenter Bearbeitung der hier (in Modul D) beschriebenen Themen;
 - mit angemessener, die Unterschiede stets deutlich kenntlich machender Überleitung zwischen den verschiedenen Themen, so dass die Vorausplanende sich im Gespräch stets sicher verortet weiß;
 - durch präzise, bildhafte Schilderungen der verschiedenen Krankheitsszenarien und der dann gegebenen Behandlungsoptionen, welche der Vorausplanenden den Weg zu einem tieferen Verständnis sowie den dafür entscheidungsrelevanten eigenen Vorstellungen und Bewertungen ebnet;
 - durch sorgfältige Beachtung und Unterstützung anwesender Vertrauenspersonen sowie Würdigung auch ihrer informationellen und emotionalen Bedürfnisse, so dass sie die Präferenzen des Vorausplanenden schlussendlich verstehen, respektieren und vertreten können.

D0: Einstellungen zum (Weiter-) Leben, zum Sterben und zu schwerer Erkrankung

- ✓ reflektieren und begreifen die fundamentale Bedeutung des ersten Gesprächsabschnitts (D0) für die Validität des gesamten Gesprächsprozesses und der resultierenden schriftlichen Vorausplanung.
- ✓ eruieren (in einem geschützten, von Offenheit und Respekt getragenen Gesprächsraum und unter Beachtung der in Modul B beschriebenen Haltung sowie Gesprächselementen und -techniken) Lebensfreude, Lebenswunsch und Lebenswillen, aber auch Lebenssattheit und die Bereitschaft oder den Wunsch zu sterben sowie den Stellenwert, der medizinischer Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung prinzipiell beigemessen wird, sowie ggf. Umstände, unter denen die Vorausplanende eine Therapiezieländerung hin zur Palliation bevorzugen würde.
- ✓ verstehen und verwenden die in diesem Gesprächsabschnitt erarbeiteten individuellen Einstellungen als Maß und Bezugspunkt für die konkreten Festlegungen bei der Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien (D1).
- ✓ sind dementsprechend in der Lage, während des gesamten Gesprächsverlaufs immer wieder auf die hier eruierte Orientierung zu rekurrieren sowie bei Inkonsistenzen / Inkongruenzen hierher zurückzukehren und der Vorausplanenden Gelegenheit zu geben, die Artikulation ihrer Einstellungen zu readjustieren.

D1a-D1c: Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien

- ✓ kennen die basalen medizinischen Hintergrundinformationen, die für eine kompetente BVP-Gesprächsbegleitung für die Erörterung der gegebenen Behandlungsalternativen bei den genannten Krankheitsszenarien erforderlich sind.
- ✓ entwickeln in sicherer Kenntnis des Formulartextes die Szenarien und möglichen Handlungsoptionen in freier, leicht verständlicher und bildlich-anschaulicher Rede sowie mit individuellem, logischem Anschluss an bereits geäußerte allgemeine Einstellungen und konkrete Präferenzen.

- ✓ eruieren die individuellen bzw. geäußerten / mutmaßlichen Behandlungspräferenzen der Vorausplanenden bei akuter schwerer Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit, indem präzise definierte günstige versus ungünstige Verläufe sowie die jeweils korrespondierenden Risiken und Chancen verständlich und fachlich korrekt erörtert werden.
- ✓ achten darauf (unter Verwendung der in Modul B dargestellten Gesprächselemente und -techniken), dass die Möglichkeiten der modernen Intensiv- und Notfalltherapie im Krisenfall nicht angstgeleitet problematisiert, sondern sachlich gewürdigt und dass auch kleine Chancen der Lebensrettung und -verlängerung bei gegebener Indikation nicht leichtfertig ausgeschlagen, sondern sorgfältig erwogen werden.
- ✓ eröffnen für jedes Szenario auch die alternative Option eines palliativen Therapieziels (bei Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen) und erläutern die Möglichkeiten, ggf. durch schnelle palliativmedizinische Hilfe sowie im Verlauf durch umfassende Hospiz- und Palliativbetreuung die für das Szenario typischen Symptome zu lindern und den dann möglicherweise relevanten Bedürfnissen gerecht zu werden.
- ✓ achten vor jeder konkreten Festlegung darauf, dass Kongruenz mit dem im Modul D0 abgebildeten Gesprächsabschnitt persönlichen Einstellungen besteht und dass die Vorausplanenden Gelegenheit hatten, sich mit ähnlichen (auf dem Formular benachbarten), aber zur einen oder anderen Seite hin diskret abweichenden Festlegungen auseinanderzusetzen, bis eine subjektive Sicherheit bei genau dieser Festlegung erkennbar ist.
- ✓ empfehlen bei verbleibender Restunsicherheit der Vorausplanenden, sobald ob eine bestimmte Option der Lebensverlängerung ausgeschlossen werden soll oder nicht, die Option vorerst zu belassen und es für diesen Zeitpunkt ggf. bei der Festlegung solcher Behandlungsgrenzen zu belassen, bei welchen die Vorausplanende sich sicher ist.

D2: Persönliche Hinweise, Bedürfnisse und Wünsche

- ✓ eröffnen den Vorausplanenden den Raum, persönliche pflegerische, psycho-soziale, spirituelle / religiöse und / oder kulturelle Belange anzusprechen, diesbezügliche Wünsche für künftige Szenarien der Nichteinwilligungsfähigkeit zu äußern und entsprechende Präferenzen und Festlegungen zu dokumentieren;
- ✓ ziehen für eine Vertiefung andere in der Institution verfügbare und einschlägig kompetente Fachpersonen hinzu (z.B. Palliativpflegekräfte, Sozialer Dienst oder Seelsorger), wenn sie sich diesbezüglich unsicher fühlen oder die Vorausplanenden einen entsprechenden Wunsch erkennen lassen.

DX: Auswahl, Benennung und Befähigung eines Vertreters in Gesundheitsfragen

- ✓ erläutern den Vorausplanenden den Unterschied zwischen Bevollmächtigung, Betreuungsvollmacht und gesetzlicher Betreuung und geben ihnen die Möglichkeit (ohne rechtlich zu beraten), eine entsprechende schriftliche Festlegung zu treffen.
- ✓ unterstützen die Vorausplanende ggf. adäquat und anhand einschlägiger Kriterien bei der Auswahl eines Bevollmächtigten in Gesundheitsfragen.
- ✓ zeigen ggf. anwesenden Bevollmächtigten bzw. Betreuerinnen ihre Aufgaben und Handlungsspielräume im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorge auf und befähigen sie zur Übernahme dieser verantwortungsvollen Position, u.a. durch aktive Ansprache und Einbeziehung in das BVP-Gespräch.
- ✓ erfassen durch das Gespräch ausgelöste emotionale Regungen der teilnehmenden Vertrauensperson(en) und geben ihnen durch gezielte Ansprache Raum.
- ✓ fördern durch geeignete Fragen und narrative Stimuli sowie eigene Zurückhaltung das Zwiegespräch und den Austausch zwischen der Vorausplanenden und den teilnehmenden Vertrauenspersonen.

- ✓ nehmen Hinweise auf Unstimmigkeiten zwischen der Vorausplanenden und den anderen Gesprächsteilnehmerinnen wahr und sprechen sie an.
- ✓ vermitteln bei Unstimmigkeiten bezüglich der Behandlungsentscheidungen zwischen den Vorausplanenden sowie deren Vertrauenspersonen und ggf. Vertretern und benennen dafür geeignete Gesprächs- und Moderationstechniken.

DY: *Besonderheiten der BVP-Gesprächsbegleitung mit dem Vertreter bei dauerhaft nicht-einwilligungsfähiger Person*

- ✓ identifizieren die besondere Verantwortung, die eine Vorausplanung gemäß dem mündlich geäußerten oder mutmaßlichen Willen der betroffenen Person mit sich bringt, und gestalten ihre Gesprächsbegleitung von Vertretern in diesem Bewusstsein.
- ✓ unterscheiden eine Vorausplanung durch die Vertreterin gemäß dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Person, die in (Not-) Fällen zum Tragen kommen soll, in welchen die Vertreterin nicht (rechtzeitig) kontaktiert oder erreicht werden kann (z.B. Reanimationsversuch bei unerwartetem Herzstillstand), von einer Vorausplanung elektiver Entscheidungen, die der künftigen aktuellen Entscheidung der Vertreterin nicht vorgreift, sondern dazu dient, ausreichend Zeit für eine gründliche Sammlung von Hinweisen auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu gewinnen und die Vertreterin auf mögliche fachlich und / oder emotional herausfordernde Entscheidungen vorzubereiten (z.B. Anlage einer PEG-Sonde bei progredienter demenziell bedingter Schluckstörung).
- ✓ machen der Vertreterin klar verständlich, dass es bei dieser Vorausplanung (ebenso wie bei aktuellen Behandlungsentscheidungen des Vertreters) nicht darum geht, die Bewertungen und Entscheidungen der Vertreterin festzuhalten, sondern darum, die mutmaßlichen Wünsche und Präferenzen der betroffenen Person bestmöglich herauszufinden und zu dokumentieren.
- ✓ kennen und vermitteln das Konzept des „natürlichen Willens“, nach dem aktuelle non-verbale Äußerungen der betroffenen Person unter Umständen in die Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens durch die Vertreterin einfließen kann.
- ✓ vernetzen die Vertreterin mit den Personen (ggf. Fachkräften), die die betroffene, nicht einwilligungsfähige Person am besten kennen (meist durch die tägliche Pflege), und moderieren einen Austausch zwischen ihnen, der umso essenzieller ist, je weniger Hinweise auf den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person bekannt sind.
- ✓ reagieren bei Fehlen jeglicher Hinweise auf den mutmaßlichen Patientenwillen mit einer differenzierten Abwägung von Chancen und Risiken medizinischer Interventionen im Fall des vorauszuplanenden Szenarios einerseits und der Einschätzung von Lebensqualität und Lebenswillen durch Dritte (Best Interest Standard) sowie dem (bei jeglichem Zweifel ausschlaggebenden) grundrechtlich gewährleisteten Lebensschutz andererseits und lassen dieses Wissen in ihre BVP-Gesprächsbegleitung einfließen.

Inhalte

Allgemeine Inhalte:

- Sichere Beherrschung der Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsführung und Gesprächsführung ohne rückversichernde Anlehnung an die BVP-Formulare oder andere Printmaterialien
- Bedeutung der persönlichen Einstellungen zu (Weiter-)Leben, Sterben und generellem Auftrag der Medizin bei lebensbedrohlicher Erkrankung als Maßstab und Orientierung für die anschließende konkrete Festlegung der verschiedenen Krankheitsszenarien
- Prinzip des sorgfältigen, kleinschrittigen Herausarbeitens etwaiger individueller Behandlungsgrenzen für jeden einzelnen Gesprächsabschnitt (Modul D1-2), stets ausgehend von den persönlichen Einstellungen (Modul D0), durch ein stetes Abwägen der gegebenen Behandlungsoptionen (mit Belastungen und Chancen) und ihrer jeweiligen Risiken und Chancen, die jeweils den nächsten Schritt einer Eskalation oder Deeskalation markieren

- Kenntnisse über die Abgrenzung Bevollmächtigung – Betreuungsvollmacht – gesetzlicher Betreuer
- Mögliche Kriterien für die Auswahl eines geeigneten Bevollmächtigten; Lösungsstrategien für diesbezügliche Konflikte zwischen den verschiedenen Beteiligten
- Förderung der Perspektivenübernahme durch Vertrauenspersonen und Vertreterinnen der Vorausplanenden

Spezifische Inhalte:

- Angemessene Akzentuierung des ersten Gesprächsabschnitts (D0) zur allgemeinen Klärung des Behandlungsziels unter aktuellen und evtl. künftigen Bedingungen zur Herstellung einer belastbaren Basis für die konkreten Detailfestlegungen im weiteren Gesprächsverlauf;
- Erarbeitung konkreter, anschaulich gemachter medizinischer Szenarien mit dem Vorausplanenden, wobei an das Vorwissen anzuschließen und Vorbehalte durch Erfahrungen, wenn möglich durch gezielte Informationen aufzuklären sind;
- Stetig parallel laufende Kongruenz- und Konsistenzprüfung unter Berücksichtigung anderer Äußerungen, insbesondere zu den Persönlichen Einstellungen;
- Formale Stellung des ärztlich mitverantworteten Notfallbogens zur Vorausplanung zwischen Patientenverfügung (Unterschrift der Vorausplanenden) und ärztlicher Anordnung (Unterschrift z.B. der Hausärztin)
- Fachlich korrekte Informationen in personenadaptierter Sprache zu den jeweiligen Themen und Unterthemen (Krankheitsszenarien);
- Ein gewisses hierfür erforderliches medizinisches Basiswissen ist Voraussetzung und wird im Rahmen des Workshops für die spezifischen Belange von BVP geschärft:
 - *D1a: Akute Krisensituation*
 - Prognostische Stufen der vorauszuplanenden Behandlungsoptionen im Notfall
 - Basiswissen zum Wiederbelebungsversuch (Reanimationsversuch) bei Herzstillstand, inklusive der empirischen außerklinischen Erfolgswahrscheinlichkeiten, alternativ dazu das Zulassen und die palliative Begleitung bei Herzstillstand mit der akzeptierten Folge des in wenigen Minuten eintretenden Todes
 - Basiswissen zur invasiven Beatmung im Notfall (in Abgrenzung einerseits von der nicht-invasiven Beatmung als einer intensivmedizinischen Maßnahme mit besserer Prognose und geringerer Komplikationsrate, und andererseits von palliativmedizinischen Möglichkeiten der Linderung von Atemnot)
 - Basiswissen für die Abgrenzung von Behandlungsmöglichkeiten auf der Intensivstation versus Normalstation anhand anschaulicher klinischer Beispiele
 - Basiswissen für die Abgrenzung von Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Settings vs. Normalstation anhand anschaulicher klinischer Beispiele
 - Basiswissen über Möglichkeiten der lindernden (palliativen) Behandlung und ggf. Sterbebegleitung im akuten gesundheitlichen Krisenfall als Alternative zur Behandlung mit dem Therapieziel der Lebensverlängerung
 - *D1b: Stationäre Behandlung bei schwerer akuter Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit und ungewissem Ausgang*
 - Basiswissen über intensivmedizinische Verläufe sowie die mit zunehmender Behandlungsdauer und Komplikationen sich verschlechternde Prognose sowohl hinsichtlich des Überlebens als auch des funktionalen Behandlungsergebnisses;
 - Basiswissen über Symptomatik, mögliche Verläufe und prognostische Faktoren bei schwerem Schlaganfall sowie lebensrettende versus palliativmedizinische Behandlungsoptionen in der Akutphase;
 - Basiswissen zur Prognosestellung in der Medizin sowie die Aussagekraft von Prognosen, also empirischer Erkenntnisse, für individuelle Verläufe;

- Effektive Vorausplanungsmöglichkeiten durch Festlegung konkreter Behandlungsgrenzen bei einer als nicht mehr akzeptabel bewerteten Konstellation von unerwünschtem Behandlungsergebnis und seiner Eintrittswahrscheinlichkeit.
- Basiswissen zu Möglichkeiten palliativer Betreuung für den Fall, dass eine Therapiezieländerung in Richtung Palliation unter gewissen Umständen erwogen wird
- *D1c: Permanente Entscheidungsunfähigkeit*
 - Auswahl eines zielgruppen- bzw. personen-adäquaten Szenarios (z.B. permanentes Syndrom reaktionsloser Wachheit nach Schädel-Hirn-Trauma oder Gehirnblutung bei jüngeren Menschen versus schwerer Demenzverlauf bei älteren Menschen);
 - Verschiedene mögliche Verläufe, emotionale Rezeptionen und Bewertungsmöglichkeiten von Zuständen kognitiver Einschränkungen und deren Erarbeitung mit der Vorausplanenden
 - Option einer Stärkung des Bevollmächtigten für den Fall einer gesundheitlichen Krisensituation bei dauerhafter Entscheidungsunfähigkeit in Abhängigkeit von dessen aktuellem Erleben von Lebenswunsch und Lebenswillen der betroffenen Person
 - Alternativen der Hospiz- und Palliativbetreuung für den Fall, dass unter bestimmten Umständen bei Eintritt einer gesundheitlichen Komplikation eine (weitere) lebensverlängernde Therapie nicht gewünscht wird
 - Medizinisches Basiswissen zur Schluckstörung bei dauerhafter Entscheidungsunfähigkeit und der dann gegebenen Behandlungsoptionen in Abhängigkeit vom Therapieziel
 - Medizinisches Basiswissen zu Dialyse versus palliativer Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz
- Ermöglichung der Festlegung von persönlichen Hinweisen und Wünschen bezüglich der Begleitung und Versorgung in gesundheitlichen Krisensituationen und am Lebensende, z.B. pflegerische Wünsche, Schamgrenzen, Lieblingsmusik, -essen, -menschen, spirituelle / religiöse Rituale und Beistand, Sterbeort (D2)
- Verschiedene Möglichkeiten der Vertretung (Bevollmächtigung, Betreuungsverfügung, gesetzliche Betreuung) sowie deren Aufgabenbereiche (DX)
- Kriterien für die Auswahl von Bevollmächtigten im Gesundheitsbereich (DX):
 - Vertrauensverhältnis
 - Bereitschaft, dem Willen der vorausplanenden Person zur Durchsetzung zu verhelfen, ggf. auch unter Zurückstellung eigener divergierender Auffassungen
 - Emotionale Stabilität
 - Durchsetzungsvermögen gegenüber Autoritätspersonen
 - Zeitliche Ressourcen und räumliche Nähe, Bereitschaft des Betreffenden
- Gesetzlicher und ethischer Rahmen einer Vorausplanung durch die Vertreterin gemäß dem mutmaßlichen Willen nicht-einwilligungsfähiger Personen (DY):
 - Klarstellung, dass nicht Einschätzung und Wille der Vertreterin, sondern der nach bestem Wissen und Gewissen rekonstruierte mutmaßliche Wille der dauerhaft nicht-einwilligungsfähigen Person Basis jeglicher Vorausplanung sein muss
 - Kritische Würdigung des Konzepts des natürlichen Willens als mögliche Quelle für die Eruierung des mutmaßlichen Willens
 - Sorgfältiges Eruieren von Hinweisen auf den mutmaßlichen Willen, ggf. unter Einbeziehung in Frage kommender Vertrauenspersonen,
 - Insbesondere bei Fehlen von Hinweisen auf den mutmaßlichen Willen Einbeziehung von Mitgliedern des therapeutischen Teams, insbesondere der Pflegefachkräfte, im Sinne einer ethischen Fallbesprechung
 - Unterscheidung von notfallrelevanter Vorausplanung, die zum Tragen kommt, wenn die Vertreterin voraussichtlich nicht kontaktiert oder erreicht werden kann, von einer Vorbereitung

künftiger elektiver Entscheidungen, die von der Vertreterin ggf. meist aktuell getroffen werden kann und wird

- Verdeutlichung des Handlungs- und Ermessensrahmens von Vertretern und deren Grenzen

Organisation

Umfang (UE):

12 UE Präsenzlehre
8 UE Selbststudium

Lehr- und Lernform/Teilnehmerzahl:

- Präsenzlehre: Seminaristische Gestaltung mit Lehrvortrag und individuellen und gruppenbezogenen Lernphasen, v.a. Rollenspiel (untereinander und / oder schauspielpatienten-gestützt) in Kleingruppen von 4 Personen, Videoanalysen im Plenum
- Verwendung evidenz-basierter Entscheidungshilfen
- Selbststudium und Selbstreflexion:
 - Bearbeitung von hierfür geeigneten Texten sowie eines E-Learning-Moduls, das Lehrtexte mit Video-Sequenzen verbindet.
 - Retrospektive Reflexion der eigenen BVP-Gesprächskompetenzen nach den jeweiligen Gesprächsabschnitten anhand der festgelegten Kriterien eines „guten und angemessenen“ BVP-Gesprächsprozesses.
 - Ggf. Analyse und Selbst- sowie Fremdrelexion aufgezeichneter Gesprächssituationen anhand der im Vorfeld für die Sequenz festgelegten und transparenten (Qualitäts-)Kriterien
- max. 16 Teilnehmerinnen (Plenum), mindestens 1 Ko-Tutorin auf 8 Teilnehmerinnen (Kleingruppen)

Empfehlung Studenttag:

1.-3.

Modul E: Erfassung, Strukturierung, Dokumentation und Aktualisierung von BVP-Gesprächsprozessen

Im Februar 2017 soll den Verhandlungspartnern nach §132 g Abs. 3 eine durch die Task Force ACP / BVP konsentrierte Dokumentation zur Verfügung gestellt werden. Die hierin abgebildeten Instrumente werden dann in das Curriculum eingearbeitet.

Dieses Modul gliedert sich in die Unterthemen:

- EA: Allgemeines
- E0: Einstellungen zum (Weiter-) Leben, zum Sterben und zu schwerer Erkrankung
- E1: Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien
 - E1a: *Akute Krisensituation*
 - E1b: *Stationäre Behandlung bei schwerer akuter Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit und ungewissem Ausgang*
 - E1c: *Permanente Entscheidungsunfähigkeit*
- E2: Persönliche Hinweise, Bedürfnisse und Wünsche
- EX: Auswahl, Benennung und Befähigung einer Vertreterin in Gesundheitsfragen
- EY: Besonderheiten der BVP-Gesprächsbegleitung mit der Vertreterin bei dauerhaft nicht-einwilligungsfähiger Person

Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...

EA: Allgemeines

- ✓ erörtern den relativen Stellenwert einer schriftlichen Dokumentation des BVP-Gesprächsprozesses.
- ✓ verstehen und begründen, warum eine BVP-Dokumentation auf möglichst national, mindestens aber regional einheitlichen Formularen erfolgen sollte.
- ✓ verstehen und begründen, warum die Dokumentationsinstrumente sich primär an den späteren Anwender der Verfügung richten und daher Fachsprache verwenden, also nicht für die Kommunikation mit dem Vorausplanenden konzipiert sind, die, um verständlich zu sein, vielmehr zwar wie im Formular strukturiert, aber weitgehend frei (ohne Rückgriff auf den Formulartext) erfolgen muss.
- ✓ unterscheiden drei verschiedene Instrumente der Dokumentation des BVP-Gesprächsprozesses
 - die Patientenverfügung,
 - die „Vertreter-Dokumentation der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens einer dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Person gemäß § 1901a Abs. 2 Satz 1“,
 - den separaten, in der Regel ärztlich mitverantworteten Notfallbogen.
- ✓ bereiten die entsprechenden relevanten Instrumente für eine Gesprächsbegleitung vor, füllen sie währenddessen transparent und den Wünschen der Vorausplanenden folgend aus und gehen dies, wo immer möglich und hilfreich, gemeinsam mit der Vorausplanenden durch.
- ✓ erfassen, strukturieren, verdichten und dokumentieren freie Äußerungen der Vorausplanenden zu deren BVP-relevanten Einstellungen.
- ✓ dokumentieren das Ergebnis der Gesprächsbegleitung durch die passende Auswahl, flexible Handhabung und das korrekte Ausfüllen der gewählten Formulare.
- ✓ erstellen ein datenschutz-konformes Mnemo der Gesprächsbegleitung selbst.
- ✓ bereiten die Dokumentation der BVP-Gesprächsbegleitung in transparenter Weise nach und stellen das Formular der Vorausplanenden zur Verfügung, damit diese es auf Richtigkeit überprüfen und bei dem nächsten Gespräch weitere Fragen klären kann.
- ✓ achten auf das Vorhandensein aller relevanten Unterschriften, das sind in der Regel die der vorausplanenden Person (sofern einwilligungsfähig), ggf. ihrer teilnehmenden Vertrauenspersonen, der behandelnden (Haus-) Ärztin sowie der Gesprächsbegleiterin selbst.
- ✓ beurteilen und dokumentieren in Zweifelsfällen die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit korrekt und transparent und erkennen, wenn eine ärztliche Einschätzung notwendig ist, und holen diese ein.
- ✓ hinterlegen die schriftliche Dokumentation an dafür vorgesehenen, geeigneten und gut erreichbaren Stellen bzw. leiten diese an geeignete Instanzen und Angehörige des therapeutischen Teams weiter.
- ✓ stellen eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung des BVP-Gesprächsprozesses durch erneute Gesprächsangebote und Rückkoppelung sicher.

E0: *Einstellungen zum (Weiter-) Leben, zum Sterben und zu schwerer Erkrankung*

- ✓ dokumentieren die von dem Vorausplanenden oder einer Vertreterin benannten individuellen Einstellungen zum (Weiter-)Leben und Sterben unter besonderer Beachtung der Weichenstellung durch die Vorausplanenden in Bezug auf Behandlungsziele und Behandlungsgrenzen.
- ✓ strukturieren, extrahieren und verdichten dazu die Äußerungen der Vorausplanenden und dokumentieren die aus Anwendersicht zur Beantwortung der Fragen entscheidenden Sätze. Dabei achten sie soweit möglich auf die Verwendung der von den Vorausplanenden gewählten Worte und sprachlichen Bilder und überprüfen selbstkritisch durch Vorlesen und Nachfragen, ob die vorausplanende Person sich und ihre wesentlichen Anliegen in dem geschriebenen Narrativ wiedererkennt.

E1: *Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien*

- ✓ dokumentieren die für den Notfallbogen angegebene Präferenz (E1b).

- ✓ dokumentieren die von den Vorausplanenden oder einer Vertreterin benannten individuellen Behandlungspräferenzen bei stationärer Behandlung infolge akuter schwerer Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit unter besonderer Beachtung der Prognose für günstige und ungünstige Verläufe.
- ✓ dokumentieren die von den Vorausplanenden oder einer Vertreterin benannten individuellen Behandlungspräferenzen bei dauerhafter Nicht-Einwilligungsfähigkeit unter besonderer Beachtung der zahlreichen Repräsentationen dementieller Verläufe und den resultierenden verschiedenen Gefühlszuständen der Vorausplanenden.

E2: Persönliche Hinweise, Bedürfnisse und Wünsche

- ✓ dokumentieren die persönlichen Hinweise für die Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase oder bei schwerer Erkrankung.

EX: Auswahl, Benennung und Befähigung einer Vertreterin in Gesundheitsfragen

- ✓ dokumentieren vorgeschlagene oder benannte Personen zur Vertretung in Gesundheitsfragen und erfassen deren Kontaktdaten.
- ✓ assistieren bei der Erstellung einer Bevollmächtigung oder einer Betreuungsverfügung für Gesundheitsfragen .

EY: Besonderheiten der BVP-Gesprächsbegleitung mit der Vertreterin bei dauerhaft nicht-einwilligungsfähiger Person

- ✓ differenzieren das Instrument der Patientenverfügung von dem Instrument der „Feststellung der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens einer dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Person gemäß § 1901 a Abs. 2 Satz 1: Vorab-Dokumentation durch den Vertreter“.
- ✓ empfehlen bei jeglichen juristischen Unsicherheiten oder Beratungswunsch Kontakt zu einem Anwalt oder zu einem eingetragenen Betreuerverein.

Inhalte

- Prinzip der regionalen oder nationalen Einheitlichkeit von BVP-Formularen
- BVP-relevante Formulare:
 - (in der Regel ärztlich mitverantworteter) Notfallbogen
 - Patientenverfügung
 - „Feststellung der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens einer dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Person gemäß § 1901a, Abs. 2, Satz 1: Vorab-Dokumentation durch den Vertreter“
- Zusammenstellung und Auswahl des individuellen passenden Formulars, nötigenfalls Formularwechsel
- In Zweifelsfällen korrekte und transparente Dokumentation der Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit
- Dokumentation von Umfang und Inhalt der erforderlichen Entscheidungsassistenz bei nicht vollständig einwilligungsfähigen Menschen
- Erfassung, Wiedergabe und Dokumentation der wesentlichen Inhalte einer freien Erzählung / Schilderung (Narration), insbesondere mit Blick auf den Gesprächsabschnitt „Einstellungen zum (Weiter-)Leben, Sterben und schwerer Erkrankung“, aber auch an anderer Stelle im Sinne einer freien Ergänzung des BVP-Formulars
- Erfassung und korrekte sowie für Dritte / Außenstehende verständliche Dokumentation von Präferenzen für das Therapieziel und ggf. den Umfang lebensverlängernder Behandlung im Fall einer akuten gesundheitlichen Krisensituation, in der die vorausplanende Person sich selbst nicht äußern kann

- Erfassung und korrekte Dokumentation von Präferenzen für die Behandlung von stationärer Behandlung infolge akuter schwerer Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit und ungewisser Prognose für den weiteren Verlauf und das Behandlungsergebnis
- Erfassung und korrekte sowie für Dritte / Außenstehende verständliche Dokumentation von Präferenzen für die Behandlung bei dauerhafter Nicht-Einwilligungsfähigkeit (z.B. aufgrund dementieller Erkrankungen)
- Erfassung und korrekte sowie für Dritte / Außenstehende verständliche Dokumentation der Behandlungswünsche und / oder des mutmaßlichen Behandlungswillens einer dauerhaft nicht-einwilligungsfähigen Person auf dem Boden eines BVP-Gesprächs mit dem Bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Betreuer und ggf. weiterer Vertrauenspersonen
- Archivierung der Formulare und Gewährleistung ihrer sofortigen Vorlage bei wechselnden Behandlungsteams (z.B. infolge Alarmierung des Rettungsdienstes oder Transfer in stationäre Behandlung)
- Analyse gefertigter Dokumentationen anhand definierter Kriterien im Sinne des Qualitätsmanagements
- Geeignete Prozessorganisation zur Sicherstellung eines bedarfsmäßigen (nach relevanten Ereignissen / Erlebnissen) sowie regelmäßigen (alle 2-5 Jahre) Angebotes zur Überprüfung der dokumentierten Festlegungen

Organisation

Umfang (UE):

- 1 UE Präsenzlehre
- 2 UE Selbststudium

Lehr- und Lernform/Teilnehmerzahl:

- Präsenzlehre: Seminaristische Gestaltung mit Lehrvortrag und individuellen und gruppenbezogenen Lernphasen, v.a. Fallbearbeitung, Demonstration und Übung in Kleingruppen von 4 Personen
- Selbststudium: zusammenfassende Inhaltsanalyse einer verschriftlichten Schilderung eines Vorausplanenden und schriftliche Wiedergabe der wichtigsten Inhalte, exemplarische Bearbeitung der Formulare anhand eines vorgegebenen Falls
- Analyse gefertigter Dokumentationen anhand definierter Kriterien
- max. 16 Teilnehmerinnen (Plenum), mindestens 1 Ko-Tutorin auf 8 Teilnehmerinnen (Kleingruppen)

Empfehlung Studentat:

1.-3.

Modul F: Koordination und interprofessionelle Kommunikation im Rahmen einer regionalen BVP-Implementierung

Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...

- ✓ präsentieren ihre Rolle und die damit verbundenen Funktionen und Zuständigkeiten als Gesprächsbegleitung gegenüber Kolleginnen und Kollegen der eigenen und anderer Berufsgruppen.
- ✓ informieren Vertrauenspersonen, Kolleginnen, berufliche Einsteigerinnen und Interessierte über ihr Funktionsprofil in der Zusammenarbeit mit den zuständigen kooperierenden BVP-Ärztinnen.
- ✓ stehen den nicht-ärztlichen Kolleginnen der betreffenden Institution als Ansprechpartnerin für Themen der BVP-Gesprächsbegleitung planbar und zuverlässig zur Verfügung.
- ✓ unterstützen die Umsetzung von BVP und sprechen andere Mitglieder des interprofessionellen BVP-Teams bei entsprechenden Bedürfnissen der Vorausplanenden gezielt an.

- ✓ identifizieren und benennen Angehörige des interprofessionellen BVP-Teams in ihren Einrichtungen.
- ✓ identifizieren und benennen Angehörige des kooperierenden regionalen BVP-Netzwerks und der regionalen Ansprechpartner mit relevantem Versorgungsauftrag im Rahmen von BVP.
- ✓ kooperieren mit den regionalen BVP-Trainern und BVP-Koordinatoren.
- ✓ kooperieren mit den zuständigen Ärztinnen, insbesondere der behandelnden (Haus-) Ärztin, indem sie regelmäßige Absprachen treffen und notwendige ärztliche Gespräche koordinieren.
- ✓ bereiten Formulare für die ärztliche Dokumentation im Rahmen der eigenen Zuständigkeit vor.
- ✓ demonstrieren Kritikfähigkeit: geben und nehmen sachlich geäußerte Kritik und insbesondere konstruktives Feedback als Anlass, die Qualität der Gespräche und Versorgung im Rahmen von BVP zu verbessern.
- ✓ kontaktieren relevante Instanzen und Personen zur nachhaltigen Umsetzung der Ziele und Vereinbarungen gemäß BVP.

Inhalte

- Handlungsprofil und berufliches Selbstverständnis von Gesprächsbegleiterinnen nach BVP
- intraprofessionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext von BVP
- das therapeutische und interprofessionelle Team in den jeweiligen Einrichtungen und die Einbettung in regionale ambulante und klinische Strukturen
- Koordination, Vorbereitung und Unterstützung ärztlicher Gespräche zu BVP
- Ansprache von unvollständigen / fehlerhaften Dokumentationen im Rahmen von BVP gegenüber ärztlichen Kolleginnen

Organisation

Umfang (UE):

- 1 UE Präsenzlehre
- 1 UE Selbststudium

Lehr- und Lernform/Teilnehmerzahl:

- Präsenzlehre: Seminaristische Gestaltung mit Lehrvortrag und individuellen und gruppenbezogenen Lernphasen (v.a. Rollenspiel in Kleingruppen von 4 Personen)
- Selbststudium: Erstellen einer Übersicht des regionalen Netzwerkes für BVP in Bezug auf die aktuelle berufliche Institution
- max. 16 Teilnehmerinnen (Plenum), mindestens 1 Ko-Tutorin auf 8 Teilnehmerinnen (Kleingruppen)

Empfehlung Studientag:

2.-3.

Praxismodul - Übungsphase

Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...

- ✓ setzen das in den Modulen A bis F erworbene Wissen und die dort aufgebauten Kompetenzen praktisch um und arbeiten an ihrer diesbezüglichen Vertiefung und Weiterentwicklung, indem sie
 - BVP-Gesprächsbegleitungen in regionalen Institutionen planen und verabreden;
 - eigenständig Gespräche im Rahmen der BVP-Gesprächsbegleitungen vorbereiten, sie alleinverantwortlich führen und dokumentieren;
 - die Gespräche wo immer möglich gemeinsam mit 1-2 anderen Teilnehmerinnen durchführen, um gemeinsames Lernen und Feedback im Sinne der Intervision zu ermöglichen;
 - konstruktives Feedback in Intervisions- sowie Coaching-Gesprächen (Selbst- und Fremdrelexion) sachlich annehmen und ihre Kompetenzen in Bezug auf die Planung,

- Durchführung und Dokumentation von BVP-Gesprächsbegleitungen reflektieren und weiterentwickeln;
- im Rahmen von Plenararbeit ihre Erfahrungen, Fragen und Erkenntnisse mit den anderen Teilnehmerinnen ihrer Region teilen.
- ✓ reflektieren die durchgeführten BVP-Gesprächsbegleitungen anhand konkreter Kriterien und mit Hilfe dafür geeigneter Instrumente selbst.
- ✓ bereiten sich auf diese Weise auf den zentralen schauspielpatient-gestützten Zertifizierungs-OSCE vor.

Inhalte

Im Anschluss an die BVP-Gesprächsbegleiter-Präsenzveranstaltung werden die BVP-spezifischen Kompetenzen in einer Übungsphase (Praxismodul) mit Unterstützung durch Peer-Intervision, Plenararbeit und Intensiv-Coachings erworben.

Die Übungsphase umfasst im Rahmen des eigengesteuerten Lernens in der Regel 4 selbständig durchzuführende Gesprächsbegleitungen mit Beschränkung auf den ersten Gesprächsabschnitt (D0) nach Tag 1 und weitere 10 selbständig durchzuführende Gesprächsbegleitungen für komplette Gespräche (jeweils einschließlich Dokumentation) nach Tag 3.

Zu diesen mindestens 14 selbständig mit Bewohnern durchgeführten Gesprächsbegleitungen kommt ein Intensivcoaching mit einem Umfang von 24 UE, das entweder als Einzelcoaching (Trainer-Hospitation bei realen Gesprächen und anschließendes Feedback) oder durch ein gleichwertiges SP-gestütztes Intensivtraining erfolgen kann (siehe Kap. „Kompetenznachweis und Abschluss“).

Weiterhin sind im Rahmen des selbstgesteuerten Lernens mindestens drei von vier angebotenen Plenartreffen der regional in Ausbildung befindlichen Gesprächsbegleiter-Trainees wahrzunehmen, die durch eine BVP-Trainerin oder BVP-Koordinatorin gecoacht werden.

In der Qualifizierungsphase der nicht-ärztlichen BVP-Gesprächsbegleiterinnen ist die Kooperation mit dem betreuenden (Haus-) Arzt besonders wichtig. Idealerweise sollen die behandelnden (Haus-) Ärzte dafür gewonnen werden, die Teilnehmerinnen in ihrer Qualifikationsphase bis zur Zertifizierung durch Supervision und Begleitung zu unterstützen, hierzu zählt namentlich eine besonders aufmerksame Prüfung der fertiggestellten schriftlichen Dokumentationen (Vorausverfügungen) vor der ärztlichen Unterschrift. Gesprächsbegleiter-Trainees sollten in der Übungsphase bevorzugt solche Patienten auswählen, deren betreuende Ärzte sich zu einer Kooperation bereit erklärt haben.

Im Rahmen des Intensiv-Coachings dokumentiert die BVP-Trainerin kumulativ die gezeigten Kompetenzen auf einem dafür entwickelten Formblatt. Dies kann dem Trainee in Vorbereitung auf den zentralen SP-gestützten BVP-OSCE als Orientierung dienen.

Modulvoraussetzungen:

Als Zulassungsvoraussetzung für das Praxismodul gilt die Befürwortung der Kontaktaufnahme zu dafür in Frage kommenden Personen durch die BVP-Trainerin. Diese Befürwortung ist optionaler Teil des Zertifikats für den absolvierten BVP-Gesprächsbegleiterinnen-Präsenzworkshop.

Organisation

Umfang (UE):

- 42 UE für 14 Gesprächsbegleitungen von im Mittel je 3 UE
- 12 UE für 3 von 4 angebotenen Plenar-Coachings von je 4 UE
- 24 UE Intensiv-Coaching:
 - 6 Einzel-Coachings von je 3 UE für die trainer-supervidierte Gesprächsbegleitung + 1 UE Coaching-Gespräch mit der Trainerin
 - oder eine gleichwertige Coaching-Alternative, z.B. zentraler SP-gestützter Trainings-OSCE

- Gesamtumfang Praxismodul: 78 UE

Lehr- und Lernform/Teilnehmerzahl:

- 14 selbständige Gesprächsbegleitungen unter Realbedingungen (nach Möglichkeit mit Peer-Intervision)
- Moderation der Plenartreffen (1 Trainerin / 3-12 Teilnehmerinnen)
- Intensiv-Coaching (siehe Umfang), Einzel-Coaching 1:1 (mit bis zu 2 weiteren teilnehmenden Peers) oder zentraler SP-gestützter Trainings-OSCE mit 1 Trainerin auf 4 Teilnehmerinnen

Dauer/einzuhaltende Fristen:

Die Übungsphase soll unmittelbar an die Präsenz-Veranstaltung anschließen und innerhalb von 6 Monaten abgeschlossen sein. Eine Zertifizierung ist bis spätestens 12 Monate nach dem letzten Tag der Präsenz-Veranstaltung möglich.

Modulübersicht

(1UE=1 Unterrichtseinheit á 45 Minuten)

Kurzbezeichnung	Titel	Umfang Präsenzstudium	Workshop-Tag	Umfang Selbststudium
Modul A	BVP als neues Konzept im deutschen Gesundheitssystem	2 UE	1	2 UE
Modul B	Spezifische kommunikative Grundlagen der BVP-Gesprächsbegleitung	6 UE	1-3	2 UE
Modul C	Zielgruppen, Zeitpunkt, Vorbereitung, Steuerung, Einstieg und Abschluss der BVP-Gesprächsbegleitung	2 UE	1	1 UE
Modul D	Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsbegleitung	12 UE	1-3	8 UE
Modul E	Erfassung, Strukturierung, Dokumentation und Aktualisierung von BVP-Gesprächsprozessen	1 UE	1-3	2 UE
Modul F	Koordination und interprofessionelle Kommunikation im Rahmen einer regionalen BVP-Implementierung	1 UE	2-3	1 UE
Stunden Lehranteil	Summe: 40 UE	24 UE	--	16 UE
Praxismodul -Übungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • 42 UE Übungspraxis durch 14 selbständig durchzuführende Gesprächsbegleitungen und deren Dokumentation, je 3 UE • 24 UE Intensiv-Coaching (6-maliges Einzel-Coaching mit Trainer-Hospitation und –Feedback in der Einrichtung vor Ort, <u>alternativ</u> zentrales SP-gestütztes Intensivtraining) • 12 UE Plenararbeit von 3x 4 UE • Summe: 78 UE 			--
Gesamtaufwand der Qualifikation	118 UE			

Stundentafel nach Modulen

Modul-kürzel	Titel	Modul-summe UE	Präsenz-lehre	Selbst-studium	Lehre-UE	Stichworte	Optionen der didaktischen Gestaltung (Präsenz-Workshop)
A	BVP als neues Konzept im deutschen Gesundheitssystem	4	2	2			
	A1: Patientenautonomie – Gemeinsame Entscheidungsfindung – im Voraus entscheiden				1	Einstieg mit Impulsreferaten und Klärung des Begriffs ACP	Plenum, Schaubild, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Fallvignetten, Einzel- und Kleingruppenarbeit
	A2: Grundlagen: Akteure, Befugnisse, regionale Implementierung				1	inkl. Change Management, Rollen(-verständnis)	Plenum, Schaubild, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Fallvignetten, Einzel- und Kleingruppenarbeit
B	Spezifische kommunikative Grundlagen der BVP-Gesprächsbegleitung	8	6	2			
	B1: Die professionelle Haltung in der BVP-Begleitung				2	Querverweis Patientenautonomie / Befähigung, Offenheit, Empathie, forschende Neugierde	Plenum, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Einzel- und Kleingruppenarbeit (Rollenspiele)
	B2: Ausgewählte Gesprächstechniken in der Anwendung				2	Non-direktive Gesprächsführung, ausgewählte Gesprächstechniken	Plenum, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Einzel- und Kleingruppenarbeit (Rollenspiele)
	B3: Schwierige Gesprächssituationen				2	Umgang mit Emotionalität, Prävention von manipulativen Gesprächseinflüssen	Plenum, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Einzel- und Kleingruppenarbeit (Rollenspiele)
C	Zielgruppen, Zeitpunkt, Vorbereitung, Steuerung, Einstieg und Abschluss der BVP-Gesprächsbegleitung	3	2	1			
	C1: Zielgruppen für BVP				0,25	Bewohnerinnen von Einrichtungen der Seniorenpflege und für behinderte Menschen gem. § 132g: Bewohnerinnen, Vertrauenspersonen, Vertreterinnen	Plenum, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Einzel- und Kleingruppenarbeit (Rollenspiele)
	C2: Zeitpunkt, Kontaktaufnahme und Vorbereitung				0,75	Zustandekommen, weitere Akteure vor Ort, Zeitmanagement	Plenum, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Einzel- und Kleingruppenarbeit (Rollenspiele)
	C3: Gesprächssteuerung, Gestaltung des Gesprächseinstiegs und des Gesprächsabschlusses				1	Phasen des Gesprächs; Kriterien der gelungenen BVP-Gesprächseröffnung, Besonderheiten für bestimmte Zielgruppen (z.B. kognitive Verfassung)	Plenum, PPT- oder flipchart-gestützter Vortrag, Einzel- und Kleingruppenarbeit (Rollenspiele)

Modul- kürzel	Titel	Modul- summe UE	Präsenz- lehre	Selbst- studium	Lehre- UE	Stichworte	Optionen der didaktischen Gestaltung (Präsenz- Workshop)
D	Themen und Prozesse der BVP-Gesprächsbegeleitung	20	12	8			
	D0: Einstellungen zum (Weiter-) Leben, zum Sterben und zu schwerer Erkrankung				2,5	Typische Szenarien, "heikle" Gesprächssituationen, zielführende Fragen und Moderationselemente, Integration von fachlich korrekten Narrationen zur Erleichterung der Perspektivenübernahme. Unterstützung der vorausplanenden Person anhand definierter Kriterien	Einführung im Plenum, Erarbeitung in Kleingruppen (Rollenspiel), optional Erarbeitung mit Standardisierten Patienten (SP), strukturiertes Feedback in der Kleingruppe, strukturierte Reflexion im Plenum
	D1a: Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien: <i>Akute Krisensituation</i>				2,5		
	D1b: Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien: <i>Stationäre Behandlung bei schwerer akuter Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit und ungewissem Ausgang</i>				2,5		
	D1c: Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien: <i>Permanente Entscheidungsunfähigkeit</i>				2,5		
	DX: Auswahl, Benennung und Befähigung einer Vertreterin in Gesundheitsfragen				1		
DY: Besonderheiten der BVP-Gesprächsbegeleitung mit der Vertreterin bei dauerhaft nicht-einwilligungsfähiger Person				1	Unterscheidung zwischen Bewertung und Wünschen der Vertreterin gegenüber der hier gebotenen Abstellung auf die Behandlungswünsche bzw. den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person; Gründe für BVP, insbesondere Nicht-Erreichbarkeit der Vertreterin in Krisensituationen	Einführung im Plenum, Erarbeitung in Kleingruppen (Rollenspiel), optional Erarbeitung mit Standardisierten Patienten (SP), strukturiertes Feedback in der Kleingruppe, strukturierte Reflexion im Plenum	
E	Erfassung, Strukturierung, Dokumentation und Aktualisierung von BVP-Gesprächsprozessen	3	1	2			
	EA: Allgemeines				0,15	alle optionalen Dokumente müssen gekannt, rechtssicher erläutert und passfähig ausgewählt werden können. Die korrekte Eintragung ist zu beherrschen und Dokumentationsfehler müssen identifiziert werden.	Einführung im Plenum, Erarbeitung in Kleingruppen, Erstellung von Dokumentenmappen, Reflexion der Inhalte und Chronologie; Beurteilung exemplarischer Eintragung auf deren Korrektheit und Vollständigkeit
	E0: Einstellungen zum (Weiter-) Leben, zum Sterben und zu schwerer Erkrankung				0,25		
	E1: Vorausplanung spezifischer Krankheitsszenarien				0,25		
	E2: Persönliche Hinweise, Bedürfnisse und Wünsche				0,15		
	EX: Auswahl, Benennung und Befähigung einer Vertreterin in Gesundheitsfragen				0,1	Unterstützung bei der Benennung eines Bevollmächtigten bzw. beim Ausfüllen einer Betreuungsvollmacht (keine Rechtsberatung)	
EY: Besonderheiten der BVP-Gesprächsbegeleitung mit der Vertreterin bei dauerhaft nicht-einwilligungsfähiger Person				0,1	Sorgfältige Dokumentation der vorliegenden Hinweise auf Behandlungswünsche bzw. den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person		
F	Koordination und interprofessionelle Kommunikation im Rahmen einer regionalen BVP-Implementierung	2	1	1		Das regionale Netzwerk sollte in Form eines Regionalkataloges erarbeitet und präsentiert und die eigene Position darin definiert werden, Strategien zur Ansprache von Akteuren	Einführung im Plenum, Präsentation typischer Netzwerkkarten, Reflexion der BVP-bezogenen Selbstwirksamkeit

Modul- kürzel	Titel	Modul- summe UE	Präsenz- lehre	Selbst- studium	Lehre- UE	Stichworte	Optionen der didaktischen Gestaltung (Präsenz- Workshop)
						und ggf. zur Konfliktkommunikation werden besprochen	

Ablaufplan

Tag 1 (8 Std.)	
08:00	Begrüßung
08:15	Patientenautonomie
08:40	Gemeinsame Entscheidungsfindung
09:10	Im Voraus entscheiden
09:40	Pause
10:00	Advance Care Planning – Grundlagen der ACP-Gesprächsbegleitung
10:30	ACP-Formulare: (Haus-)Ärztliche Anordnung für den Notfall, Patientenverfügung, Vertreterverfügung
11:00	Elemente des Begleitungsgesprächs (I)
	a. Einstieg in das Thema Advance Care Planning
	b. Lebenswille, Therapieziel-Klärung und Orientierung für medizinische Behandlung
12:00	Mittagspause
13:00	Demo-Rollenspiel (Dozent als Gesprächsbegleiter); Input Rollenspieldidaktik
13:25	Rollenspiele (I), je 4 Personen + Ko-Tutor: Einstieg und Lebenswille / Therapiezielklärung / Orientierung
14:25	Pause
14:50	Erfahrungen aus den KG
15:10	Bevollmächtigte / Betreuer (Vertreter): Aufgaben, Befugnisse und Pflichten
	Unterstützung bei der Auswahl eines Vertreters (Bevollmächtigten / Betreuers)
	Diskussion
15:40 -16.00	Abschlussrunde. Aufgabe bis Workshop-Tag 2 (in frühestens 4 Wochen)
Tag 2 (8 Std.)	
08:00	Rückblick auf Tag 1, Erfahrungen mit der Übung des ersten Gesprächsabschnitts (Lebenswille, Therapieziel-Klärung und Orientierung für medizinische Behandlung sowie Auswahl eines Betreuers)
08:30	Überblick über die drei BVP-Formulare. Hinweis auf "Persönliche Hinweise, Bedürfnisse und Wünsche"
08:45	Elemente des Begleitungsgesprächs (II): Permanente Entscheidungsunfähigkeit
	Theorie: Medizinischer Hintergrund, Gesprächsführung
	Demo-Rollenspiel (Dozent als Gesprächsbegleiter)
09:40	Pause
10:00	Rollenspiele (II): Permanente Entscheidungsunfähigkeit
11:00	Erfahrungen aus den KG
11:20	Elemente des Begleitungsgesprächs (III): Akute Krisensituation / Notfallbogen / medizinischer Hintergrund
12:00	Mittagessen
13:00	Demo-Rollenspiel (Dozent als Gesprächsbegleiter): Akute Krisensituation
13:30	Rollenspiele (III): Akute Krisensituation
14:30	Pause
14:50	Erfahrungen aus den Kleingruppen
15:10	Elemente des Begleitungsgesprächs (IV): Stationäre Behandlung bei schwerer akuter Erkrankung
16.00 -16.30	Konkrete Schritte bei der Implementierung von BVP in Einrichtungen gem. § 132g SGB V
Tag 3 (8 Std.)	
08:00	Rückblick auf Tag 2
08:30	Demo-Rollenspiel (Dozent als Gesprächsbegleiter): BVP für stationäre Behandlung bei schwerer akuter Erkrankung mit vorübergehender Nicht-Einwilligungsfähigkeit
08:50	Rollenspiele (IV): Stationäre Behandlung bei schwerer akuter Erkrankung
09:50	Pause
10:10	Erfahrungen aus den Kleingruppen
10:30	Elemente des Begleitungsgesprächs (V):
	Begleitungsgespräch mit dem Vertreter bei permanent nicht-einwilligungsfähiger Person
	Demo-Rollenspiel (Dozent als Gesprächsbegleiter)
12:00	Mittagessen
13:00	Rollenspiele (V): Begleitungsgespräch mit dem Vertreter bei permanent nicht-einwilligungsfähiger Person
14:00	Erfahrungen aus den Kleingruppen
14:30	Pause
14:50	Demo-Rollenspiel (Dozent als Gesprächsbegleiter): Die ganze Patientenverfügung
15:30	Diskussion Demo-Rollenspiel
16:00 -16.30	Abschlussrunde: Feedback zum Workshop; Nächste Schritte aus Perspektive der jeweiligen TN

Entwicklungsdokumentation der zu demonstrierenden Gesprächskompetenzen

Datum und Bewertung (Ø / ✓ / ✓✓ / n.a.)						Demonstrierte Gesprächskompetenz
Datum 1	Datum 2	Datum 3	Datum 4	Datum 5	Datum 6	
						Allgemeine, für PV und VV relevante Kompetenzen
						Gesprächseröffnung, thematische Fokussierung, Erreichen eines allseitigen Verständnisses des Gesprächsgegenstands
						Konsequente Gesprächsführung und thematische Fokussierung sowie rechtzeitige Gesprächsbeendigung unter Beachtung der kognitiven Aufnahmefähigkeit des Bewohners und/oder der Angehörigen
						Allgemeine Techniken der patientenorientierten Gesprächsführung, z. B. offenes Fragen, ausreden lassen, aktives Zuhören, WWSZ (warten, wiederholen, spiegeln, zusammenfassen)
						Technik der Exploration (mittels W-Fragen) in den Raum gestellter Präferenzen, Erarbeitung eines vertieften Verständnisses der Präferenzen des Bewohners
						Identifikation und adäquate Gesprächsbehandlung von Ängsten/Missverständnissen/falschen Vorstellungen; angemessene Differenzierung komplexer Gesprächsinhalte
						Ergebnisoffene, wertschätzende Haltung gegenüber den Präferenzen des Bewohners
						Sicherer Einsatz von Gesprächstechniken, die Suggestion/Manipulation zu minimieren suchen, z. B. Framing (wechselnder Fokus auf mögliche negative / positive Verläufe), Hinweis auf die individuelle Unterschiedlichkeit (und somit Legitimität) von Präferenzen etc.
						Patientenverfügung (PV)
						Eruiere der individuellen Einstellungen zum (Weiter-)Leben und Sterben unter besonderer Beachtung der Weichenstellung durch den Bewohner in Bezug auf Therapieziel und Behandlungsgrenzen (PV, Abschnitt A)
						Freilassende, schrittweise eingrenzende Erörterung der Präferenzen im Notfall (akute Nicht-Einwilligungsfähigkeit); dabei verständliche und korrekte medizinische Hintergrundinformationen zu den Optionen des Notfallbogens (HAnNo)
						Eruiere der Behandlungspräferenzen bei akuter schwerer Erkrankung mit anhaltender Nicht-Einwilligungsfähigkeit unter besonderer Beachtung der verständlichen und korrekten Erörterung von Risiken und Chancen bei Behandlungsentscheidungen, die für den Fall unterschiedlicher Verlaufsmöglichkeiten und ungewissem Ausgang hinsichtlich der künftig möglichen Teilhabe zu treffen sind (z. B. bei Schlaganfall oder Beatmung bei Lungenentzündung)

Datum und Bewertung (Ø / ✓ / ✓✓ / n.a.)						Demonstrierte Gesprächskompetenz
Datum 1	Datum 2	Datum 3	Datum 4	Datum 5	Datum 6	
						Eruieren der Behandlungspräferenzen bei dauerhafter Nicht-Einwilligungsfähigkeit unter besonderer Beachtung der zahlreichen „Gesichter“ demenzieller Zustände und den resultierenden verschiedenen subjektiven Befindlichkeiten
						Beachtung und in Zweifelsfällen Thematisierung mangelnder Kongruenz zwischen Äußerungen an verschiedener Stelle zur selben Behandlungsfrage, insbesondere zwischen den allgemeinen Einstellungen (Lebenswille) und speziellen Präferenzen
						Unterstützung des Bewohners bei der Auswahl/Bestimmung eines Vertreters (Bevollmächtigten/Betreuers) unter Berücksichtigung der dafür geltenden Kriterien
						Feinfühliges Einbeziehen des Angehörigen/Vertreters in das Gespräch: Klärung von dessen Rolle und Auftrag und inwieweit er die geäußerten Behandlungspräferenzen hinterfragen möchte oder akzeptieren kann, idealiter Moderation des Gesprächs zwischen Bewohner und Angehörigem/Vertreter, Unterstützung des Angehörigen, die Präferenzen des Bewohners zu verstehen und zu würdigen, Wahrnehmung und Bearbeitung emotionaler Reaktionen auf Seiten des Angehörigen.
						Zutreffende Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit in Zweifelsfällen, Anpassung des Komplexitätsniveaus zur weitestmöglichen Beteiligung des Bewohners, Auswahl des passenden Formulars (PV-VV), nötigenfalls Formularwechsel
						Feststellung der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens einer dauerhaft nicht einwilligungsfähigen Person gemäß § 1901 a Abs. 2 Satz 1: Vorab-Dokumentation durch den Vertreter
						<i>Global:</i> Gespräch mit dem Vertreter bei nicht-einwilligungsfähigen Bewohnern unter Berücksichtigung der hier geltenden inhaltlichen und formalen Besonderheiten
						Eruieren der direkt geäußerten oder mutmaßlichen individuellen Einstellungen zum (Weiter-)Leben und Sterben unter besonderer Beachtung der Weichenstellung durch den Bewohner in Bezug auf Therapieziel und Behandlungsgrenzen (Abschnitt: Ethische Grundlagen)
						Freilassende, schrittweise fokussierende Erörterung der Präferenzen im Notfall gemäß dem mutmaßlichen Patientenwillen; dabei soweit erforderlich verständliche und korrekte medizinische Hintergrundinformationen zu den Optionen des Notfallbogens
						...

II. BVP-Botschafterin (folgt)

(Stunden-Umfang siehe Tab. 1, S. 3)

III. BVP-Trainerin (folgt)

(Stunden-Umfang siehe Tab. 1, S. 3)

IV. BVP-Projekt Koordinatorin (folgt)

(Stunden-Umfang siehe Tab. 1, S. 3)

V. BVP-zertifizierte (Haus-)Ärztin (folgt)

(Stunden-Umfang siehe Tab. 1, S. 3)

VI. Regionale Netzwerkpartner (folgt)

(Stunden-Umfang siehe Tab. 1, S. 3)

Literaturverzeichnis

- 1 Arnold R, Pätzold H. Die Systemik der Kompetenzentwicklung. REPORT Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung 2005;28(1):201–07.
- 2 Drieschner E, ed. Bildungsstandards praktisch: Perspektiven kompetenzorientierten Lehrens und Lernens. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
- 3 Gerholz K-H, Sloane PFE. Lernfelder als universitäres Curriculum? –Eine hochschuldidaktische Adaption 2011. Available at: http://www.bwpat.de/ausgabe20/gerholz_sloane_bwpat20.pdf Accessed October 29, 2013.
- 4 Niethammer C, Koglin-Heß I, Digel S, et al. Herausforderung Curriculumentwicklung: ein konzeptioneller Ansatz zur Professionalisierung. Zeitschrift für Hochschulentwicklung 2014.
- 5 Schlögl P. Leitfaden zur lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung. Lernergebnisorientierung in der Erwachsenenbildung. Wien.
- 6 AK DQR. Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen: verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) 2011. Available at: http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf Accessed May 18, 2016.
- 7 Rübiger J, Pehlke-Milde J. Qualifikationsrahmen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsberufe. Public Health Forum 2009;17(3):27.e1-27.e3. doi:10.1016/j.phf.2009.06.015.
- 8 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008;337:a1655. doi:10.1136/bmj.a1655.
- 9 in der Schmitt J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G (2014) Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. Dtsch Ärztebl 111(4): 50–57
- 10 in der Schmitt J, Marckmann G. Das Pilotmodell *beizeiten begleiten*. In: Coors M, Jox RJ, Schmitt J, eds. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1st edn. Stuttgart: Kohlhammer 2015, S. 234-257.
- 11 Krones T, Otto T, Karzig I, Loupatatzis B. Advance Care Planning im Krankenhaussektor – Erfahrungen aus dem Zürcher »MAPS« Trial. In: Coors M, Jox RJ, Schmitt J, eds. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1st edn. Stuttgart: Kohlhammer 2015, S. 270-288.
- 12 Moore CD, Am Reynolds. Clinical update: communication issues and advance care planning. Semin Oncol Nurs 2013;29(4):e1-e12. doi:10.1016/j.soncn.2013.07.001.
- 13 Vleming A de, Houttekier D, Deliens L, et al. Development of a complex intervention to support the initiation of advance care planning by general practitioners in patients at risk of deteriorating or dying: a phase 0-1 study. BMC Palliat Care 2016;15:17. doi:10.1186/s12904-016-0091-x.
- 14 Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, et al. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc 2016;17(4):284–93. doi:10.1016/j.jamda.2015.12.017.
- 15 Song M-K, Kirchoff KT, Douglas J, et al. A randomized, controlled trial to improve advance care planning among patients undergoing cardiac surgery. Medical care 2005;43(10):1049–53.
- 16 Lyon ME, Jacobs S, Briggs L, et al. A longitudinal, randomized, controlled trial of advance care planning for teens with cancer: Anxiety, depression, quality of life, advance directives, spirituality. Journal of Adolescent Health 2014;54(6):710–17.
- 17 Hammes BJ, Briggs L. Das »Respecting Choices« Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. In: Coors M, Jox RJ, Schmitt J, eds. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, 1st edn. Stuttgart: Kohlhammer 2015. Vgl. auch: Respecting choices advance care planning facilitator manual—revised. La Crosse, WI: Gundersen Lutheran Medical Foundation 2007.
- 18 Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Birnbacher D, Buyx A, Bormann FJ, Deutsch Ärztebl 2016.