

**Behandlung
im Voraus planen**

**Konzept einer regionalen
Implementierung im
Rhein-Kreis Neuss**



Foto: Getty Images/iStockphoto/1029343914

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

Konzept einer regionalen Implementierung im Rhein-Kreis Neuss

von Jürgen in der Schmiten¹ und Marcus Mertens²

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

²Marcus Mertens
Sozialdezernat
Rhein-Kreis Neuss

Entwurf, Stand: 07/2019

ÜBERSICHT

1	Einleitung	1
2	Formale Rahmenbedingungen und inhaltliche Eckpunkte von BVP	3
3	Lösungsvorschlag für den Rhein-Kreis Neuss	12
4	Finanzierung und Zeitplan	19

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
2	Formale Rahmenbedingungen und inhaltliche Eckpunkte von BVP	3
2.1	Einschlägige Gesetze sowie Vereinbarungen der Selbstverwaltung	3
2.2	Orientierung des § 132g SGB V am internationalen Konzept des Advance Care Planning / BEHANDLUNG IM VORAUS PLANEN und Abgrenzung von Palliative Care	3
2.3	Unbeschränkte Reichweite von Patientenverfügungen	4
2.4	Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleitern und Hausärzten	5
2.5	Dokumentation der Vorausplanung	6
2.6	Organisationsentwicklung und Change Management durch den BVP-Koordinator in und zwischen den beteiligten Einrichtungen	7
2.7	Regionale Implementierung von BVP	8
2.7.1	Nachteile einer einrichtungszentrierten Implementierung von BVP	8
2.7.2	Plädoyer für eine regionale Strategie der Implementierung des § 132g SGB V	9
3	Lösungsvorschlag für den Rhein-Kreis Neuss	12
3.1	Überblick	12
3.2	Beirat der Einrichtungsträger und regionale Steuerungsgruppe am ZAT	13
3.3	Regionale Konzentrierung des BVP-Personals am ZAT	14
3.3.1	Koordinierungsstelle	14
3.3.2	Operative Beratungskräfte (BVP-Gesprächsbegleiter)	14
3.3.3	Personalakquise	15
3.3.4	Personalverwaltung	15
3.3.5	Personaleinsatzplanung	15
3.4	Zugang für interessierte Einrichtungen	15
3.5	Qualifizierungsangebot	16
3.6	Kooperation zwischen Einrichtung und BVP-Gesprächsbegleiter	17
3.7	Ausweitung des Angebots von BVP für andere Gruppen der Kreisbevölkerung	17
3.8	Qualitätssicherung	18
4	Finanzierung und Zeitplan	19
4.1	Das Finanzierungsmodell gemäß der Vereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V	19
4.2	Weiterleitung der Mittel aus dem § 132g SGB V an regionale Kooperationspartner gemäß § 7(2)c der Vereinbarung	20
4.3	Teilfinanzierung aus Drittmitteln	20
4.4	Förderung des Kreises während der 5-jährigen Implementierungsphase	20
4.4.1	Förderung eines regionalen BVP-Koordinators (50%)	21
4.4.2	Unterstützende Begleitung durch einen externen, spezifisch BVP-qualifizierten QM-Coach	21
4.4.3	Kompensation für die zur Organisationsentwicklung eingesetzten Personalressourcen	22
4.4.4	Anlaufkosten	22
4.5	Jährliche Kreismittel in der bis zu 5-jährigen Implementierungsphase	22
4.6	Nächste Schritte	24

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Formale Rahmenbedingungen und inhaltliche Eckpunkte von BVP

2.1 Einschlägige Gesetze sowie Vereinbarungen der Selbstverwaltung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Unbeschränkte Reichweite von Patientenverfügungen

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

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

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

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

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

2.4 Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleitern und Hausärzten

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

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

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

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

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

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

2.5 Dokumentation der Vorausplanung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7 Regionale Implementierung von BVP¹

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

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

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

2.7.1 Nachteile einer einrichtungszentrierten Implementierung von BVP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Lösungsvorschlag für den Rhein-Kreis Neuss

3.1 Überblick

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Beirat der Einrichtungsträger und regionale Steuerungsgruppe am ZAT

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Regionale Konzentrierung des BVP-Personals am ZAT

Der ZAT kann an der bestehenden TZG GmbH angesiedelt werden, einer Unternehmenstochter des [Rhein-Kreises Neuss](#), die kreisweit das operative Geschäft für die Implementierung von BVP übernimmt. Der ZAT besteht aus der Koordinierungsstelle und den operativen Beratungskräften (= angestellten BVP Gesprächsbegleitern). Die Kosten der TZG GmbH für den Personal-Overhead der BVP-Gesprächsbegleiter (Querschnittsaufgaben, Büromieten, Sachkosten, insbesondere Fahrtkosten) werden aus den Mitteln des kreisweiten Pools der Stellenanteile refinanziert.

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

3.3.1 Koordinierungsstelle

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

3.3.2 Operative Beratungskräfte (BVP-Gesprächsbegleiter)

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

3.3.3 Personalakquise

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

3.3.4 Personalverwaltung

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

3.3.5 Personaleinsatzplanung

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

3.4 Zugang für interessierte Einrichtungen

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

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

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

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

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

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

3.5 Qualifizierungsangebot

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

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

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

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

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

3.6 Kooperation zwischen Einrichtung und BVP-Gesprächsbegleiter

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

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

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

3.7 Ausweitung des Angebots von BVP für andere Gruppen der Kreisbevölkerung

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

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

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

3.8 Qualitätssicherung

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

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

4 Finanzierung und Zeitplan

Die folgende Darstellung der Finanzierung stellt eine Willensbekundung der amtierenden Verwaltung dar. Voraussetzung für die tatsächliche Mittelfreigabe sind entsprechende Beschlüsse des Gesundheits- und Sozialausschusses sowie des Kreistags.

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

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

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

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

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

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

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

Das bedeutet, dass der [Rhein-Kreis Neuss](#) an einer Verhandlungslösung für NRW interessiert ist, welche zumindest dem hier geplanten Pilotprojekt einer regionalen Implementierung den Spielraum

lässt, auch höher qualifizierte Mitarbeiter als BVP-Gesprächsbegleiter einzustellen. Diese Möglichkeit ist in NRW gegeben, wo die Verhandlungen über eine Pauschale auf Landesebene als gescheitert gelten (Stand: Juli 2019).

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

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

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

4.3 Teilfinanzierung aus Drittmitteln

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

4.4 Förderung des Kreises während der 5-jährigen Implementierungsphase

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

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

- Für die Implementierungsphase ist eine dreijährige Förderung des Kreises vorgesehen mit der Option einer Verlängerung um weitere zwei Jahre bei positiver Evaluation, ggf. unterstützt durch andere Drittmittel
- Ob und in welcher Höhe in der Konsolidierungsphase eine längerfristige Unterstützung dieses Projekts durch den Kreis wünschenswert sein wird, lässt sich heute nicht zuverlässig vorhersagen. Prinzipiell sind die Kassenmittel des § 132g SGB V dafür vorgesehen, auch die Koordinierung von

BVP zu decken. Bei guter Akzeptanz des hier vorgeschlagenen Projekts bei den Einrichtungen im RKN mit etwa 12 kassenfinanzierten Stellen (100%) für BVP-Gesprächsbegleiter wäre es denkbar, dass in der Konsolidierungsphase eine der Personen aus diesem Team in erster Linie als regionaler BVP-Koordinator ausgewählt und angestellt ist – dann mit Mitteln der GKV gemäß § 132g SGB V. Auch die Einrichtungen benötigen in der Konsolidierungsphase nicht mehr so hohe Mittel für die Organisationsentwicklung wie während der Implementierung.

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

4.4.1 Förderung eines regionalen BVP-Koordinators (50%)

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

Zu den Aufgaben des vom [Rhein-Kreis Neuss](#) über 3+2 Jahre geförderten BVP-Koordinators gehören insbesondere:

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

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

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

Die Erfahrungen mit der Implementierung von BVP in den letzten Jahren hat – übereinstimmend mit internationalen Berichten – gezeigt, dass die Implementierung von BVP in einer Region anspruchsvoll bis herausfordernd ist und spezifische Kompetenzen erfordert (System Redesign). Dabei können neu hinzukommende Regionen von den Erfahrungen, Fehlern und Lösungen lernen, die in anderen Regionen bereits gemacht wurden. Die DiV-BVP arbeitet daher mit professionellen BVP-Koordinatoren zu-

sammen, die Regionen bei diesem Prozess begleitet und unterstützt haben, und empfiehlt die externe Moderation regionaler Implementierung durch einen solchen fachspezifisch qualifizierten Coach. Der [Rhein-Kreis Neuss](#) übernimmt diese Kosten in der 5-jährigen Implementierungsphase.

4.4.3 Kompensation für die zur Organisationsentwicklung eingesetzten Personalressourcen

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

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

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

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

4.4.4 Anlaufkosten

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

4.5 Jährliche Kreismittel in der bis zu 5-jährigen Implementierungsphase

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

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

Zur Beachtung: Die vorstehende Darstellung der vom Rhein-Kreis Neuss zu übernehmenden Kosten stellt eine Willensbekundung der amtierenden Verwaltung dar. Voraussetzung für die tatsächliche Mittelfreigabe sind entsprechende Beschlüsse des Gesundheits- und Sozialausschusses sowie des Kreistags.

4.6 Nächste Schritte

Der Rhein-Kreis Neuss ist daran interessiert, die regionale Implementierung von BVP jetzt kurzfristig auf den Weg zu bringen. Dafür schlägt er folgenden Zeitplan vor:

02.07.2019	Auftaktveranstaltung
bis 15.08.2019	Rückmeldung der Betreiber
08/2019	Termin mit dem Landesverband der Pflegekassen
09/2019	Sozial- und Gesundheitsausschuss
bis 10/2019	Abstimmung der Kooperationsvereinbarungen
bis Ende 12/2019	Personalakquise durch das TZG
01.01.2020	Startschuss für die operative Umsetzung