

Informationen zur regionalen Implementierung von *beizeiten begleiten*®

Jürgen in der Schmitten und Georg Marckmann

Stand: Mai 2016

www.beizeitenbegleiten.de

Übersicht

1. Ziel und Nutzen der regionalen Implementierung von *beizeiten begleiten* (b.b.)
2. Kernelemente von *beizeiten begleiten*
3. Voraussetzungen, Ressourcenbedarf und Initiierung einer regionalen Implementierung
4. Der Aufbau einer regionalen Qualifizierung für *beizeiten begleiten* im Überblick
5. Die Qualifikation zum *beizeiten begleiten*®-zertifizierten Gesprächsbegleiter
6. Die Qualifikation zum *beizeiten begleiten*®-zertifizierten (Haus-) Arzt
7. Die Qualifizierung zum *beizeiten begleiten*® Trainer
8. Erneuerung der *beizeiten begleiten*® Zertifizierungen nach 5 Jahren

1. Ziel und Nutzen der regionalen Implementierung von *beizeiten begleiten* (b.b.)

beizeiten begleiten verfolgt – ähnlich wie andere internationale Programme der **vorausschauenden Behandlungsplanung** (Advance Care Planning, vgl. Links unter www.beizeitenbegleiten.de) – das Ziel, dass Patienten in gesundheitlichen Krisen auch dann so behandelt werden, wie sie das wünschen, wenn sie sich aufgrund akuter oder chronischer Erkrankung einmal nicht selbst äußern können. Zudem unterstützt b.b. die Berücksichtigung medizinischer Indikationen und ihrer Grenzen in der Notfallversorgung, zum Beispiel durch einvernehmliche Vorausplanung des Verzichts auf lebensrettende Maßnahmen wie der Reanimation (sowie statt dessen gegebener hilfreicher Ressourcen) bei Menschen mit schwersten bzw. absehbar zum Tode führenden Grunderkrankungen. Diese **vermehrte Patientenzentrierung medizinischer Maßnahmen** bewirkt eine verbesserte Versorgungsqualität durch Vermeidung nicht erfolgversprechender und nicht gewollter Maßnahmen sowie der damit häufig verbundenen Traumatisierung der unmittelbar Betroffenen und ihrer Angehörigen. Umgekehrt werden die vorhandenen kurativen und palliativen Ressourcen auf diese Weise dorthin gelenkt, wo sie indiziert und gewünscht sind, also benötigt werden.

Die Implementierung von *beizeiten begleiten* erfordert in den ersten 1-2 Jahren einen erheblichen Aufwand (siehe unten) und verursacht auch für die langfristige Aufrechterhaltung jährliche Kosten, die bei Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes vom 08.12.16 (neuer § 132g SGB V) ab voraussichtlich 2017 zum großen Teil durch die GKV getragen werden. Der übrige Bedarf könnte z.B. aus Ressourcen lokaler Institutionen der Palliativbetreuung gedeckt werden, sofern diese an einem entsprechenden Engagement interessiert sind. Hinzukommen die Kosten einer vermehrten palliativen Behandlung insbesondere in Pflegeeinrichtungen, sofern deren Bewohner entsprechende Präferenzen äußern. Diesem Aufwand stehen mögliche Einsparungen durch vermiedene Transporte und stationäre Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung gegenüber (sofern Patienten mehrheitlich diesbezügliche Präferenzen äußern). Welchen Netto-Effekt ein solches Programm für das gesamte Gesundheitswesen einer Region entwickelt, lässt sich bisher in Ermangelung entsprechend aussagekräftiger wissenschaftlicher Untersuchungen nicht mit Sicherheit sagen und sollte für die Entscheidung für ein solches Programm auch keine wesentliche Rolle spielen.

2. Kernelemente von *beizeiten begleiten*

beizeiten begleiten ist ein Konzept, das für Einrichtungen der stationären Pflege in enger Vernetzung mit Rettungsdienst, Krankenhäusern und (Haus-) Arztpraxen entwickelt wurde. Eine spätere Auswei-

tung etwa auf das Betreute Wohnen sowie auf die ambulante Pflege ist leicht möglich und sicherlich sinnvoll.

Im Zentrum von *beizeiten begleiten* steht die Unterstützung von Bewohnern / Patienten und ihren Angehörigen durch nicht-ärztliche Fachkräfte, die zu Gesprächsbegleitern für die vorausschauende Behandlungsplanung, einer neuen Rolle im Gesundheitswesen, qualifiziert worden sind. Als Gesprächsbegleiter kommen z.B. Angehörige des Sozialen Dienstes in Altenheimen oder Krankenhäusern in Frage oder auch entsprechend vorqualifizierte Pflegekräfte, eventuell unterstützt von Mitarbeitern der Hospizbewegung.

Die zertifizierten Gesprächsbegleiter ermöglichen es den Bewohnern bzw. Patienten in mehreren, insgesamt (im Mittel) 1-2 Stunden in Anspruch nehmenden Gesprächen, ihre persönlichen Behandlungswünsche zu klären, mit ihren Angehörigen / Vertretern zu diskutieren und in aussagekräftigen, validen Patientenverfügungen zu dokumentieren. Die Personalkosten für diese zu Gesprächsbegleitern qualifizierten Einrichtungsmitarbeiter werden künftig (ab 2017) von der GKV übernommen, wenn GKV-Spitzenverband und Träger der Einrichtungen die Umsetzung des neuen § 132g verhandelt haben.

Mit den Gesprächsbegleitern kooperieren die – ebenfalls durch spezifische Fortbildungen zertifizierten – Haus-, Palliativ- oder auch Klinikärzte der betroffenen Bewohner / Patienten. Durch ihre Unterschriften unter Vorausverfügungen und Notfallbögen attestieren sie den unterzeichnenden Bewohnern und / oder Vertretern Einwilligungsfähigkeit sowie das Verständnis der Implikationen ihrer Entscheidungen – direkt vergleichbar mit der ärztlichen Unterschrift unter eine Aufklärung zu einem aktuellen ärztlichen Eingriff. Die Hausärzte benötigen in der Regel nur ein kurzes Gespräch mit dem Betroffenen, um sich im Sinne eines Vier-Augen-Prinzips in den genannten Punkten zu vergewissern. In Einzelfällen stehen sie bei anspruchsvolleren medizinischen Fragestellungen für eine Fortsetzung und Vertiefung des Gesprächs zur Verfügung. Diese Gespräche sind bisher keine reguläre EBM-Leistung; möglicherweise wird sich auch das im Rahmen der Verhandlungen zur Umsetzung des § 132g ändern. Alternativ können sie entweder über die GOÄ (je nach Aufwand Ziffer 3 oder 34 sowie Ziffer 70 für die Unterschrift) oder evtl. auch im Rahmen von palliativmedizinischen Behandlungsverträgen abgerechnet werden.

Die mit Unterstützung von zertifizierten Gesprächsbegleitern und Hausärzten entwickelten Vorausverfügungen werden auf einheitlichen, im Laufe mehrerer Jahre eigens für b.b. entwickelten **Formularen** dokumentiert: **Patientenverfügung, Vertreterverfügung und (Haus-)Ärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo®)**. Diese Formulare ermöglichen es, die sorgfältig eruierten und erwogenen Behandlungswünsche der Betroffenen in angemessener Form und Detailliertheit abzubilden, so dass die Verfügungen sich in Praxis und Klinik auch tatsächlich bewähren. Die einheitliche Verwendung dieser Formulare – anstelle der gegenwärtigen Vielfalt von über 200 Textvariationen – ermöglicht es, dass bei allen Beteiligten im Laufe der Zeit ein klares Verständnis der getroffenen Festlegungen erwächst, sowohl beim Ausfüllen wie auch beim Interpretieren und Anwenden.

Neben dieser grundlegenden Veränderung auf der Mikroebenen trägt eine tiefgreifende **Systemintervention** auf der Makroebene dafür Sorge, dass solcherart entstandene Patientenverfügungen rechtzeitig aktualisiert werden, im Bedarfsfall zur Hand sind und dann auch zuverlässig befolgt werden – gleich, an welcher Stelle in der Versorgungskette der Patient sich gerade befindet. Diese Systemintervention umfasst zahlreiche Informationsveranstaltungen für die multiplen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen insbesondere im ersten Implementierungsjahr sowie die langfristige Unterstützung bei der Entwicklung nachhaltig tragfähiger Strukturen.

3. Voraussetzungen, Ressourcenbedarf und Initiierung einer regionalen Implementierung

Voraussetzung für eine regionale Implementierung von *beizeiten begleiten* ist daher die entschlossene Bereitschaft eines **regionalen multiprofessionellen Leitungsteams**, für das Jahr der Implementierung die in den Folgeabschnitten näher skizzierte Investitionen von zeitlichen und personellen Ressourcen zu tätigen und das Projekt auch langfristig engagiert zu begleiten.

Für die Entscheidung, *beizeiten begleiten* zu implementieren, sollten folglich insbesondere

- die Träger und Leitungen der avisierten Senioreneinrichtungen,
- die einen Großteil der Einrichtungsbewohner betreuenden Hausärzte,
- die Teams der regionalen allgemeinen und / oder spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV, SAPV)
- die regionale Verwaltung (insbesondere die Heimaufsicht), sowie mittelfristig
- der Rettungsdienst einschließlich des regionalen Leitenden Notarztes und
- die wichtigsten Einzugskrankenhäuser (Ärztliche Leitung und insbesondere die Leitung der Medizinischen, ggf. der Geriatrischen / Palliativmedizinischen Klinik)

gewonnen werden und das Projekt aktiv unterstützen. Dringend empfehlenswert sind darüber hinaus weitere Partner, die das Projekt mit personellen und fachlichen Ressourcen nachhaltig fördern können, z.B. die lokale Hospizbewegung und / oder ein regionales SAPV-Team.

Es ist zudem erforderlich, für die Aufgabe der Implementierung im ersten Jahr eine (oder zwei) qualifizierte, insbesondere palliativmedizinisch erfahrene, eloquente und gut vernetzte leitende Fachkraft (Fachkräfte) mit dem Äquivalent einer ½ Stelle zu gewinnen. Dazu eignen sich am ehesten ein oder zwei engagierte Haus- oder SAPV-Ärzte, in Einzelfällen aber auch entsprechend vorqualifizierte und weithin akzeptierte nicht-ärztliche Persönlichkeiten z.B. in den Pflegeeinrichtungen, in der kommunalen Verwaltung oder im palliativmedizinischen Dienst (SAPV). Hierfür müssen Ressourcen zur Verfügung stehen, z.B. durch eine hierfür ausreichende Freistellung seitens der entsprechenden Institution oder durch eine Förderung durch die Hospizbewegung vor Ort oder auch mithilfe regionaler Förderer wie städtische Stiftungen, Banken, Serviceclubs etc.

Diese Fachkraft wirkt als **regionaler b.b. Projekttrainer** in der Einzel- und Gruppensupervision der Gesprächsbegleiter bis zu deren Zertifizierung, supervidiert und koordiniert zudem das gesamte Projekt der regionalen Implementierung einschließlich der Informations- bzw. Fortbildungsveranstaltungen für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal und installiert schließlich Maßnahmen der dauerhaften Aufrechterhaltung des Projekts und seiner Qualitätssicherung. Ausführlich hierzu s. unten.

Ressourcenbedarf: Die im Implementierungsjahr erforderlichen zeitlichen und personellen Ressourcen finden sich in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich beschrieben. An Implementierungskosten entstehen lediglich Trainerhonorare; Lizenzgebühren werden für das markenrechtlich geschützte Projekt *beizeiten begleiten* **nicht** erhoben. Für die *langfristige* Aufrechterhaltung sollte pro 100 stationären Pflegeplätzen etwa eine 1/12 Gesprächsbegleiter-Stelle (vorzugsweise im Sozialen Dienst und verteilt auf mindestens 2 Personen) kalkuliert werden, die voraussichtlich über die GKV finanziert werden kann, wenn das geplante Hospiz- und Palliativgesetz in der aktuellen Fassung verabschiedet wird (geplanter §132g SGB V). Hinzu kommt die Funktion eines regionalen b.b. Trainers, der als Kopf des regionalen Projekts fungiert, der die (durch den Turnover erforderlich werdenden) Nachschulungen sowie regelmäßige Informationsveranstaltungen durchführt, in schwierigen Fällen hilft oder moderiert sowie Maßnahmen der strukturellen Implementierung und Qualitätssicherung in allen beteiligten Institutionen zu installieren und zu warten hilft (siehe unten). Auch für diese, am ehesten einer Führungspersönlichkeit anzuvertrauende Tätigkeit sollte langfristig mindestens 1 Monat pro Jahr veranschlagt werden. Die internationale Erfahrung zeigt, dass regionale Projekte der vorausschauenden Behandlungsplanung ohne die fortgesetzte Begleitung durch einen qualifizierten Trainer schwerwiegende Qualitätseinbußen zeigen und / oder nicht aufrechtzuerhalten sind.

Wenn die genannten Voraussetzungen für eine Projektimplementierung gegeben oder diesbezügliche Fragen offen sind, kann Kontakt mit den b.b. Projektleitern aufgenommen werden.

4. Der Aufbau einer regionalen Qualifizierung für *beizeiten begleiten* im Überblick

Wenn alle Vorbereitungen getroffen sind, beginnt die Implementierung von b.b. mit

- einer 3-tägigen Präsenzschiung (3x 8h) für die designierten (nicht-ärztlichen) b.b. Gesprächsbegleiter und
- einer zeitgleichen 4-stündigen Fortbildung für die kooperierenden Hausärzte, gefolgt von je 1 Qualitätszirkel in den kommenden 4 Quartalen.

Erfahrungsgemäß sind nicht-ärztliche Gesprächsbegleiter nach der dreitägigen Schulung meist noch nicht befähigt, b.b. Gespräche zu führen. Entscheidend ist vielmehr die anschließende

- 6-monatige Qualifikationsphase, in der die Gesprächsbegleiter (evtl. nach einer kurzen supervidierten Rollenspielphase) in ihrer Institution 3-4 Begleitungsgespräche pro Monat führen und dabei mindestens monatlich durch den regionalen b.b. Trainer supervidiert werden sollen.

Dieses Erfordernis und die Bedingungen seiner konkreten Umsetzung (u.a. Freistellung der betreffenden Mitarbeiter) sollten unbedingt vorab mit den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen einvernehmlich geklärt werden! Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass der regionale b.b. Trainer für die Dauer von 6 Monaten über die Ressourcen verfügt, für jeden der neuen Gesprächsbegleiter mindestens monatlich eine Einzelsupervision (Zeitbedarf 2-3h vor Ort) sowie zusätzlich monatliche Plenarsupervisionen (Zeitbedarf 3-4h) für alle Gesprächsbegleiter anzubieten. Näheres zur Qualifikation der Gesprächsbegleiter: siehe nächsten Abschnitt.

Über die Qualifikation der Gesprächsbegleiter und der kooperierenden Hausärzte hinaus ist es von großer Bedeutung, das nicht-ärztliche und ärztliche Personal der an der Versorgung potenziell beteiligten Institutionen durch geeignete Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu qualifizieren. Dabei soll es in die Lage versetzt werden, die individuellen Voraussetzungen zu verstehen und anzuwenden sowie den Umgang damit (Archivierung, Zugriff und Transfer) in den jeweiligen Institutionen durch entsprechende Routinen zu verankern, die dies auch dauerhaft sicherstellen. Dies betrifft in erster Linie die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen selbst, den Rettungsdienst und die Einzugskrankenhäuser. Wichtig ist auch die Einbindung der regional tätigen Berufsbetreuer sowie die sorgfältige Information des regionalen Betreuungsgerichts, da Berufsbetreuer sich häufig dorthin wenden mit der Frage, ob eine Vorausplanung für die ihnen anvertrauten Bewohner, zu der sie im Rahmen des Projekts angeregt werden, auch rechtens ist.

5. Die Qualifikation zum *beizeiten begleiten*[®]-zertifizierten Gesprächsbegleiter

Das dreitägige *beizeiten begleiten* (b.b.) Gesprächsbegleiter-Seminar ist für „facilitators“ konzipiert, also primär für nicht-ärztliche Kollegen aus anderen Gesundheitsberufen, vornehmlich aus den Sozialen Diensten in Altenheimen, grundsätzlich aber auch – sofern entsprechend im Sinne kommunikativer Kompetenzen vorqualifiziert – z.B. aus der Pflege oder der Palliativarbeit. Das Seminar besteht im wesentlichen aus einem Theorietag, in dem Grundsätze des Advance Care Planning und der diesbezüglichen Gesprächsbegleitung vermittelt werden, und zwei Praxistagen, in denen alle Teilnehmer Gelegenheit erhalten sollen, zentrale Abschnitte der Gesprächsbegleitung im Rollenspiel zu üben.

Es ist mittelfristig vorgesehen, die designierten Gesprächsbegleiter durch eine e-Learning-Einheit auf das Präsenzseminar vorzubereiten, die jedoch noch entwickelt werden muss.

Nach dem Seminar erhalten die Teilnehmer eine vorläufige Zertifizierung als b.b. Gesprächsbegleiter und beginnen die voraussichtlich 6-12-monatige Schulungsphase. Voraussetzungen für die abschließende Zertifizierung sind:

- die Durchführung von mindestens 20 Gesprächsbegleitungen in einem möglichst bis zu 6-monatigen, höchstens aber 12-monatigen Zeitraum (Dokumentation durch Kopie der PV sowie der Termine und der jeweiligen Gesprächsdauern),
- die parallele Teilnahme an mindestens 4 (= 2 Fehltermine) supervidierten Plenartreffen der lokalen Gesprächsbegleiter zum Austausch von Erfahrungen (Moderation durch den lokalen Projekttrainer),
- fakultativ die Realisierung gegenseitiger Peer-Supervisionen in der Qualifikationsphase (empfohlen) und
- die parallel erfolgende Teilnahme an mindestens 6 Supervisionen (bei realen b.b. Gesprächsbegleitungen) durch den lokalen Projekttrainer, die neben der Präsenzveranstaltung als essentieller Teil dieser Schulung zu verstehen sind und in denen die Kompetenzen der Gesprächsbegleitungen zudem kumulativ nachgewiesen werden; bei Bedarf können weitere SV erfolgen.

Die Entscheidung über die Zertifizierung sollte in der Regel nicht später als 12 Monate nach der Präsenzschulung getroffen werden.

Der formale Nachweis der Kompetenzen erfolgt durch eine sukzessive Dokumentation im Rahmen der Supervisionen. Der Trainer führt für jeden Trainee eine solche Liste und dokumentiert die Demonstration der entsprechenden Kompetenz mit Datum und Signatur. Nach bisheriger Konzeption gibt es keinen quantitativen Standard an Kompetenzen, der erreicht werden muss, sondern die Liste ist eine informelle Dokumentation für den Trainer, auf die er die kumulative Qualifikation für die Zertifizierung stützen kann – in die letztlich auch eine globale Beurteilung wesentlich eingehen wird. **Entscheidend ist: Wenn der Trainer von der Qualifikation nicht überzeugt ist, ob aufgrund einzelner fehlender Kompetenzen oder wegen global erlebter Defizite, dann darf die betreffende Person nicht zertifiziert werden.**

6. Die Qualifikation zum *beizeiten begleiten*[®]-zertifizierten (Haus-) Arzt

Möglichst zeitgleich mit der Gesprächsbegleiter-Schulung findet eine 4-stündige Präsenzfortbildung für Ärzte statt, die auf dieser Grundlage eine vorläufige Zertifizierung zur Teilnahme am Projekt b.b. erhalten. Für die Zertifizierung für 5 Jahre ist zusätzlich die Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln zu dem Thema innerhalb des auf die Fortbildung folgenden Jahres erforderlich. Die Ärzte lernen dabei ihre neue Rolle kennen als Teampartner und Supervisor der nicht-ärztlichen Gesprächsbegleiter, die den zeitlich größten Anteil der Gesprächsbegleitung leisten, während die Ärzte Verantwortung übernehmen für Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen auf Seiten der Unterzeichner.

Die Erfahrung zeigt, dass palliativ erfahrenen Ärzten die eigentliche Gesprächsdurchführung relativ leicht fällt – verglichen etwa mit den Kollegen aus der Sozialen Arbeit oder gar Altenpflege, die sich damit am Anfang häufig sehr schwer tun. Letztlich handelt es sich ja um nichts anderes als um ein komplexes Aufklärungsgespräch. Entscheidend ist bei dieser Fortbildung, die teilnehmenden Ärzte

- für eine Haltung zu gewinnen, die den Patienten als Experten für seine Präferenzen ansieht, also für eine strikte Patientenzentrierung der Gesprächsführung,
- für ein reichweiten-unbeschränktes Konzept von PV zu gewinnen (also die in vielen Köpfen bestehende Verbindung zwischen infauster / schlechter Prognose einerseits und dem Ver-

zucht auf lebensverlängernde Maßnahmen als vermeintlichem Ausdruck autonomer Willensäußerung (!) andererseits aufzulösen),

- mit ihrer Rolle in dem Prozess der Entstehung von b.b. Vorausverfügungen vertraut zu machen
- in die Verwendung der einheitlichen Formularen einzuführen

Eine Einzel-Supervision der Ärzte im Sinne der Teilnahme eines Supervisors an Gesprächsbegleitungen erscheint weder realisierbar noch unbedingt erforderlich und ist daher nicht vorgesehen. Statt dessen ist darauf zu achten, bei den 4 QZ-Angeboten im Jahr nach der Fortbildung (2 obligat / 2 mögliche Fehltermine) alle beteiligten Ärzte zu Wort kommen zu lassen und Konflikte sorgfältig zu eruieren / zu bearbeiten.

7. Die Qualifizierung zum *beizeiten begleiten*[®] Trainer

Als b.b. Trainer kommen in erster Linie palliativ erfahrene Ärzte in Frage. Daneben können sich auch Angehörige anderer (Gesundheits-) Berufe zum Trainer qualifizieren, sofern entsprechende Vorqualifikationen im palliativen und kommunikativen Bereich nachweislich bestehen.

Die Anforderungen für die Zertifizierung zum regionalen **Trainer für *beizeiten begleiten* (b.b.)** lauten wie folgt:

- Teilnahme am dreitägigen b.b. Gesprächsbegleiter-Seminar
- Teilnahme an der b.b. Ärzte-Fortbildung

Anschließend Zertifizierung als b.b. Trainer-Trainee (Gültigkeit: 2 Jahre)

- Durchführung von mindestens 12 eigenen b.b. Gesprächsbegleitungen in möglichst 6, max. 12 Monaten (dokumentiert durch Kopien der Vorausverfügungen), anschließend Zertifizierung als b.b. Gesprächsbegleiter
- Einzel-SV von mindestens drei Gesprächsbegleitungen durch einen erfahrenen Trainer. Bei Bedarf / auf Wunsch können weitere Einzel-SV-Termine ermöglicht werden.
- Kurzbericht (mind. 2 Seiten) des Trainer-Trainees über die Begleitung der Qualifikation mindestens eines Gesprächsbegleiter-Trainees von der Präsenzs Schulung bis zur Zertifizierung durch vom Trainer-Trainee (unter Meta-Supervision eines erfahrenen Trainers) durchgeführte Einzel-SV und Moderation von Plenarsitzungen
- Durch einen b.b. Projektleiter supervidierte selbständige Durchführung einer Schulung von b.b. Gesprächsbegleitern, also des 3-tägigen Präsenzseminars
- Teilnahme an einem 2-tägigen Train-the-Trainer-Seminar, das ab 2017 jährlich angeboten werden und das folgende Schwerpunkte haben wird:
 - Erfahrungen / Finessen / spezielle Herausforderungen der b.b. Gesprächsbegleitung
 - Durchführung der b.b. Gesprächsbegleiterschulung
 - Unterstützung bei der Qualifikation und Zertifizierung zum b.b.-Gesprächsbegleiter
 - Institutionelles und regionales Change Management bei der Einführung von b.b.

Wenn die Trainer-Trainees an der dreitägigen Präsenzs Schulung für Gesprächsbegleiter teilnehmen, wird ihnen ein Großteil der Inhalte dieser Fortbildung aufgrund ihrer allgemeinen palliativen Vorerfahrungen und auch speziellen Vorkenntnisse in Sachen ACP vertraut sein. Die Trainees beobachten diese Fortbildung daher (auch) auf der Meta-Ebene, d.h. als potenzielle künftige Seminarleiter zur Auseinandersetzung mit den inhaltlichen und didaktischen Bedürfnissen der anderen Teilnehmer. Wichtig wird es später auch sein, die Erfahrungen und Eindrücke aus dem Seminar mit den Erfahrungen der späteren Einzel-Supervisionen im Projektverlauf zu integrieren und für die künftige Durchführung des Seminars daraus zu lernen. Nebenbei wird das Konzept sicherlich durch die Anregungen und kritischen Rückmeldungen der Trainees an die Projektleitung profitieren mit Blick auf seine Wei-

terentwicklung und künftige Replikation. Entsprechendes gilt für die Teilnahme der Trainees an der 4-stündigen Hausarzt-Fortbildung.

8. Erneuerung der *beizeiten begleiten*[®] Zertifizierungen nach 5 Jahren

Alle b.b. Zertifizierungen erfolgen durch die b.b. Projektleitung bzw. durch dafür speziell zugelassene Trainer und haben eine Gültigkeit von 5 Jahren. Danach ist eine Re-Zertifizierung erforderlich.

Voraussetzungen für die Re-Zertifizierung als b.b. Gesprächsbegleiter sind:

- Nachweis der höchstens 1 Jahr zurückliegenden Teilnahme an einem mindestens 2-stündigen Plenartreffen (Erfahrungsaustausch: Erfahrungen, Erfolge, Hindernisse – Klientenebene, Kooperation mit dem Arzt, institutionelle Ebene usw.) von b.b. Gesprächsbegleitern, das von dem regionalen b.b. Projekttrainer moderiert wurde,
- Nachweis der höchstens 1 Jahr zurückliegenden Einzel-SV einer realen b.b. Gesprächsbegleitung durch einen b.b. Trainer

Voraussetzung für die Re-Zertifizierung der Hausärzte ist der Nachweis der höchstens 1 Jahr zurückliegenden Teilnahme an einem mindestens 90minütigen Qualitätszirkel für b.b. Ärzte.

Auch die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erhalten eine für 5 Jahre gültige Zertifizierung, sobald sie über eine zertifizierte Gesprächsbegleiterin verfügen. Voraussetzung für die Re-Zertifizierung ist, dass weiterhin ein zertifizierter Gesprächsbegleiter in der Einrichtung tätig ist und dass alle neu einziehenden Bewohner nachweislich das Angebot einer b.b. Gesprächsbegleitung erhalten.

Voraussetzungen für die Re-Zertifizierung als b.b. Trainer sind:

- Nachweis der in den letzten 5 Jahren erfolgten Durchführung von mindestens
 - einem durchgeführten b.b. Seminar für Gesprächsbegleiter, dito Fortbildung für Ärzte
 - der Qualifizierung mindestens eines b.b. Gesprächsbegleiters bis zur erfolgreichen Zertifizierung
- die Teilnahme an einem 8-stündigen Trainer-Seminar (Erfahrungsaustausch, Update zu b.b. / ACP international), das von einem Mitglied des b.b. Leitungsteams moderiert wird