

Diakonie 

Rheinland
Westfalen
Lippe

Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Eine Stellungnahme der Diakonie RWL

Vorwort

**Gott hilft uns nicht immer am Leiden vorbei,
aber er hilft uns hindurch.**

Johann Albrecht Bengel

Sterbende zu begleiten, ist Auftrag und Werk christlicher Barmherzigkeit. Tod und Sterben sind heute keine Tabu-Themen mehr. Das ist ganz wesentlich der Hospizbewegung zu verdanken, die für einen menschenfreundlichen, zugewandten Umgang in der letzten Lebensphase und am Lebensende wirksame Impulse gesetzt hat – Impulse, die inzwischen vielfältig in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen, Diensten und Häusern aufgegriffen worden sind.

Gerade zum Lebensende hin bilden die medizinische, pflegerische, soziale und seelsorgliche Zuwendung einen unauflösbaren Zusammenhang. Hier gilt es, das medizinisch Notwendige zu tun – mit Achtsamkeit und ohne Zeitdruck. In der Gesellschaft des langen Lebens, so zeigen es empirische Studien, sterben immer mehr Menschen im Altenheim. Altenpflegeeinrichtungen müssen die neuen Zentren für die gute Versorgung von Sterbenden werden. Das hat die Politik im Prinzip anerkannt. Im Koalitionsvertrag für die neue Bundesregierung heißt es: „Wir werden die Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken, insbesondere durch [...] Verbesserungen bei der Versorgung [...] in Altenpflegeeinrichtungen.“

Als Christen glauben wir, dass unser Leben in Gottes Hand liegt. Selbstmanagement und Selbstoptimierung kommen im Sterbeprozess an ihre Grenzen. Dieser „Zwischenruf“ macht deutlich, was Menschen in der letzten Lebensphase brauchen. Ein Konzept, das beispielhaft von einem diakonischen Träger, der Diakonie Wuppertal, konzipiert und durchgeführt wurde, könnte beispielgebend für andere sein. Unsere Wünsche und Forderungen für eine konstruktive politische Gestaltung der palliativen Versorgung sind nicht aus der Luft gegriffen.

Pfarrer Christian Heine-Göttelmann

Vorstand des Diakonischen Werkes
Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. –
Diakonie RWL



Einführung

Fast ein Drittel aller Bundesbürger verstirbt heute im Pflegeheim. In den Heimen sind immer kürzere Verweildauern zu beobachten, weil die Menschen immer später, in Stadien von höherer Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit einziehen und damit zeitlich der letzten Lebensphase näher sind. Damit sind immense Herausforderungen für die Einrichtungen verbunden. Die Pflegenden in den Heimen arbeiten am Limit, um diese wichtige letzte Lebensphase bedarfsgerecht und würdevoll für die Bewohnerinnen und Bewohner zu gestalten. Damit sie sich Sterbenden in angemessener Weise zuwenden können, sind eine gute Qualifikation und die Möglichkeit der Selbstreflexion wichtig, in erster Linie benötigen sie aber genügend Kolleginnen und Kollegen. Das hat auch die Politik erkannt. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) hat sie die „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ als Leistung der Krankenversicherung eingeführt. Die Bedingungen dieser Leistung sind zwar bescheiden, aber immerhin ist damit ein erster Schritt zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen getan.

Dass das nicht ausreicht, war den gesetzgebenden Instanzen schon im Gesetzgebungsverfahren zum HPG klar. Weitergehende Verbesserungen scheiterten jedoch seinerzeit am fehlenden Geld und stehen nun in einem zweiten Schritt als große Aufgabe für die neue Bundesregierung an. So steht es auch in dem Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode. Was das heißt, sprich, welche Ressourcen für eine gute Sterbebegleitung im Heim erforderlich sind, hat der Träger eines diakonischen Projektes zur Qualifizierung der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der gemachten Erfahrungen benannt. Neben der Ressourcenfrage stellt sich die Frage, wo denn weitergehende gesetzliche Regelungen zu verorten sind. Vieles spricht hier für die Pflegeversicherung.

Mit dieser Veröffentlichung geben wir einen Überblick über die letzten Entwicklungen und den aktuellen Stand der Debatte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Wir wünschen uns die Verwendung für die weitergehende Debatte im gesellschaftlichen und politischen Raum und hoffen, damit einer baldigen Lösung für die betroffenen Menschen Auftrieb zu geben.

Rudolf Michel-Fabian

Leitung Geschäftsfeld Pflege,
Alter und Behinderung.
Diakonisches Werk Rheinland-
Westfalen-Lippe e.V. – Diakonie RWL



Zahlen und Fakten

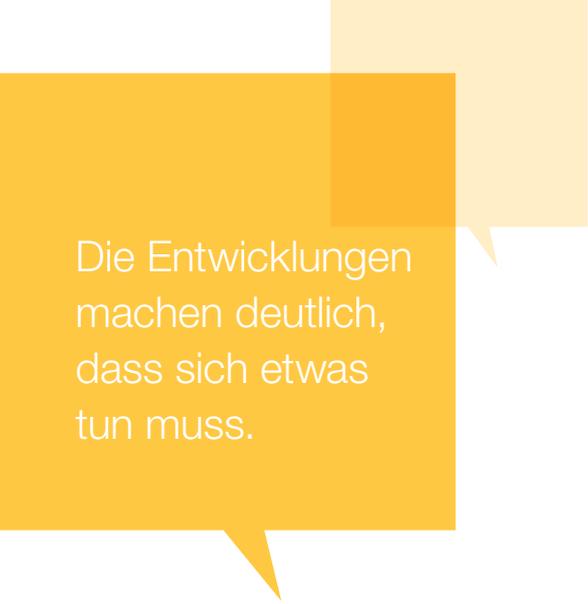
31 Prozent aller Bundesbürger sterben heute im Pflegeheim, so eine aktuelle Schätzung im Faktencheck Gesundheit 2015 (Bertelsmann-Stiftung, 2015, Seite 2). Genaue Angaben zu den Sterbeorten der Deutschen gibt es allerdings nicht, da die amtliche Todesfallstatistik zwar die Todesursache, aber nicht den Sterbeort enthält. Verschiedene Schätzungen seit den 90er Jahren zeigen laut Werner jedoch den eindeutigen Trend „[...] dass das Altenheim die Funktion des Umgangs mit dem Sterben, die im 20. Jahrhundert zunächst sukzessive von der Familie auf das Krankenhaus übergegangen ist, nun zunehmend von beiden „Institutionen“ übernimmt, und – bei unveränderten Kontextbedingungen – in Zukunft noch mehr übernehmen wird.“ (Werner, 2012, Seite 7)



Rund ein Drittel aller Bundesbürger sterben heute im Pflegeheim.

Die Verweildauer und Mortalität in stationären Einrichtungen, zu denen es ebenfalls nur wenige empirische Daten gibt, waren Gegenstand einer Erhebung des Alters-Institutes. In einem Zeitraum von 2007 bis 2014 wurden Daten von rund 8.300 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 32 stationären Einrichtungen des Evangelischen Johanneswerkes in NRW erhoben und ausgewertet. Die Zeit, die Bewohnerinnen und Bewohner im Altenheim verleben, ist im Erhebungszeitraum stetig gesunken. Während diese im Jahr 2007 noch bei 32,2 Monaten lag, sank sie bis zum Jahr 2014 auf nur noch 27,1 Monate. Das Alters-Institut prognostiziert eine weitere Abnahme auf 24 Monate im Jahr 2020. Die Zeitreihenbetrachtung konkretisiert diese Ergebnisse. 17,9 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner versterben demzufolge innerhalb der ersten vier Wochen nach ihrem Einzug, 29 Prozent innerhalb der ersten drei Monate und nach einem Jahr ist knapp die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner verstorben.

Interessant sind dabei die Unterschiede bei Männern und Frauen. Im Zeitraum von 2007 bis 2014 lebten Frauen im Durchschnitt 35 Monate in einer stationären Einrichtung, Männer jedoch nur 18 Monate und damit nur halb so lange. Das durchschnittliche Einzugsalter von Frauen lag im Jahr 2014 bei 84,2 Jahren und blieb im gesamten Erhebungszeitraum relativ konstant. Anders sieht es bei den Männern aus. Während sie 2007 mit durchschnittlich 79,4 Jahren in eine stationäre Pflegeeinrichtung einzogen, stieg das Einzugsalter bis 2014 um zwei Jahre auf durchschnittlich 81,4 Jahre. Im gleichen Zeitraum hat der Anteil der Männer unter den Verstorbenen von 26,9 auf 33,2 Prozent deutlich zugenommen. Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend fortsetzen und auch dadurch die durchschnittliche Verweildauer in Heimen weiter sinken wird. Ein weiteres Ergebnis der Erhebung ist, dass es erhebliche Unterschiede bei den Verweildauern in den Einrichtungen gibt. Die Streuung bewegt sich zwischen 13,5 und 41,7 Monaten, woraus sehr unterschiedliche Herausforderungen in der Sterbebegleitung resultieren (Techtmann, 2015, Seite 3 ff.).



Die Entwicklungen machen deutlich, dass sich etwas tun muss.

Die Gründe für die zuvor aufgezeigten Entwicklungen in der stationären Altenpflege sind vielfältig. Einen wesentlichen Anteil hieran hat sicher das seit 1995 im Pflegeversicherungsgesetz verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“, das die ambulante Pflegephase bei vielen Pflegebedürftigen verlängert und damit den Einzug in eine stationäre Einrichtung als Ende der Versorgungskette hinausgezögert hat. Die Reformen der letzten Jahre haben sukzessiv die Anreize für die ambulante Pflege erhöht und gleichzeitig Hürden für die Versorgung in stationären Pflegeheimen geschaffen. Zahlen aus dem 6. Pflegebericht der Bundesregierung bestätigen dies: Während die Zahl der ambulant Versorgten im Zeitraum von 2004 bis 2014 um 40,2 Prozent zugenommen hat, ist die Zahl der stationär Versorgten im selben Zeitraum nur um 19,4 Prozent gestiegen (6. Pflegebericht der Bundesregierung, Seite 29).

Mit dem Pflegestärkungsgesetz – PSG II – wurde zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und die Umstellung des Leistungsrechts von drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade im SGB XI vorgenommen. Gleichzeitig wurden die Leistungen der Pflegeversicherung angepasst: In den niedrigen Pflegegraden wurden die Leistungen für die stationäre Pflege gesenkt, während die ambulanten Leistungen dort deutlich angehoben wurden. Der Trend zur Ambulantisierung setzt sich damit weiter fort, so dass der Einzug in ein Pflegeheim immer später stattfindet. Dies führt zu einem weiteren Anstieg des Anteils der hochaltrigen und multimorbiden Menschen, die der Lebensphase des Sterbens bereits sehr nahe sind.

Die hier aufgezeigten Entwicklungen machen deutlich, dass sich etwas tun muss, damit die Einrichtungen auch in der Zukunft die Aufgabe der angemessenen Begleitung sterbender Menschen bewältigen können.

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) ist ein erster Schritt

Am 5. November 2015 wurde das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) verabschiedet. Es verpflichtet die Einrichtungen in den §§ 28 und 75 SGB XI zur hospizlichen und palliativen Versorgung, ohne allerdings die dafür nötigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Ein erster politischer Schritt zu einer echten Verbesserung wurde hingegen mit der Einführung des § 132g SGB V zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in stationären Pflegeeinrichtungen für die letzte Lebensphase als Leistung der Krankenversicherung getan.

§§ 28 UND 75 SGB XI

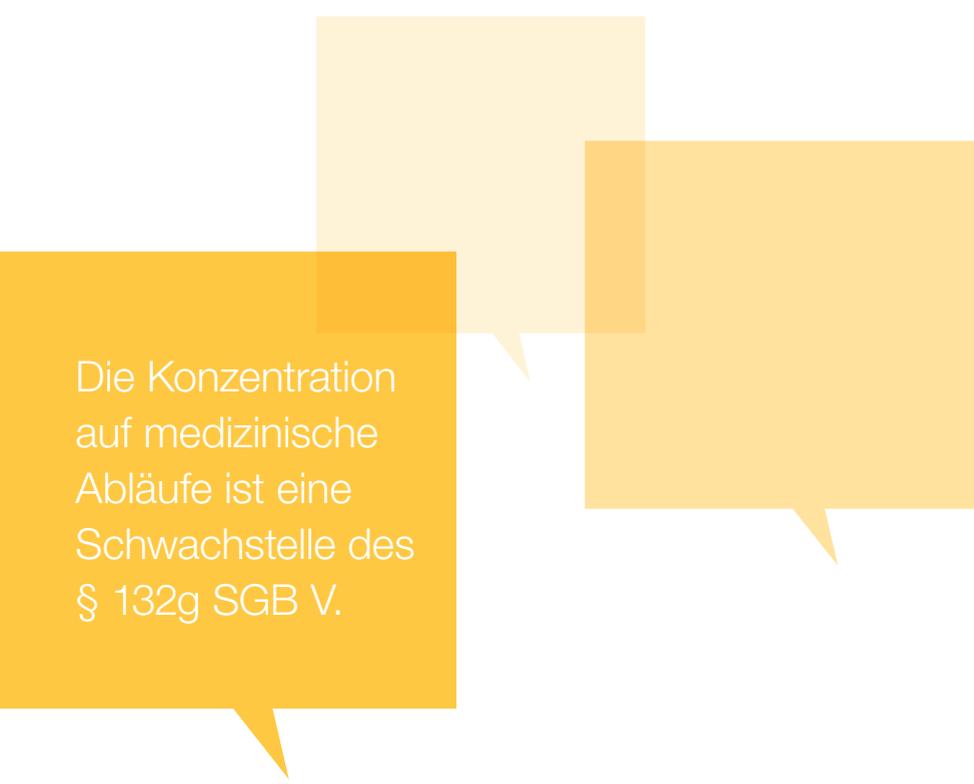
Das HPG hat Leistungsfestschreibungen der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in den §§ 28 und 75 SGB XI vorgenommen. Wie diese Verpflichtung unter den chronisch defizitären Finanzierungsbedingungen in stationären Einrichtungen erfüllt werden kann, hat das HPG offengelassen. Ein Finanzierungskonzept fehlt. Begründung des Gesetzgebers war, dass es sich hierbei nur um eine Klarstellung handle.

Klarstellen kann man das, denn natürlich haben die Einrichtungen schon immer eine bestmögliche Sterbebegleitung geleistet. Klarstellen muss man dabei aber auch, dass die Bedingungen in den letzten Jahrzehnten immer schwieriger geworden sind. Und klarzustellen ist, dass eine Klarstellung etwas anderes ist, als eine gesetzliche Verpflichtung. Von ihr kann man erwarten, dass sie auch mit einem soliden Finanzierungskonzept unterlegt ist, die es den nunmehr verpflichteten Einrichtungen ermöglicht, diese Leistung in angemessener Weise ohne Zeitdruck zu erbringen.

§ 132g SGB V

§ 132g SGB V sieht die Finanzierung der Beratung über Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung vor:

„Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Ffften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden.“ (§ 132g Abs. 1 Satz 1-3 SGB V)



Die Konzentration
auf medizinische
Abläufe ist eine
Schwachstelle des
§ 132g SGB V.

Die Konzentration auf medizinische Abläufe ist eine Schwachstelle des § 132g SGB V, da die Versorgung vorrangig pflegerische Interventionen erfordert. Dieses medizinische Primat wird auch durch die Verortung des § 132g in der Krankenversicherung vorgegeben.

Auf Kritik stößt auch das sehr bescheidene Mengenverhältnis von einer Beratungskraft pro 400 (!) Bewohnerinnen und Bewohner. Man kann sich vorstellen, dass bei diesem Mengenverhältnis für den einzelnen Menschen nicht viel Zeit bleibt.

Praktische Erfahrungen mit der Umsetzung des § 132g SGB V fehlen noch, weil die Umsetzungsvereinbarung über die Inhalte und Anforderungen, die am 31. Dezember 2016 stehen sollte, erst Anfang dieses Jahres geeint werden konnte.

Lösungsansätze im Vorfeld und im Gesetzgebungsverfahren des HPG

Im Vorfeld und im Gesetzgebungsverfahren wurden unterschiedliche Lösungen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen diskutiert. In einem Positionspapier vom September 2014 spricht sich die Diakonie Deutschland für einen starken Lösungsansatz analog der damaligen Regelung für Zusatzpersonal zur Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in dem alten, zu der Zeit geltenden, § 87b SGB XI der Pflegeversicherung aus:

„Die Diakonie Deutschland spricht sich für einen personenbezogenen Vergütungszuschlag [...] aus [...]. Der Vergütungszuschlag soll auf der Grundlage eines angemessenen Personalschlüssels berechnet und aus Mitteln der Pflegekassen an den Leistungserbringer gezahlt werden. Damit können in stationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Stellenanteile für Mitarbeitende finanziert werden, die mindestens über eine Palliative-Care-Weiterbildung verfügen. Das SGB XI kennt in § 87b SGB XI bereits ein personenbezogenes Personalkostenfinanzierungsmodell für Personengruppen mit einem erhöhten Versorgungsbedarf. Daraan anknüpfend könnte ein Vergütungszuschlag für die personellen Aufwendungen für Personen mit Bedarf an palliativ kompetenter Versorgung gezahlt werden. Diese Zuschläge erhöhen die von den pflegebedürftigen Menschen zu zahlenden Entgelte nicht.“ (Diakonie Deutschland, 2014, Seite 4)

Im Gesetzentwurf zum HPG hat der Gesetzgeber dann mit § 132g SGB V eine Lösung vorgeschlagen, die eine in der Krankenversicherung verortete Leistung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorsah. In ihrer Stellungnahme zu diesem Gesetzentwurf haben der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland darauf hingewiesen, dass es zwei mögliche Lösungsansätze gibt und explizit auf die von der Diakonie 2014 beschriebene Pflegeversicherungs-Lösung Bezug genommen. Gleichwohl haben die beiden kirchlichen Verbände dem Lösungsansatz der Bundesregierung grundsätzlich zugestimmt, allerdings auf dessen unzureichende Ausstattung aufmerksam gemacht. Sie führen aus:

„Als unzureichend erachten Caritas und Diakonie die Refinanzierung der Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung in den stationären Pflegeeinrichtungen. Ziel muss es sein, mehr Personal und Ressourcen für eine gute Palliativversorgung und hospizliche Sterbebegleitung im Pflegeheim zur Verfügung zu stellen. Zugleich dürfen die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht weiter durch steigende Eigenanteile in Folge einer Verteuerung der Pflegesätze durch höhere Personalkosten belastet werden. [...] Nach Auffassung von Caritas und Diakonie kann dies auf zwei Wegen erfolgen: entweder durch Einführung eines allein von den Pflegekassen zu tragenden Vergütungszuschlags für die Palliativversorgung und Sterbebegleitung in Form eines neuen

§ 87c SGB XI oder durch den jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen Ansatz eines § 132g SGB V ‚Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.‘ Caritas und Diakonie unterstützen den Lösungsansatz über § 132g SGB V grundsätzlich. Dieser muss jedoch systematisch um das Element des fallbezogenen Koordinationsmanagements ergänzt werden. [...] Für die Vorausplanung gesundheitlicher Versorgung für die letzte Lebensphase muss zudem auch eine ausreichende finanzielle Ausstattung zur Verfügung gestellt werden. Wir kalkulieren für die Aufgaben des advance care planning und des fallbezogenen Koordinationsmanagements circa 1,5 bis 2 Vollzeitstellen pro 100 Bewohner. Wenn zum Einstieg nur die Hälfte der vollstationären Einrichtungen diese Leistung anbieten würde, müsste ein Betrag von circa 250 Mio. Euro statt der vom BMG so bezeichneten Summe im unteren mittleren zweistelligen Millionenbereich zur Verfügung gestellt werden.“ (Diakonie Deutschland & Caritas, 2015, Seite 3)

Am Ende hat sich der in dem Entwurf der Bundesregierung vorgesehene Lösungsansatz mit zwar kleinen Änderungen, aber einer nach wie vor unzureichenden Ausstattung durchgesetzt.

Trotzdem darf der Ansatz nicht geringgeschätzt werden. Die gesundheitliche Versorgungsplanung ist ein wichtiges Element einer guten Sterbebegleitung und § 132g SGB V damit ein wichtiger erster gesetzlicher Schritt. Allerdings kann er nur richtig zünden, wenn nun auch der zweite Schritt zur Schaffung von Ressourcen per Gesetz für die nach der Planung erforderliche Versorgung folgt. Niemand plant schließlich gerne etwas, was nachher nicht umgesetzt werden kann. Im Alltagsgeschehen sind solche frustrierenden Erlebnisse zwar nicht selten, aber meist noch mit Aussicht auf ein Gelingen in der Zukunft mehr oder weniger gut verkraftbar. In der existenziell vielleicht bedeutsamsten letzten Lebensphase des Menschen darf das nicht sein!

Der zweite Schritt muss jetzt folgen – aber bitte komplett

Dass dem ersten Schritt des § 132g SGB V nun ein zweiter Schritt, bezogen auf die Versorgung, folgt, haben sich die Regierungsparteien in ihren Koalitionsvertrag geschrieben:

„Wir werden die Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken, insbesondere durch [...] Verbesserungen bei der Versorgung [...] in Altenpflegeeinrichtungen.“ (Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD zur 19. Legislaturperiode der Bundesregierung, Zeilen 4.577 bis 4.580)

Dass dieser zweite Schritt zur Verbesserung der Versorgung nötig ist, war auch schon im Gesetzgebungsverfahren zum HPG klar. Der Bundesrat hatte bereits am 12. Juni 2015 in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzesentwurf des HPG darauf hingewiesen, dass mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Versorgung in den §§ 28 und 75 SGB XI auch eine höhere Leistungs- und Finanzierungserwartung – also eine Verbesserung der Versorgung – verbunden ist:

„Der Bundesrat stellt fest, dass eine Ergänzung des Leistungskatalogs des § 28 SGB XI und der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI um Maßnahmen der Sterbebegleitung über eine reine gesetzgeberische Klarstellung hinausgeht. Mit dem Ziel, die Bedürfnisse sterbender Menschen nach einer umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung und Begleitung, die der individuellen Lebenssituation und dem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt, bei der Erbringung von Pflegeleistungen zu berücksichtigen (vgl. Begründung zu § 28 SGB XI), ist eine erhöhte Leistungserwartung verbunden. [...] Da eine ergänzte Leistungserwartung die Frage von Mehrkosten und ihrer Gegenfinanzierung aufwirft, fordert der Bundesrat, hierzu im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Regelung zu treffen [...]“ (Bundesrat, 2015, Seite 13 f.)

Die Bundesregierung lehnte diese Forderung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 28. August 2015 nicht substantziell, aber mit dem Hinweis auf das liebe Geld ab:

„Weitergehende Maßnahmen, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, würden zu erheblichen Kostenverschiebungen führen und sind derzeit nicht vorgesehen.“ (Deutscher Bundestag, 2015, Seite 4)

Nachdem das HPG ohne die vom Bundesrat geforderte Finanzierungsregelung der erhöhten Leistungserwartung am 5. November 2015 verabschiedet wurde, hat der Bundesrat seine Forderung in seiner Entschließung vom 27. November 2015 noch einmal bekräftigt:

[...] „Das Gesetz berücksichtigt nicht, dass eine Ergänzung des Leistungskatalogs des § 28 SGB XI und der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI um Maßnahmen der Sterbebegleitung über eine reine gesetzgeberische Klarstellung hinausgeht. Mit dem Ziel, die Bedürfnisse sterbender Menschen nach einer umfassenden

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, Verbesserungen in der hospizlichen und palliativen Versorgung umzusetzen.

*medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung und Begleitung, die der individuellen Lebenssituation und dem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt, bei der Erbringung von Pflegeleistungen zu berücksichtigen (vgl. Begründung zu § 28 SGB XI), ist eine erhöhte Leistungserwartung verbunden. [...] Da eine ergänzte Leistungserwartung die Frage von Mehrkosten und ihrer Gegenfinanzierung aufwirft, fordert der Bundesrat, hierzu eine Regelung zu treffen. [...] **Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, zeitnah die vom Bundesrat eingeforderten Verbesserungen in der hospizlichen und palliativen Versorgung im Bereich der pflegerischen Versorgung durch entsprechende weitere Initiativen umzusetzen.**" (Bundesrat, 2015, Seite 1 f.)*

Es ist zu hoffen, dass die neue Bundesregierung ihr Versprechen im Koalitionsvertrag mit den dazu erforderlichen gesetzlichen Initiativen einlöst.

In einem Modell der Diakonie Wuppertal wurden Vorstellungen entwickelt, was für eine verbesserte Hospiz- und Palliativversorgung in Altenpflegeeinrichtungen erforderlich ist. Daran können sich die Koalitionspartner orientieren.

Ergebnis eines diakonischen Modellprojekts

Von der Diakonischen Altenhilfe Wuppertal (DAW) wurde von 2012 bis Ende 2015 ein Projekt zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativkultur in stationären Einrichtungen ins Leben gerufen, an dem acht stationäre Einrichtungen beteiligt waren.

Im Rahmen des Projekts – und bis heute – durchlaufen alle Mitarbeitenden, die mindestens eine halbe Stelle haben, eine 5-tägige Basisschulung „Palliative Praxis“, auch Haustechniker und Verwaltungskräfte. Ausgewählte Pflegekräfte sind in Palliativpflege ausgebildet. Unterstützt wird das Team von etwa 70 ehrenamtlichen Mitarbeitenden des Hospizdienstes „Die Pusteblyume“. Sie begleiten sterbende Menschen und deren Angehörige, wenn diese es wünschen. Im Einzelfall finden Ethische Fallgespräche mit Angehörigen, Hausärzten und dem Pflegepersonal statt. Finanziert wurde das Projekt vom Förderverein des Hospizdienstes „Die Pusteblyume“ und durch Eigenmittel des Trägers.

Die Erfahrungen mit Sterbeverläufen werden seitdem systematisch reflektiert. Einmal pro Monat trifft sich in jeder Einrichtung die „Hospizrunde“ – Leitungen, Sozialer Dienst, Seelsorger und die Koordinatorinnen oder Koordinatoren des Hospizdienstes –, um aktuelle Fälle zu besprechen und auszuwerten. Auf dieser Grundlage sind in den beteiligten Wuppertaler Einrichtungen praxisnahe Erkenntnisse zum Personalbedarf entstanden. Für eine angemessene Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen sind nach diesen Erfahrungen neben der ausreichenden Personalausstattung für Pflege und Betreuung folgende Ressourcen erforderlich:

- Eine Anschubfinanzierung für die Implementierungsphase von Hospizkultur und Palliativversorgung (100.000 Euro wurden hierfür in Wuppertal allein vom Förderverein aufgebracht);
- die Basisqualifizierung aller Mitarbeitenden in Palliativer Praxis;
- ausgebildete Palliativfachkräfte – eine Stelle pro 20 Bewohnerinnen/Bewohner;
- eine Hospiz- und Palliativbeauftragte oder ein -beauftragter für besondere Aufgaben in der Versorgung und Begleitung Sterbender, wie beispielsweise die Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, Koordination und Vernetzung mit den ambulanten Netzwerkpartnern (etwa Hospizdienste, AAPV, SAPV), die Moderation ethischer Fallbesprechung und Qualitätssicherung – 1/4 Stelle pro Wohnbereich von circa 20 Bewohnerinnen/Bewohnern. Das entspricht einer Stelle bei einer Einrichtung mit circa 80 bis 100 Bewohnerinnen/Bewohnern;
- Supervision für die Mitarbeitenden zur Reflexion des eigenen Handelns und der Belastung aus der Begleitung Sterbender.

Leider stellen die Systeme der Regelfinanzierung die erforderlichen Mittel nicht zur Verfügung, und auch das Projekt musste mit weniger auskommen und war selbst noch auf die Mitfinanzierung des Fördervereins des Hospizdienstes angewiesen.



Es ist eine gesetzliche
Regelung erforderlich,
die den Fokus auf
die pflegerischen
Interventionen legt.

Lösung

Die Lösung liegt auf der Hand. Nachdem mit § 132g SGB V die Beratung geregelt ist, muss nun auch die angemessene, gesetzestechnisch als „Versorgung“ bezeichnete, Begleitung sterbender Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen geregelt werden. Dazu ist eine gesetzliche Regelung erforderlich, die den Fokus auf die pflegerischen Interventionen legt und damit logischerweise in der Pflegeversicherung zu verorten wäre. Zu den erforderlichen Ressourcen mit Mengengerüst hat die Diakonie Wuppertal einen diskussionswürdigen Vorschlag vorgelegt. Zur Frage, wie eine solche Regelung gesetzestechnisch bewerkstelligt werden kann, lohnt ein Blick in den alten § 87b SGB XI.

Literaturverzeichnis

Viele Dokumente aus dem Literaturverzeichnis und weitere Materialien finden Sie unter dieser Adresse: www.diakonie-rwl.de/zwischenrufe/hpg

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Sechster Pflegebericht der Bundesregierung.

Bundesrat (2015): Beschluss des Bundesrates. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Drucksache 519/15 (Beschluss).

Bundesrat (2015): Stellungnahme des Bundesrates. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Drucksache 195/15 (Beschluss).

CDU, CSU & SPD (2018): Koalitionsvertrag. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I Seiten 2.477, 2.482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I Seite 3.214) geändert worden ist.

Deutscher Bundestag (2015): Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates. Drucksache 18/5868.

Diakonie Deutschland (2014): Diakonie Texte. Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Diakonie Deutschland & Caritas (2015): Stellungnahme. Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) BT Drucksache 18/5170 sowie zum Antrag von Bündnis 90/Die GRÜNEN BT Drucksache 18/4563 und zum Antrag der LINKEN BT Drucksache 18/5202

Grote-Westrick, M. & Volbracht, E. (2015): Spotlight Gesundheit. Palliativversorgung. Bertelsmann Stiftung.

Techtmann, G. (2015): Die Verweildauern sinken. Statistische Analyse zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen.
Werner, B. (2012): Sterben in Deutschland – wie können Hospizdienste, Pflege und Medizin mit den Betroffenen neue Wege gehen.

Impressum

Diakonisches Werk Rheinland-Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. – Diakonie RWL
Stabsstelle Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
Lenastraße 41
40470 Düsseldorf
Telefon 0211 6398-219
E-Mail oeffentlichkeitsarbeit@diakonie-rwl.de
www.diakonie-rwl.de

Text

Rudolf Michel-Fabian

Redaktionelle Begleitung

Christian Carls
Martina Althoff

Druck

Druckerei Buschmann, Münster

1. Auflage 2.000

Stand: Juni 2018

Dieser Zwischenruf kann über folgende Adresse bestellt werden:

www.diakonie-rwl.de/zwischenrufe/hpg

Dort finden Sie auch den Zwischenruf als PDF-Datei, viele Dokumente aus dem Literaturverzeichnis und weitere Materialien zum Thema.