

Leben bis zuletzt

Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Positionen des
Diakonischen Werkes
der EKD

Herausgeber:
Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche in
Deutschland e.V.

September 2006

■ Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Staffenbergstraße 76, 70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42, 70010 Stuttgart
Telefon 07 11 / 21 59-4 54
Telefax 07 11 / 21 59-5 66
E-Mail: redaktion@diakonie.de
Internet: www.diakonie.de

Kontakt:
Roswitha Kottnik
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Arbeitsfeld Selbsthilfe und offene Altenarbeit
Reichensteiner Weg 24
D-14195 Berlin
Telefon 0 30 / 8 30 01-2 62
Telefax 0 30 / 8 30 01-4 44
E-Mail: kottnik@diakonie.de

Layout:
Andrea Niebsch-Wesser

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der EKD
Karlsruher Straße 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon 07 11 / 9 02 16-50
Telefax 07 11 / 7 97 75 02
E-Mail: vertrieb@diakonie.de

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vervielfältigt werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt im Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

© Oktober 2006
2. Auflage

ISBN 3-937291-41-5
ISBN 978-3-937291-41-3

Druck: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD),
Karlsruher Straße 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen

Positionen des Diakonischen Werkes der EKD zur Implementierung von Hospizarbeit und Palliativ- betreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Die Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen gehört zum Selbstverständnis diakonischer Arbeit. Sterben ist ein Teil des Lebens und die Begleitung am Ende eines Lebens ist der letzte Dienst, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Pflegeheimes ihren Bewohnerinnen und Bewohnern zukommen lassen. So ist auch das Handeln am Ende des Lebens von der Überzeugung geprägt, dass allen Menschen von Gott eine unantastbare Würde zugesprochen ist, die weder durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit noch durch das Schwinden körperlicher und geistiger Kräfte genommen werden kann.

Pflegeheime sind für dort lebende alte, pflegebedürftige Menschen in der Regel der letzte Lebensort. Hier verbringen sie ihre letzte Lebenszeit und hier werden sie sterben. Es ist für Pflegeheime eine besondere Herausforderung, ein Leben und Sterben in Würde möglich zu machen. Leitungen und Mitarbeitende aller Professionen müssen sich darauf einstellen, dass der Umgang mit Sterben und Tod, mit Verlust und Trauer immer mehr zur Kernkompetenz in ihrer Einrichtung wird.

Menschen kommen mit hohem Pflegebedarf und erst in sehr hohem Alter in ein Pflegeheim. Die Verweildauer verkürzt sich, die Anforderungen an die Pflegekräfte, gute Pflege und Begleitung zu leisten, steigen. Immer mehr Pflegeheime stellen sich diesen Herausforderungen. Sie wollen, dass ihre Bewohnerinnen und Bewohner im Sterben begleitet werden, dass Erfahrungen aus der Hospizarbeit wirksam werden und palliative Pflege geleistet werden kann. Immer stärker setzt sich die Erkenntnis durch, dass eine „Abschiedskultur“ sowohl hilfreich für die sterbenden Menschen als auch die Pflegenden ist.

Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung erfordert Umdenken und Mut zur Veränderung. Sie hat Auswirkungen auf das Leitbild, das

Pflegeverständnis, die Definition von Qualität bis hin zur Öffnung für die Mitarbeit Ehrenamtlicher. Die Erfahrungen einer Vielzahl von Pflegeheimen liegen vor. Voraussetzung dafür, einen Implementierungsprozess in Gang zu setzen, ist die Entscheidung der jeweiligen Träger, finanzielle und personelle Ressourcen bereitzustellen, sich auf Strukturveränderungen einzulassen, hierarchieübergreifend Prozesse zu initiieren und zu begleiten.

Schließlich muss überlegt werden, wie Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Pflegeheimen nachhaltig wirksam bleiben können und „Abschiedskultur“ als Qualitätsmerkmal sichtbar wird. Solange die Implementierungskonzepte ausschließlich von vorhandenen Ressourcen der Träger oder Einrichtungen und deren Wollen oder Können abhängig sind, wird es nie zu einer verlässlichen Sterbebegleitung im Sinne von Palliative Care kommen.

Die initiierten Veränderungen bewirken nur dann Nachhaltigkeit, wenn das auf der individuellen Ebene der Pflegeheime Erprobte auch verlässliche Rahmenbedingungen durch politische Maßnahmen erhält. Hospizarbeit und Palliativbetreuung werden nur dann Bestandteile zukünftiger stationärer Versorgungskonzepte von Pflegeheimen, wenn die gesellschaftlichen und politischen Grundlagen vorhanden sind, pflegebedürftigen alten Menschen das zukommen zu lassen, was sie an würdiger und verlässlicher Unterstützung und Begleitung brauchen.

Nur eine gelungene Integration von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in das Gesundheitssystem kann den Anspruch einlösen, dass die Versorgung sterbender Menschen Aufgabe der gesamten Gesellschaft ist. Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung ist keine zeitlich begrenzte Aufgabe, sondern steht am Anfang der Entwicklung einer „Abschiedskultur“. Diese Kultur muss gefördert und fortlaufend gesichert werden.

Um die Implementierung zu fördern und sicherzustellen, schlägt das Diakonische Werk der EKD folgende Maßnahmen vor:

1. Die Sicherung der Palliativversorgung für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner durch Regelungen im SGB V

Die Vergütung der vom Pflegeheim erbrachten Leistungen zur Sterbebegleitung muss zu den gleichen Bedingungen gewährleistet sein wie für das Sterben zuhause. Die Aufnahme des § 37b in das SGB V (im Arbeitsentwurf der Gesundheitsreform) ist zu begrüßen. Die „spezialisierte ambulante Palliativbetreuung“ wird als Gesamtleistung mit „ärztlichen und pflegerischen“ Leistungsanteilen definiert. Sie ist „primär medizinisch“ ausgerichtet.

Die Problematik der psychosozialen und seelsorgerlichen Versorgung und Begleitung sterbender Menschen wird jedoch in den Kostenregelungen nicht aufgenommen. Die kostenmäßige Anerkennung der psychosozialen Versorgung sollte im § 37b SGB V festgelegt werden.

Zur Konkretisierung des Leistungsinhalts der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird der „Gemeinsame Bundesausschuss“ noch Richtlinien erlassen, an denen unter anderem auch die Vertreter von Pflegediensten beteiligt sind. Mit der jetzigen Gesetzesänderung wird zwar deren Notwendigkeit erläutert, aber im speziellen Begründungspunkt „Maßnahmen zur Überwindung der Probleme an Schnittstellen“ wird ausgeführt:

„Die medizinische Behandlungspflege bleibt auf Dauer Leistung der Pflegeversicherung“.
(vgl. A. Allg. Teil, I. Ziele und Handlungsbedarf, Punkt 8.)

Diese Entscheidung würde in der Finanzierung der Palliativversorgung für alle Versicherten bedeuten, auch für Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen, dass der Leistungsanspruch nach § 37b SGB V zwar besteht, jedoch aus den Mitteln der Pflegekasse finanziert werden müsste. Deshalb ist vielmehr anzustreben: Die medizinische Behand-

lungspflege muss auf Dauer aus dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung herausgenommen werden. Für Versicherte in der GKV sollen vergleichbare Leistungen (unter anderem in der Palliativversorgung) vom gleichen Versicherungsträger übernommen werden.

2. Die Änderung des § 39a SGB V zur Förderung ambulanter Hospizarbeit

Eine Änderung ist dringend erforderlich, um die ambulanten Hospizdienste, die ihre Tätigkeit in Pflegeheimen ausüben, nicht – wie bisher – von einer Förderung durch die Krankenkassen auszuschließen.

1. Eine Änderung des Haushaltsbegriffes im § 39a SGB V

Der § 39a SGB V zu stationären und ambulanten Hospizleistungen sollte in Satz 2 geändert werden und im Satz „...qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen..“, soll die Einschränkung „...in deren Haushalt oder Familie..“ gestrichen werden. Der Haushaltsbegriff muss so verändert werden, dass Hospizgruppen, die in stationären Einrichtungen Sterbebegleitung leisten, weiterhin Anspruch auf Förderung haben.

2. Eine ergänzende Palliative Care-Vergütung in § 39a SGB V

Für die letzten vier Lebenswochen einer Bewohnerin oder eines Bewohners sollte die Einrichtung eine GKV-Hospizförderung erhalten.

Diese Förderung müsste an bestimmte Bedingungen gebunden sein, zum Beispiel:

- die Förderung wird rückwirkend ausgezahlt
- die Palliative Care-Leistung muss nachgewiesen werden
- die Förderung wird für die Freistellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Sitzwachen, Nachtwachen eingesetzt

3. Die Verbesserung der Finanzierung für Sterbebegleitung durch zusätzliche Leistungen im SGB XI

1. Die Vergütung von erbrachten Leistungen zur Sterbebegleitung im Pflegeheim muss zu den gleichen Bedingungen gewährleistet werden wie das Sterben zuhause. Pflegeeinrichtungen erhalten derzeit jedoch – anders als beim Sterben zuhause – für diese zusätzlichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege keine gesonderte Vergütung nach dem SGB V. Damit Versicherten im Heim keine Nachteile in der Versorgung entstehen, ist eine zusätzliche Finanzierung der Sterbebegleitung im Pflegeheim mit vergleichbaren Regelungen im SGB V einzuführen und gesondert neben dem SGB XI als zusätzliche Leistung zu vergüten.
2. Ein Blick auf den Heimalltag zeigt, dass es vielen Pflegeheimen aufgrund der gegenwärtigen finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen praktisch unmöglich ist, jenseits der notwendigen Grundversorgung eine Sterbebegleitung und einen Sterbebeistand in der Qualität einer Palliative Care-Versorgung so zu gewährleisten, wie er etwa an anderer Stelle auch im Pflegeversicherungsgesetz qualitativ beschrieben und etwa in stationären Hospizen üblich ist.

So formuliert § 8 SGB XI:

„Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ und wirkt so auf eine „neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin“.

Und in § 11 heißt es:

„Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen.“

Pflegeheime tun sich schwer, unter der Vorgabe aktueller preisvergleichender und nicht leistungsgerechter Pflegesatzgestaltung diesem vom Gesetzgeber im SGB XI formulierten Auftrag zu Pflege, Betreuung, Trost und Sterbebegleitung

bedarfsgerecht nachzukommen. Erst recht nicht möglich ist es, eine den Palliative Care-Qualitätsstandards entsprechende Versorgung, wie sie stationäre Hospize auf der Basis des § 39a SGB V mit einer erheblich umfangreicheren Finanzierung erprobt haben und heute in der Regel beispielhaft erbringen, in die Heimpraxis umzusetzen.

3. Insgesamt ist die finanzielle, personelle und sächliche Ausstattung in den Heimen auf den Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse und der Erfahrungen der stationären Hospizarbeit zu verbessern. Konkret sind Bemühungen um eine verbesserte Pflegequalität und die intensiviertere Begleitung der Heimbewohnerinnen und -bewohner bei Maßnahmen der Sterbebegleitung – deutlich stärker als bisher – in der Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.

Der Haushaltsbegriff muss zusätzlich für den §39a SGB V so verändert werden, dass ambulante Hospizdienste, die ihre Dienste in stationären Pflegeeinrichtungen leisten, Anspruch auf eine entsprechende Anerkennung ihrer Tätigkeit durch zusätzliche Leistungseinheiten bei der Bemessung ihrer Förderkosten erhalten.

4. Bessere Zugangsmöglichkeiten für Pflegeheime, um Partner der Integrierten Versorgung (IV) zu werden

Die IV will unter anderem die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche überwinden und Schnittstellenprobleme reduzieren. Eine Anschubfinanzierung, die bis zu ein Prozent der Krankenhausbudgets betragen kann, soll die IV fördern.

Das Pflegeheim kann an der Integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V nicht teilnehmen, da es als SGB XI-Einrichtung kein zugelassener Leistungserbringer des SGB V ist. Trotzdem gibt es vereinzelt Ansätze, um Pflegeheime in die Integrierte Versorgung einzubeziehen. Dabei wirkt das Pflegeheim an der gesundheitlichen Versorgung seiner Bewohnerinnen und Bewohner mit, ohne dass SGB XI-Leistungen einbezogen werden. Es gibt Pläne der Bundesregierung, auch SGB XI-Leistungen in

■ Leben bis zuletzt

die integrierte Versorgung nach §§ 140a-d SGB V einzubeziehen.

Entsprechendes haben die Koalitionsparteien im Juli 2006 in den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform“ vereinbart. Dies wäre ein begrüßenswerter erster Schritt zu einer gerechten Finanzierung. Nach Einschätzung der Diakonie gibt es zu wenig Palliativverträge, weil es kein positives Marketingsignal für die Kassen ist und diese befürchten, sich durch IV-Verträge an ein teures Klientel zu binden.

5. Eine Anschubfinanzierung für Projekte zur Implementierung von Palliative Care in Pflegeheimen

1. Die Finanzierung ist an bestimmte Leistungen des Pflegeheims gebunden (unter anderem zur Fortbildung einer Mitarbeiterin zur „Palliative Care-Fachkraft“). Anschubfinanzierungen sind zweckgebunden. Der Mitteleinsatz muss nachgewiesen werden. Eine solche Anschubfinanzierung erhalten zum Beispiel 20 Altenpflegeheime in Hamburg.

Die Bezuschussung der Fortbildung in Palliative Care für Mitarbeitende der Pflegeheime soll vergleichbar denen in stationären Hospizen und ambulanten Hospizgruppen sein.

2. Der Beginn der Sterbephase ist aus ärztlicher und pflegerischer Sicht oft nur schwer zu definieren. Daher schlagen wir vor, den zusätzlichen personellen und sächlichen Aufwand als personen- und tagesbezogenen Zuschuss in der jeweiligen Höhe des Krankenkassenzuschusses gemäß § 39a SGB V jeweils pauschal an das Pflegeheim auszuzahlen. Dies geschieht ohne Anrechnung auf den Pflegesatz und ohne Berücksichtigung einer Pflegestufe zusätzlich für den besonderen pflegebedingten Aufwand in den letzten vier Lebenswochen einer Bewohnerin beziehungsweise eines Bewohners.

Dieser zusätzliche Zuschuss kann vom Pflegeheim verwendet werden für:

- Finanzierung der Stabsstelle einer Palliativkoordinierungskraft

- Palliative Care-Implementierungskosten für das Personal
- die Finanzierung einer Kooperation mit einer externen ambulanten Hospizgruppe
- Aufbau, Erhalt und Einsatz einer psychosozialen Sterbebegleitung durch eine einrichtungsbezogene Hospizgruppe
- verstärkten Personaleinsatz (bis zum Schlüssel von 1:0,7) im Bereich Pflege und Betreuung für die letzten vier Lebenswochen der verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner
- Fortbildung im Bereich Palliative Care
- Supervision für die Palliative Care- und Hospizarbeit des Pflegeheims
- Vernetzungskostenaufwand
- zusätzliche sächliche Ausstattung.

6. Die Qualifizierung von Mitarbeitenden der Pflegeheime in Palliative Care

Sterbebegleitung wird verstärkt zur Aufgabe für Altenpflegeheime. Deshalb müssen die Aus- und Fortbildungspläne diesen Anforderungen gerecht werden.

Im Bereich der Fortbildung examinierten Pflege- und Altenpflegepersonals dominieren bislang bestimmte palliativmedizinische Inhalte, wie Schmerz- und Symptomkontrolle. Dringender Fortbildungsbedarf besteht aber auch in Bereichen der Kommunikation mit unheilbar Kranken, der Erarbeitung einer eigenen positiven Grundhaltung zu Tod und Sterben sowie im Bereich der ethischen Entscheidungen am Lebensende.

In den letzten Jahren sind in den Altenpflegegesetzen einiger Bundesländer (zum Beispiel Bayern, Hessen) entsprechende Rahmenlehrpläne für eine bessere Ausbildung in der Sterbebegleitung festgeschrieben worden. Problematisch ist jedoch der Theorie-Praxis-Transfer. Wünschenswert wäre, dass Abschnitte der praktischen Ausbildung im Hospizbereich stattfinden. Dafür müssten gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden.

■ **Leben bis zuletzt**

Die Zahl der Pflegekräfte mit Palliative Care-Weiterbildung ist trotz zunehmender Tendenz nicht ausreichend. Das liegt nicht zuletzt an den Kosten. Hier könnte eine Kostenbeteiligung über Pauschalbeträge für Hospiz- beziehungsweise Palliativ Care-Leistungen für die Fortbildung eingesetzt werden. Dies würde sich lohnen, weil die Palliative

Care-Kurse auch Fertigkeiten zur Selbstpflege, zu entlastenden Verhaltenstechniken in Krisensituationen, zu Kommunikation und zur Stärkung eigener Kräfte vermitteln. Damit steigt die Berufszufriedenheit und die seelische Belastbarkeit, wie Vergleiche zur Zufriedenheit der Pflegekräfte in stationären Hospizen zeigen.

Fazit:

Um die hospizliche und palliative Pflege und Begleitung in Pflegeheimen dauerhaft zu implementieren, bedarf es verlässlicher Finanzierungsgrundlagen, gut ausgebildeter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Ermöglichung und Förderung ehrenamtlicher Mitarbeit, sowie einer Haltung des Annehmens und der Wertschätzung menschlichen Lebens bis zuletzt.

Es muss für alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheimes möglich sein, gut begleitet und umsorgt sterben zu können.

*Diakonisches Werk der EKD
Berlin, im September 2006*

