

Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Stellungnahme der Fachgruppe „Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen“ im Deutschen Hospiz- und Palliativverband

Die DHPV Fachgruppe begrüßt die Gesetzesinitiative zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland – insbesondere im Kontext der Etablierung hospizlich-palliativer Ansätzen in Pflegeheimen, insbesondere im Sinne Allgemeiner Palliativversorgung (APV).

Deutlich wird, dass die Differenzierung von APV (für ca. 80-90%) und SAPV (für ca. 10-20%) der PflegeheimbewohnerInnen unter Zuhilfenahme der Ergebnisse der Charta-Arbeitsgruppe zu Leitsatz 2: Zugangsgerechtigkeit Charta-Unterarbeitsgruppe 1 „Transfer in die Regelversorgung“ der AG 2 deutlicher herausgearbeitet werden sollte.

Die derzeit allgegenwärtige, grundsätzlich mangelnde hospizlich-palliative Versorgung in deutschen Pflegeheimen beruht aus Sicht der Fachgruppe nicht auf einem Erkenntnisproblem – es gibt div. Vorzeigeprojekte, -Initiativen und -Netzwerke – sondern auf einem flächendeckenden Umsetzungsproblem.

Ausgehend von den Erfahrungen der ExpertInnen in der Fachgruppe, relevanter Strukturen, Netzwerke und Foren zur Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeheimen sowie der Nationalen Strategie zur Umsetzung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, an dem sich auch VertreterInnen der Fachgruppe beteiligen, sind weitergehende Regelungen sinnvoll. Nachfolgende Empfehlungen beziehen sich ausschließlich auf den Versorgungskontext „Pflegeheim“ und berücksichtigen somit nur am Rande andere Versorgungsbereiche. Dabei trägt die Fachgruppe den hospizlichen Grundsatz einer häuslichen, ambulanten Versorgung vor einer stationären Versorgung sterbender Menschen mit. Wir berücksichtigen, dass Pflegeheime Wohn- und Lebensorte vieler hochbetagter, multimorbider und/ oder von Demenz betroffener Menschen sind. Es gilt, auch hier ein Leben und Sterben in Würde zu ermöglichen sowie unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozesse in den Pflegeheimen entwickeln und stärken

Da beabsichtigt wird, in Pflegeheimen Prozesse anzustoßen, welche ein gutes Leben und Sterben aller BewohnerInnen möglich machen, werden nachfolgend grundsätzliche Aspekte zu deren Umsetzung zusammengetragen. Erkenntnisse diverser Initiativen und Projekte in Pflegeheimen verdeutlichen, dass vor Ort Handlungs- und Kulturänderungen nötig sind, verzahnt mit Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozessen. Empfohlen werden können u. a.:

- Basisfortbildungen aller MitarbeiterInnen nach dem 40-stündigen Curriculum „Palliative Praxis“ der Robert-Bosch-Stiftung.
- 160-stündige Zusatzqualifikationen „Palliative Care für Pflegeberufe“ für mind. jede zehnte Exam. Pflegekraft.
- Basisqualifikationen für kooperierende ÄrztInnen in Palliativmedizin und/ oder Geriatrie.
- Projekte und Fachgruppen zur hospizlich-palliativen Versorgung, bestenfalls mit kompetenter externer Begleitung, insbesondere in der Entstehungsphase.
- Etablierung einer/ eines „Palliativbeauftragten“ mit einem Stellenumfang, abhängig von der Anzahl der Pflegeplätze.
- Sicherstellung der Beratung von BewohnerInnen (z. B. im Kontext von Versorgungsplanung oder Patientenverfügungsberatung) durch qualifizierte PflegeheimmitarbeiterInnen und unter Beteiligung spezialisierter Beratungs- und Vernetzungsstellen, ambulanter Hospizdienste und/ oder SAPV-Leistungserbringer.
- Aufnahme hospizlich-palliativer Aspekte in Prüfkataloge des MDK und der Heimaufsichten.
- Im Land Berlin hat sich ein sog. „Palliativzuschlag“ bewährt, welcher deutschlandweit übertragen und an verbindlichen Verabredungen zur hospizlich-palliativen Versorgung gebunden werden sollte.

Fachkundige und (wert)neutrale Vorsorge- bzw. Patientenverfügungsberatung sicherstellen

Um die Auseinandersetzung mit Fragen zum letzten Lebensabschnitt zu ermöglichen, ist der Ausbau einer fachkundigen und (wert)neutralen Vorsorge- bzw. Patientenverfügungsberatung zu befördern und als Regelleistung zu etablieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Beratung eines alten/ hochbetagten Menschen grundsätzlich zeitintensiver ist, als die Beratung eines jüngeren Menschen.

- „Hospiz- und Palliativberatung“ sollte nicht ohne Beteiligung bereits etablierter fachlicher Beratungsstrukturen umgesetzt werden. Denkbar ist ein abgestuftes Modell, bestehend aus kommunal betriebenen Beratungsstellen und Hospizdiensten für die allgemeine Beratung sowie besonderer fachlich qualifizierter (Beratungs)Stellen zur Vorsorge- und/ oder Patientenverfügungsberatung.

- Bewährt haben sich regionale und spezialisierte Stellen mit Beratungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsauftrag in den Kommunen (z. B. Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und Zentrale Anlaufstelle Hospiz in Berlin, Beratungsstelle Charon in Hamburg, ALPHA-Stellen in NRW).

Qualifikationen und Personalanhaltszahlen

Es fällt auf, dass im Gesetzesentwurf die Themen "Qualifikationen" und "Personalanhaltszahlen" kein Gegenstand von Gesetzgebungsänderung sind. Regelungen bzgl. der fachlichen Qualifikation der MitarbeiterInnen sowie eine ausreichende Personalbemessung sollten explizit in den Rahmenverträgen, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung aufgegriffen werden (§ 75, SGB XI, Absatz 3).

Netzwerkarbeit

Die Netzwerkarbeit sollte klar beschrieben sein.

- Hier gibt es zum einen die Möglichkeit, eine Analogie zur SAPV herzustellen – d.h. das Vorhandensein, bzw. Kooperationsverträge im Pflegeheim mit qualifizierten PalliativärztInnen, mit Hospizdiensten, die entsprechend § 39a SGB V agieren, sowie das Vorhandensein von Palliativ Care Fachkräften.
- Beginnend in Berlin (2010), nun auch in Hamburg und Jena, haben sich zudem sog. „Netzwerke Palliative Geriatrie“ etabliert (vgl. Forum Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland). Diese Lern- und Vernetzungsorte sind für die Etablierung des hospizlich-palliativen Ansatzes in Pflegeheimen relevant. Der finanzielle Aufwand beläuft sich, z. B. in Berlin, auf jährlich ca. 1.000 €/ Pflegeheim.

Kooperationsverträge zwischen ÄrztInnen und Pflegeheimen

Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und ÄrztInnen bedürfen einer Sollvorschrift (bei weiterhin freier Arztwahl). Andernfalls steht zu befürchten, dass zwar Geldleistungen abgerufen werden, es jedoch zu keiner höheren Kooperations-, Koordinations- oder Vernetzungsbereitschaft sowie höheren Qualität der palliativmedizinischen Versorgung der BewohnerInnen kommt.

Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf

§ 39a SGB V Abs. 2 neuer Satz 6:

„Hospizdienste mit einer Spezialisierung, z. B. auf von Demenz betroffene Menschen, können von den Krankenkassen 98 % der zuschussfähigen Personalkosten wegen besonders aufwendiger Begleitungen erhalten.“

Begründung:

Die Begleitung von Menschen mit Demenz gestaltet sich vor dem Hintergrund des Krankheitsbildes, in Kombination mit Multimorbidität und des längeren Sterbezeitraums aufwändiger und länger.

§ 39a SGB V Satz 1 Ergänzung:

„... der Hospiz- und Palliativversorgung und auf Vorsorge- und Patientenverfügungsberatung.“

Begründung:

Um die Auseinandersetzung mit Fragen zum letzten Lebensabschnitt zu ermöglichen, ist der Ausbau von fachkundiger und (wert)neutraler Vorsorge- bzw. Patientenverfügungsberatung nötig und als Regelleistung zu etablieren. Diese sollte ggf. an die Beratung zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung gekoppelt werden und alle Perspektiven, auch die der Angehörigen und Nahestehenden, berücksichtigen.

§ 132f SGB V Abs. 1 neuer Satz 9

Zur Realisierung der Fallbesprechungen gemäß der Sätze 3 bis 8 und zur Etablierung einer guten hospizlich-palliativen Versorgung in Pflegeheimen sind folgende Bildungs- und Organisationsmaßnahmen spätestens bis 31.12.2018 sicherzustellen:

- 1 Basisfortbildungen nach dem 40-stündigen Curriculum „Palliative Praxis“ für alle MitarbeiterInnen.**
- 2 Zusatzqualifikation „Palliative Care für Pflegeberufe“ (160 Stunden) für mind. jede zehnte Exam. Pflegekraft.**
- 3 Projekte/ Fachgruppen zur Palliativen Geriatrie (u.a. zur gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende oder ethischen Fallbesprechung) und deren fachliche Begleitung in der Aufbauphase.**
- 4 Etablierung einer/ eines Palliativbeauftragten mit angemessenem Stellenumfang anhand vorhandener Pflegeplätze.**

5 Abschluss mindestens einer Kooperationsvereinbarung mit einer/ einem Ärztin/ Arzt mit verbindlichen Verabredungen, z.B. zur Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und Qualifikation (Basiskurs Palliativmedizin).

6 Beteiligung an regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeheimen.

Begründung:

In den Heimen sind ein grundlegender Haltungs- bzw. Kulturwandel sowie umfangreiche Bildungs- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen notwendig. Es ist ein Übergangszeitraum (Vorschlag drei Jahre) zu definieren, damit notwendige Bildungsmaßnahmen, Qualifikationen, externe Begleitungen sinnvoll etabliert werden können. Die Etablierung regionaler Lern- und Vernetzungsstellen, z.B. „Netzwerk Palliative Geriatrie“, ist empfehlenswert.

§ 132f SGB V Abs. 3 Ersatz von Satz 2 durch:

„Die Kosten werden über einen fortschreibungspflichtigen sogenannten „Palliativzuschlag“, der einen angemessenen Betrag je PflegeheimbewohnerIn und Belegtag beziffert und mindestens alle drei Jahre in Anlage zur Vereinbarung nach Absatz 2 neu zu vereinbaren ist, berücksichtigt.“

Begründung:

Häufigste Gründe für das Scheitern einer nachhaltigen Etablierung des hospizlich-palliativen Ansatzes in Pflegeheimen sind mangelnde Trägereinstellung und Kooperationsbereitschaft von ÄrztInnen sowie knappe zeitliche Ressourcen für die als sinnvoll erachtete Verzahnung von Bildungs- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen. Um dies umzusetzen, wäre ein sog. Palliativzuschlag denkbar (z.B. 50 Cent je Bewohner/-in und Belegtag) verbunden mit Verpflichtungen zur hospizlich-palliativen Versorgung für die Pflegeheime, die diesen Zuschlag in Anspruch nehmen.

§ 132f SGB V neuer Abs. 4:

„Es sind Standards zur hospizlich-palliativen Versorgung zu definieren, die Eingang in die MDK-Prüfkataloge finden und Bestandteil der Regelprüfungen werden.“

Begründung:

Damit wird der hospizlich-palliative Ansatz regelhafter Teil von heiminterner Qualitätssicherung. Zugleich erfolgt der Nachweis gegenüber den Kassen bezüglich eines abgerufenen Palliativzuschlages.

§75, SGB XI, Ergänzung im Abs. 3:

„Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems sowie von Menschen mit einem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf zu beachten.“

Begründung:

Die individuelle Sorge um BewohnerInnen, die einer hospizlich-palliativen Betreuung bedürfen, ist neben fachlicher Expertise sowie Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit auch vom ausreichenden Zeitbudget der handelnden MitarbeiterInnen abhängig.

20150407

gez. Dirk Müller

MAS (Palliative Care) | Exam. Altenpfleger (Palliative Care)

Leiter Fachgruppe „Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen“ vom Deutschen Hospiz- und PalliativVerband

Vorstandsvorsitzender Hospiz- und PalliativVerband Berlin

Projektleiter Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie - KPG

Projektleiter Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

dirk.mueller@unionhilfswerk.de

+49 30 42265833