

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Versorgungssituation von Palliativpatient*innen in der stationären Altenhilfe

Mit dem 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) konnte – insbesondere mittels der Definition eines Rechtsanspruches auf Palliativversorgung – in einigen Bereichen eine spürbare Verbesserung der Situation von Menschen in der Palliativphase erreicht werden. Dies sollte mit dem HPG grundsätzlich für gesetzlich krankenversicherte Patient*innen gelten und damit auch für Menschen, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe leben und sterben.

Dennoch stellt sich die Sachlage in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nicht nur nahezu unverändert prekär, sondern gerade in der aktuellen Situation, im intensiven Ringen um die Gesundheit und ein Sterben unter würdigen Bedingungen auch in Zeiten der Covid-19-Pandemie, erheblich verschärft dar.

Selbst wenn auf den ersten Blick mit der Einführung des § 132g SGB V eine gesetzliche Grundlage für eine deutliche Verbesserung geschaffen wurde, tragbare Behandlungsentscheidungen zu erarbeiten, erweist sich die Situation beim näheren Betrachten als deutlich komplexer.

So soll die gesundheitliche Versorgungsplanung gem. § 132g SGB V die alten und hochaltrigen Menschen durch einen strukturierten Gesprächsprozess in Bezug auf die letzte Lebensphase unterstützen, um vorausschauend persönliche Behandlungspräferenzen für lebensbedrohliche Krisensituationen, in denen der oder die Einzelne nicht (mehr) einwilligungsfähig ist, festzulegen. Dies kann zwar zu einer größeren Handlungssicherheit der Pflegenden beitragen, doch ändert dies nichts an der gleichzeitigen Notwendigkeit, auch die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen für eine angemessene Pflege und Versorgung der Bewohner*innen entsprechend anzupassen: Personalausstattung, Qualifikation in Palliative Care, Paradigmenwechsel hin zu Sterben zulassen.

Gerade eine Personalausstattung, die auch eine zeitintensivere Zuwendung zulässt und eine Qualifikation in Palliativpflege voraussetzt, ist für eine effektive, qualitativ hochwertige und gerechte Palliativversorgung wie auch Sterbebegleitung dringend erforderlich. Es darf keinen Unterschied ausmachen, ob ein Mensch palliativer Versorgung und hospizlicher Begleitung z.B. zuhause, im Krankenhaus oder in einer stationären Altenhilfeeinrichtung bedarf.

Die DGP hat wiederholt und deutlich darauf hingewiesen, dass eine Organisationsentwicklung – hin zu einer gelebten Hospizkultur und angewandten Palliativkompetenz – zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des § 132g SGB V ist und damit zur Realisierung der Behandlungswünsche einerseits und einer effektiven und betroffenengerechten Palliativversorgung andererseits beiträgt.

Derzeit ist die Palliativversorgung und Hospizkultur in Altenhilfeeinrichtungen qualitativ sehr heterogen ausgeprägt und nicht flächendeckend sichergestellt.

Diese Entwicklung erklärt sich u.a. auch daraus, dass mit der Einführung des HPG zwar erstmals festgelegt wurde, dass Sterbebegleitung zum Auftrag der Einrichtungen der stationären Altenhilfe gehört (SGB XI), dies jedoch, ohne dafür entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Zudem stellt die Umsetzung des §132g SGBV lediglich ein freiwilliges Angebot von Altenhilfeeinrichtungen dar. Damit fehlen Rahmenbedingungen, die eine qualitativ hochwertige (oder: adäquate) palliative pflegerische Versorgung für Menschen in Altenpflegeeinrichtungen sicherstellen.

Bereits Anfang 2016 hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) darauf hingewiesen, dass zwar Definitionen zu dem Begriff „Sterbebegleitung“ nach § 39a Abs 2 SGB V sowie Beschreibungen der ehrenamtlichen wie auch der ärztlichen Sterbebegleitung existieren, es jedoch keine einheitliche Definition der pflegerischen Sterbebegleitung gibt. Dies hat sich seither auch nicht geändert, ist aber unbedingt erforderlich, um eine versorgungsgerechte und sichere Basis für eine adäquate Sterbebegleitung in Altenhilfeeinrichtungen zu gewährleisten.

Folgende Fragen sind bis heute unbeantwortet:

- Was bedeutet die Leistung „Sterbebegleitung“ in der Pflegeversicherung?
- Beinhaltet diese Leistung auch Anteile der Krankenversicherung?
- Wie wird „Sterbebegleitung“ definiert?
- Wer erbringt die Leistung (§ 28) zu welchen Konditionen?
- Wie werden diese Pflegeleistungen in den entsprechenden Rahmenverträgen (§ 75) berücksichtigt?

Die Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin würde folgende Definition zur Sterbebegleitung im SGBXI vorschlagen:

In der Sterbebegleitung von Menschen in Altenhilfeeinrichtungen ist Folgendes zu berücksichtigen:

- Grundlegend ist die Integration eines hospizlich-palliativ-orientierten Versorgungskonzeptes, das auch frühzeitig (unabhängig von der unmittelbaren Sterbephase) sowie abgestimmt auf die Bedürfnisse und den Bedarf der/s Betroffenen eingesetzt wird.
- Festlegungen aus der „gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (Advance Care Planning) werden prozesshaft für sämtliche Bewohner*innen in Altenhilfeeinrichtungen umgesetzt.
- Der Zugang zu den Angeboten des Netzwerkes der hospizlichen-palliativen Versorgung wird sichergestellt.
- An- und Zugehörige werden in das Angebot der Sterbebegleitung einbezogen.
- Ethische Fragestellungen werden frühzeitig erkannt und erörtert, z.B. in ethischen Fallgesprächen oder Krisengesprächen.

- Eine vorausschauende Krisenplanung einschließlich der Vorhaltung und ggf. Verabreichung der benötigten Medikamente oder Einleitung notwendiger Maßnahmen wird umgesetzt.
- Angeboten werden die spezifische Schulung des bewohnernahen Personals sowie eine Basisschulung für alle Mitarbeiter/innen der Einrichtung.
- Angeboten werden Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für Mitarbeitende.
- Die Bedürfnisse nicht betroffener Mitbewohner*innen werden berücksichtigt.

Unabdingbare und notwendige Voraussetzungen für eine qualitativ angemessene Pflege „einschließlich der Sterbebegleitung“ sind nach dem Verständnis der Sektion Pflege der DGP folgende strukturelle Veränderungen:

- **Anpassung/Anhebung des Personalschlüssels** für stationäre Altenhilfe-einrichtungen (z.B. orientiert an dem Richtwert Sterbefälle/Jahr)
=> Begründung: Sterbebegleitung als explizite Aufgabe der Pflege bedeutet eine Aufgabenerweiterung, die höhere Personalkontingente verlangt
- **Bildungsmaßnahmen:** In einem festzulegenden Umfang in einer Abstufung für bewohnernahe Mitarbeiter*innen und für alle Mitarbeitenden der Einrichtung, z.B. von 16 Std. Basisschulung über 40 Std. (Palliative Praxis) für bewohnernahe Mitarbeitende bis zur 160 Std. Palliative Care-Weiterbildung für „Palliativbeauftragte“
- **Kontinuierliche (Weiter) Entwicklung** einer Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Einrichtung
- **Kooperation** mit externen Netzwerkpartnern, wie z.B. ambulante Hospizdienste, Hospiz- und Palliativnetzwerk, Seelsorger*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen

Wir fordern daher dringend Maßnahmen, dass Sterbebegleitung nicht nur formulierter Auftrag für die Einrichtungen der stationären Altenhilfe bleibt, sondern auch entsprechend geleistet und umgesetzt werden kann und muss. Bereits jetzt haben einzelne Einrichtungen und Verbünde die oben genannte Implikationen hervorragend umgesetzt und könnten damit eine Orientierung geben.

Gerne steht die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin mit ihrer Expertise unterstützend zur Verfügung.

Literatur/Empfehlungen

Pleschberger S. (2016): Advance Care Planning (ACP) – Internationaler Forschungsstand und Relevanz für die (notfallmedizinische) Praxis. In: ÖGERN (Hg.): Notfallmedizin am Lebensende. NWV Verlag: Wien, Graz, 95-102

Pleschberger S. und Müller-Mundt G.: Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: Pflegereport 2017. Stuttgart: Schattauer Verlag