

### **Anmerkungen der Sektion Pflege der DGP**

zum Eckpunktepapier von

Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB und  
gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion Jens Spahn MdB, Mitglied der AG  
Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion Emmi Zeulner MdB, stv. Vorsitzender der Fraktion der  
SPD Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion Hilde  
Mattheis MdB hier vom 10.11.2014

Die Sektion Pflege der DGP begrüßt die Absichtserklärung des Bundesministers im Eckpunkte  
Papier zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung vom 10.11.2014.

Sehr passend wurde in der Einleitung des Eckpunktepapiers dargestellt, dass es sich in der  
Palliativversorgung um ein Handlungsfeld handelt, in dem insbesondere menschliche  
Zuwendung, professionelle Unterstützung, Versorgung, Pflege und Betreuung im Vordergrund  
stehen. Hospiz- und /oder Palliativversorgung bejahen das Leben, sie akzeptieren jedoch auch  
das Sterben als einen Teil des Lebens. Im Mittelpunkt steht stets der betroffene Mensch, seine  
individuelle Würde und seine Bedürfnisse stehen im Vordergrund des professionellen Handelns.  
Dies gilt für die Angehörigen gleichermaßen.

Für ein gutes Gelingen von Hospiz- und/oder Palliativversorgung (z.B. Wahrung der Autonomie,  
Verbleib des Betroffenen am Wunschort, gute Schmerz- und Symptomkontrolle) ist in erster  
Linie eine Unterstützung in Form von „Beziehungsmedizin, Beziehungspflege, psychosozialer  
und spiritueller Unterstützung“ grundsätzliche Voraussetzung. Sie bilden die wesentlichen  
Faktoren zur Stabilisierung des Patienten und seines Umfeldes und dem Gewinn von Sicherheit.  
Für Beziehungsmedizin, Beziehungspflege und psychosoziale Unterstützung sind jedoch Qualität  
und Quantität unabdingbar.

Dieser wichtige zielführende Ansatz zur Erreichung der Versorgungsziele ist geprägt von hohem  
Zeit- und Personalaufwand und ist nicht in Form von „funktionellen Leistungen“ messbar. Hier  
braucht es andere bzw. zusätzlich zu definierende Leistungskriterien, zusätzlich zu denen, die  
derzeit im SGB V als auch im SGB XI definiert sind.

### **Bestärkung des palliativpflegerischen Anteils an der Palliativversorgung**

Palliativpflege bezeichnet ein Handlungsfeld, das eigene Handlungskompetenzen unabhängig  
von ärztlicher Tätigkeit entwickelt hat. Dabei orientiert sich Palliative Pflege an den  
symptomverstärkenden bzw. symptomlindernden Faktoren bei den alltäglichen Anforderungen,  
die der lebenslimitierend erkrankte Mensch mit eingeschränkten körperlichen, psychischen oder  
seelischen Funktionen nicht mehr sicher ausführen kann. Hierdurch kann insbesondere im Alltag  
ein hohes Maß an Lebensqualität und eigenen Ressourcen zurückgewonnen werden.

Durch die oft körpernahe Arbeit gewinnt die Palliativpflege einen anderen, oft intensiveren  
Zugang und erhält dadurch häufig mehr Informationen und einen tieferen Einblick in das  
Krankheits- und Verarbeitungsgeschehen der Patienten als andere Berufsgruppen. Durch  
unauffällige Beobachtungen während der pflegerischen Tätigkeit können sie so Veränderungen  
oder Besonderheiten zeitnah wahrnehmen, genießen Vertrauen „im Alltag“ und tragen damit  
wesentlich zur Minimierung oder Vermeidung von Krisensituationen bei.

Palliativpflege ist dadurch keinesfalls eine ausschließliche SGB V Leistung, vielmehr wird aus diesen Handlungskompetenzen auf der leistungsrechtlichen Ebene deutlich, dass in der Palliativpflege Tätigkeiten und Leistungen zusammengefasst sind, die sowohl dem SGB XI als dem SGB V zugeordnet werden können.

Eine Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung muss daher auch die (Entscheidungs-)Kompetenz der Pflegefachkräfte im Sinne der lebenslimitiert Erkrankten befördern. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen ist die wesentliche Grundlage und das Versorgungsgeschehen darf durch die Komplexität der Symptomatik und des individuellen und häufig schnell wechselnden Bedarfes nicht durch unnötige Restriktionen erschwert werden.

Hier reicht es nicht den Blick der Pflegenden auf die Versorgungen schwerstkranker sterbender Menschen zu schulen. Entsprechend ausgebildete und qualifizierte Pflegekräfte benötigen in der ambulanten Palliativversorgung den erforderlichen Entscheidungsspielraum um in der gebotenen Flexibilität die Versorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls in Anbetracht der hohen Vulnerabilität und Fragilität der betroffenen Menschen selbständig anpassen zu können

Dazu sollte insbesondere Folgendes in Betracht gezogen werden:

- „Eine Übertragung ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal und die Einbindung der Angehörigen in die häusliche Versorgung der Patienten spielen für die Palliativversorgung naturgemäß eine zentrale Rolle. Die dabei bestehenden Unsicherheiten und engen rechtlichen Grenzen behindern indes eine sinnvolle Kooperation und Teamarbeit in der SAPV [und gilt gleichermaßen für die Arbeit in der AAPV; Anmerkung Sektion Pflege DGP]. Es empfiehlt sich daher, eine Weiterentwicklung der bestehenden gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen und Richtlinien zur Delegation und Substitution zu veranlassen, die über die Modellvorhaben des §63 Abs. 3c SGB V hinausgehen.“ (Einbecker Empfehlungen 2014).
- Der derzeitigen Praxis personeller Personaleinsparung - insbesondere der Pflege - muss entschieden entgegen getreten werden. Die Bedeutung der Pflege in den unterschiedlichen Bereichen z.B. der Krankenhauspflege, ambulanten Pflege und stationären Altenpflege ist Rechnung zu tragen.
- Dem Stellenwert der Pflege, insbesondere in der Palliativversorgung, ist durch Aufwertung des Pflegeberufes deutlich zu steigern. Dies muss sich auch in der in der Entlohnung der Tätigkeit widerspiegeln.
- Durch Verbesserung einer bedarfsgerechten Personalbemessung ist die derzeit vorherrschende massive Arbeitsdichte zu beseitigen. Nur so kann den hilfebedürftigen, mit Symptomen der lebenslimitierenden Erkrankung belasteten, Menschen in der entsprechenden Würde und Haltung begegnet werden als auch eine langfristige Berufsausübung des Personals im Gesundheitswesen sichergestellt werden.
- Im pflegerischen Tätigkeitsbereich Krankenhaus braucht es verbindliche Vorgaben für eine quantitative und qualitative Personalausstattung, insbesondere auf Palliativstationen und auf allgemeinen Stationen mit erhöhtem Sterbeaufkommen. Kennwerte dazu sind zu entwickeln.
- Im Tätigkeitsfeld der ambulanten Pflege ist durch entsprechende Regelungen eine den Besonderheiten des individuellen Einzelfalls und der damit verbundenen und dem Krankheitsbild und der Sterbesituation angepasster, oft zeitaufwendiger palliativpflegerische Versorgung Rechnung zu tragen.

- Entsprechend der Aufwertung der hausärztlichen allgemeinen Palliativversorgung durch die neu eingeführten EBMs ist auch in der ambulanten Pflege eine adäquate Honorierung zu gestalten und insbesondere Beratungstätigkeiten sowie Patienten- und Angehörigenedukation als wiederkehrende Notwendigkeit entsprechend als Leistungsziffern zu hinterlegen.
- Die Koordination und inter-/ bzw. intraprofessionelle Fallberatung (Heilsbronner Methode) als Instrument der Weiterentwicklung der fachlichen Fähigkeiten und besonderen sozialen/ethischen Kompetenzen sowie die erforderliche Kommunikation sind dabei gesondert zu berücksichtigen.
- Dies ist derzeit weder im Bereich der Behandlungspflegen (SGB V), noch im Bereich der Grundpflegerischen Palliativversorgung (SGB XI) abgebildet. Eine wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung der allgemeinen palliativpflegerischen Versorgung ist daher derzeit nicht gewährleistet.
- Denkbar wäre daher eine Erweiterung im Bereich des § 45 als Buchstabe g) sowie eine Erweiterung durch einen § 38b SGB XI. Im Bereich des SGB V ist neben ggf. neuen Leistungsziffern, auch die Bemerkung unter Nr. 16 der HKP-RL „Die i.v. Medikamentengabe, die venöse Blutentnahme sowie die arterielle und intrathekale Infusion sind keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege.“ vom G-BA im Rahmen der AAPV für die häusliche Krankenpflege auf zu heben bzw. entsprechend ab zu ändern.
- Für den Bereich der stationären Altenpflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe gilt es entsprechend der beiden oben genannten Bereiche die Arbeitsdichte zu entspannen, Hospizkultur zu fördern, palliativpflegerische Kompetenzen zu stärken sowie zusätzliche personelle Ressourcen in den Wohnbereiche für eine würdige Versorgung Sterbender bereit zu stellen.
- Schon jetzt arbeiten die Pflegenden über ihre Belastungsgrenze hinaus, eine hohe Fluktuation und Zahl an Berufsaussteigern ist die Folge. Fachkräfte in der Pflege sind nicht zuletzt durch die derzeitigen Rahmenbedingungen rar. Im Hinblick auf den demographischen Wandel, wird die Pflege noch mehr an Bedeutung gewinnen, so ist es dringend geboten den Pflegeberuf aufzuwerten und attraktiver zu machen. Die Aussage und das Bemühungen des Staatssekretärs Herrn Laumann, „Und wir müssen den professionellen Pflegekräften den Rücken stärken, indem wir den Pflegeberuf aufwerten und attraktiver gestalten.“ (Zitat seiner Internetseite) deutet darauf hin, das zumindest ein Teil der Staatsregierung dieses Dilemma bereits erkannt hat.

## **Weitere notwendige Verbesserungen in der Palliativversorgung**

### **Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe**

Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe sind hier besonders in den Blick zu nehmen. Ein hoher Prozentsatz der BewohnerInnen sind multimorbide, in ihren chronischen Erkrankungen weit fortgeschritten, hochbetagt und sehr häufig dement. Ca. 20 % aller BewohnerInnen in der stationären Altenhilfe versterben innerhalb der ersten vier Wochen, bis zum dritten Monat erhöht sich die Mortalitätsrate auf 30 Prozent. Nach einem halben Jahr sind bereits knapp die Hälfte (47,5 %) der BewohnerInnen verstorben. Ein Großteil dieser Menschen befindet sich in einer Palliativsituation, wird in dieser oft jedoch nicht wahrgenommen und dementsprechend auch nicht

behandelt und versorgt. Hier wird mit einer pauschal höheren Vergütung der Pflegeleistung nicht automatisch die Pflege der betroffenen Menschen verbessert. Die Pflegeheime müssen motiviert und angehalten werden eine Hospizkultur zu entwickeln und die palliative Kompetenz der MitarbeiterInnen zu fördern.

Dazu gehören insbesondere:

- die Vorhaltung von 1-2 Palliativbeauftragten (je nach Größe des Hauses) mit einer 160h-Palliative Care Ausbildung, um sicher zu stellen, dass jeder betroffene Mensch eine angemessene Palliativversorgung erhält.
- die Sensibilisierung der Mitarbeiter für palliative Pflege insbesondere der Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte z.B. mit einer 40h-Inhouse-Schulung.
- Regelmäßige kollegiale Fallberatungen (Heilsbronner Methode)
- Kooperationen mit externen Leistungserbringern (Hospizdienste, SAPV-Teams) um die Situation der betroffenen Menschen nachhaltig zu verbessern

Ähnliches gilt für die ambulante Pflege. Auch hier ist es ratsam 1-2 Palliativbeauftragte mit 160h Palliative Care vorzuhalten sowie einen (großen) Teil der Mitarbeiter mit einer Basissensibilisierung Palliative Care von 40h für ihre Arbeit am sterbenden Menschen zu befähigen. Kollegiale Fallberatungen sowie die Vernetzung mit externen Leistungserbringern wie Hospizdiensten und SAPV Teams sollten im Selbstverständnis der Ambulanten Pflege gehören.

Im Krankenhausbereich ist zu bedenken, dass es ohne einen koordinierenden Palliativbeauftragten weiterhin Zufällen überlassen bleibt, ob der betroffene Patient eine adäquate und angemessene Palliativversorgung erhält. Es ist dabei zu prüfen, ob der Palliativbeauftragte auch aus den Reihen der entsprechend qualifizierten Pflegenden kommen kann. Bei der Zusammensetzung der ebenfalls einzurichtenden Palliativmedizinischen Dienste muss die Palliativpflege regelhaft beteiligt sein.

### **Qualifikation für Leistungserbringer**

Professionelle Erbringer von medizinischen und pflegerischen Palliativ-Leistungen müssen regelhaft eine entsprechende Weiterbildung nachweisen sich verpflichtend kontinuierlich weiter fortbilden sowie verbindlich an multiprofessionellen Fallbesprechungen teilnehmen, um zu gewährleisten, dass eine Versorgung im Leitgedanken der Palliative Care auf qualitativ hohem Niveau zum Wohl des Patienten und seiner Bezugspersonen gewährleistet wird.

### **Hilfsmittelversorgung**

Eine zeitnahe und flexible Versorgung mit Hilfsmitteln für Palliativpatienten muss der Fragilität der Versorgung entsprechen. Die oft umständliche und stark zeitverzögerte Versorgung mit einer nicht selten viel zu großen und unnötigen Menge an Hilfsmitteln (z.B. Inkontinenzmaterial durch das Rabattsystem) ist für eine adäquate Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen nicht geeignet. Symptome und Einschränkungen durch die palliativen Erkrankungen treten meist unvermittelt und plötzlich auf und lassen aufgrund der oft raschen Progredienz der Verläufe eine lange Wartezeit auf entsprechende Hilfsmittel nicht zu. Palliativpatienten müssen daher Hilfsmittel, wie Inkontinenzmaterial, Blasendauerkather, Pflegebetten, Toilettenstühle mit einer entsprechend ausgestellten Verordnung aus der nächsten Apotheke oder dem Sanitätshaus beziehen können.

## **Forschung**

Die Förderung der Forschung in der Palliativversorgung insbesondere in der Palliativpflege ist dringend geboten. Dies muss unterstützt werden durch die Einrichtung zumindest einer Professur für Palliativpflege sowie der Bereitstellung von spezifischen Mitteln zur Forschungsförderung in der Palliativpflege.

## **Bewusstseinsbildung**

Die Möglichkeiten von hospizlicher und palliativer Versorgung sind den Menschen in Deutschland nicht ausreichend bekannt. Neben der Aufklärung und Ausbildung im Gesundheitswesen braucht es im Sinne einer Bewusstseinsbildung öffentlichkeitswirksame Initiativen, um auf das Angebot und die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung aufmerksam zu machen. Dazu gehören neben den vielerorts bereits laufenden und bewährten Projekten für das Kinders- und Jugendalter, wie „Hospiz macht Schule“, auch groß angelegte Kampagnen in den Medien und weitere kreative Ideen, um die noch immer tabuisierten Themen Sterben, Tod und Trauer und den Umgang damit wieder in (die Mitte)unsere(r) Gesellschaft als Selbstverständnis zu verankern.

## **Förderung der fachlichen Palliativberatung in den ambulanten Hospizdiensten**

Neben der Koordination und dem Einsatz von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern müssen die hauptamtlichen Palliativfachkräfte der ambulanten Hospizdienste trägerneutral allgemeine, sowohl fachpflegerische wie auch psychosoziale Beratung erbringen und zwar in sehr qualifizierter und nachhaltiger Art.

Es gehört zum Grundauftrag von Hospizdiensten, die „Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind“, also nicht nur für unmittelbar Sterbende, zu gewährleisten mittels „Vorbeugung und [nicht nur, Anmerkung der Verfasser] Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur“ (WHO-Definition von Palliative Care). Um insbesondere die Vorbeugung mittels frühzeitiger Erkennung und hochqualifizierter Beurteilung zu gewährleisten und damit gleichzeitig vorhersehbare Symptome zu verhindern und eingetretenes Leiden zu behandeln sowie den Einsatz von SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) -Teams wegen nicht ausreichend verfügbarer AAPV (Allgemeine Ambulante Palliativversorgung) zu reduzieren, spielt die palliative Fachberatung durch Hospizdienste eine entscheidende Rolle.

Die verschiedenen Leistungen der allgemeinen (ambulanten) Palliativversorgung sind strukturell (bisher) nicht in der Lage, den Bedürfnissen der Palliativpatienten und ihrer Angehörigen im vollen Umfang zu entsprechen. Es fehlt an personellen Ressourcen und an fachlicher Qualifikation. Die SAPV-Teams bringen zwar hohe Fachlichkeit mit, sind jedoch rechtlich auf eine bestimmte Komplexität medizinisch-pflegerischer Symptomlagen beschränkt.

Um die ambulanten Hospizdienste und ihre Ehrenamtlichen konsequent mit der wachsenden spezialisierten und allgemeinen Hospiz- und Palliativversorgung vernetzen zu können, ist

deshalb eine qualifizierte Stärkung der Hospizdienste notwendig; es müssen dafür hauptberufliche Fachkräfte eingearbeitet und auf Dauer eingesetzt werden.

Eine Förderung der fachlichen palliativen Beratung in den ambulanten Hospizdiensten muss bezogen auf diese Personalstellen in ausreichender Höhe und unabhängig vom Einsatz ehrenamtlicher Hospizbegleiter stattfinden, da die Finanzlage der Hospizdienste überaus angespannt ist. Denkbar wäre hier die Ergänzung im § 39a Abs. 2 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung für ambulante Hospizarbeit oder die Neueinführung eines § 37c SGB V.