

1 Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen entwickeln – logische Konsequenz einer Idee

1.1 »Hospice Care« in der Regelversorgung: Blick auf das HPG

In seiner Problem- und Zielbeschreibung zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) schreibt der Gesetzgeber in der Bundestagsdrucksache 18/5170 vom 12.06.2015 (Deutscher Bundestag 2015):

»Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung. Dies erfordert eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Zwar sind in den letzten Jahren beim Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bereits Fortschritte erzielt worden. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es jedoch noch an ausreichenden Angeboten. Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind. In der Regelversorgung sind die Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung und die Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern noch zu wenig ausgeprägt. Da der Hilfebedarf schwerkranker und sterbender Menschen von Fall zu Fall unterschiedlich ist und sich auch im Verlauf der letzten Lebensphase verändern kann, ist eine vernetzte Versorgung wichtig, die ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote gewährleistet. Neue und bereits bestehende Angebote sollen deshalb stärker ineinandergreifen, damit Schwerkranke und sterbende Menschen entsprechend ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen versorgt und betreut werden. In stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, in denen viele Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, gilt es, die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiterzuentwickeln.

Das Gesetz sieht Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der sozialen Pflegeversicherung und im Krankenhauswesen vor. Die Maßnahmen zielen darauf ab

- ♦ in strukturschwachen und ländlichen Regionen die Palliativversorgung weiter auszubauen und die Hospizbewegung zu unterstützen,
- ♦ die Vernetzung von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der hospizlichen Begleitung sicherzustellen und die Kooperation der daran beteiligten Leistungserbringer zu gewährleisten,
- ♦ die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der häuslichen Kran-

kenpflege zu verankern und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) flächendeckend zu verbreiten,

- die finanzielle Förderung stationärer Kinder- und Erwachsenenheime sowie ambulanter Hospizdienste zu verbessern,
- die Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken sowie
- die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren und Pflegeheimbewohnern eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen.«

Aus dieser äußerst präzisen Problem- und Zielbeschreibung leitet der Gesetzgeber ein Maßnahmenbündel ab, das in viele Detailformulierungen in SGB V, SGB XI, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Krankenhausentgeltgesetz mündet und damit zumindest auf dem Papier Versorgungsprobleme reduziert, weil es Regelungslücken zu schließen versucht, die die Praxis einer regional vernetzten Hospiz- und Palliativversorgung bislang erschwert haben.

Von besonderem Interesse sind im Rahmen dieses Buches natürlich die Regelungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen, die sich im Wesentlichen aus vielen kleinen Veränderungen ergeben.

Folgende Anknüpfungspunkte lassen sich aus dem Gesetz identifizieren (Bundesgesetzblatt 2015): Die Einfügung eines kleinen und abschließenden Passus an Absatz 2 des § 39a SGB V eröffnet die Diskussion:

»Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.«

Neben der Notwendigkeit, die konkrete Ausgestaltung dieser Zusammenarbeit zu beschreiben, kann sich hier der erste An-

satzpunkt zu einer deutlichen Qualitätsveränderung in der stationären Versorgung ergeben. Vonseiten der Pflegeeinrichtung mag es ratsam scheinen, dass es einen konkreten und dauerhaften Ansprechpartner für den Hospizdienst gibt, der versteht, wie ein Hospizdienst arbeitet, was er leisten – und auch nicht leisten – kann. Im Rahmen der Entwicklung einer Hospizkultur in der Einrichtung wird die Einrichtungsleitung für die konzeptionelle Verankerung einer regelhaften Zusammenarbeit mit einem ambulant tätigen Hospizdienst als konstituierendes Moment Sorge zu tragen haben. Sie kann dies nur mit Wollen, Unterstützung und im Auftrag des Trägers und im steten Bemühen, diese Kooperation immer wieder aufs Neue mit Leben zu füllen.

Neu in das SGB V aufgenommen wurde vom Gesetzgeber ein § 39b, der weitere Hinweise auf mögliche Aufgaben und Herausforderungen gibt:

»§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen
(1) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfeleistung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. [...] Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. [...]«

Die Einrichtung hat also in geeigneter Weise den Kontakt zu den Krankenkassen zu suchen und zu halten und ihnen gegenüber ihr Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung sowie ihre Beratungskompetenz darzustellen. Möglicherweise stellt sie auch die Vertrauensperson, die vonseiten der Einrichtung die Beratung durch die Kassen einleitet und begleitet.

Absatz 2 des § 39b SGB V verbirgt einen weiteren Hinweis auf einen Ansatzpunkt zur Weiterentwicklung und Verbesserung des bisherigen Versorgungskonzeptes:

»(2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in allgemeiner Form über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht.«

Es ist kaum anzunehmen, dass »in allgemeiner Form« informierte Versicherte hinreichend Klarheit und Sicherheit im Umgang mit einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht haben werden. Hier kann es Aufgabe der Einrichtung werden, die Konkretisierung auf den Einzelfall vornehmen zu helfen und weitere Beratung anzubieten oder zu organisieren. Ratsam scheint es an dieser Stelle, sich zum Schutz der eigenen Einrichtung auf die neutrale Vermittlerrolle zu beschränken und externe Beratung, etwa durch entsprechend qualifizierte Berater in den Hospizdiensten oder sonstige lokale Angebote zu initiieren. Kooperationen ergeben sich hier also zwangsläufig oder vielmehr organisch.

Wichtige Partner einer guten Hospiz- und Palliativversorgung sind die niedergelassenen Ärzte. Das HPG stärkt erneut ihre Rolle, setzt aber auch klare Zeichen hinsichtlich der Qualifikationserfordernisse. Die Einfügung eines Absatzes 1b in den § 87 SGB V lautet in Auszügen:

»§ 87 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren [...] die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,
2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer,
3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen,
4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.«

Neben der Frage, wie die Chance, die allgemeine ambulante Palliativversorgung ärztlicherseits noch einmal auf eine höhere Qualifikationsstufe zu heben, wohl genutzt werden wird, ergeben sich aus dieser Regelung eine Reihe von möglichen Aufgaben für Pflegeeinrichtungen:

Zwar erscheint es auf den ersten Blick so, als wäre es nun Aufgabe des Arztes, die Versorgungsabläufe im Netzwerk der Leistungserbringer zu koordinieren. De facto wird dafür auch in Zukunft wenig Zeit bleiben und darüber hinaus die Frage erlaubt sein, ob dies wirklich eine dem Arzt zuzuschreibende Funktion sein kann. Sich seitens der Einrichtung an der Koordination der Versorgungsabläufe zu beteiligen, sie evtl. sogar zu übernehmen, erscheint überlegenswert. Eine Beteiligung an – oder eben auch die Koordination von – Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Pflegeeinrichtung ist ein möglicher Lösungsansatz zur Verbesserung der Versorgung auf breiter Ebene.

Unscheinbar auf den ersten Blick und dennoch von erheblicher Wirkung – so bleibt zumindest zu hoffen – ist der Austausch eines einzigen Wortes in § 119b SGB V, der aus einer »Kann«-eine »Soll«-Bestimmung macht. Eine Pflegeeinrichtung kann damit das Versorgungsgeschehen nachhaltig verbessern, wenn sie die in § 119b SGB V eingeforderten Kooperationsverträge

zwischen Pflegeheimen und vertragsärztlichen Leistungserbringern nicht nur formal (also auf dem Papier) in die Wege leitet, sondern dadurch das Versorgungsgeschehen aktiv organisatorisch und qualitativ mitbestimmt. Die Formulierung »einzeln oder gemeinsam« eröffnet einen weiteren Grad der aktiven Vernetzung, den es dringend zu nutzen gilt, da er nicht nur für den ärztlichen Leistungserbringer Synergien zeitigt, sondern für Pflegeeinrichtungen ganz neue Horizonte eröffnet, denkt man nur an die Erarbeitung regionaler Standards der Palliative Care oder der Pflegeüberleitung u. v. m.

»§ 119b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort »können« durch das Wort »sollen« ersetzt.«

Damit ergibt sich folgender Wortlaut einer für die Zukunft der Versorgung bedeutsamen Regelung:

»(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. [...] Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. [...]«

Herausforderung und Chance gleichermaßen bildet die mit dem § 132g neu ins SGBV eingefügte Regelung der »Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, die erstmals auch eine für die Pflegeeinrichtungen vergütungsrelevante Komponente enthält:

»§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften 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. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

(2) In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden.

Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen. [...]«

Hält man an der Idee fest, die eigene Pflegeeinrichtung im zukünftigen regionalen Versorgungsgeschehen gut zu positionieren, so ergeben sich zwei Adressaten der Beratungsarbeit, ergänzt um die Aufgaben von Koordination, Moderation und Dokumentation einer Fallbesprechung:

- der Patient und sein Beziehungsnetzwerk
- die Pflegeeinrichtung und ihre Netzwerkpartner, wobei sich gerade hier erstmals abzeichnet, wie groß ein solches Netzwerk unter Umständen zu denken – und dann auch zu knüpfen – sein wird.

Zu guter Letzt werden die zukünftig durchzuführenden Qualitätsprüfungen, die das Sozialgesetzbuch 11 in § 114 fordert, ein Weiteres dazu beitragen, zum einen die Chance auf eine Verbesserung der Versorgung zu erhöhen und zum anderen die eigene Einrichtung in neuem Licht zeigen zu können:

»§ 114 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

›Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:

1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,
2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie
3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.«

b) In Satz 7 wird nach dem Wort ›Versorgung‹ das Wort ›sowie‹ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort ›Arzneimittelversorgung‹ die Wörter ›sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz‹ eingefügt.«

Diese Regelung wird ergänzt durch Absatz 1b des § 115 SGB XI, der im Rahmen der Regelungen zur Pflegetransparentvereinbarung nunmehr auch die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz (Rösch 2016) zum Gegenstand der Veröffentlichungspflicht macht.

»(1b) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2014 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung

sowie zur Arzneimittelversorgung und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. [...]«

All diese Maßnahmen zielen also zum einen darauf ab, regionale Vernetzungen in der Versorgung in einer Engmaschigkeit zu etablieren, die in diesem Bereich bislang noch nicht üblich war, und zum anderen darauf, den »Einzelfall« des Bewohners und seiner Angehörigen weit besser zu beraten und zu versorgen, als es bisher der Fall sein konnte.

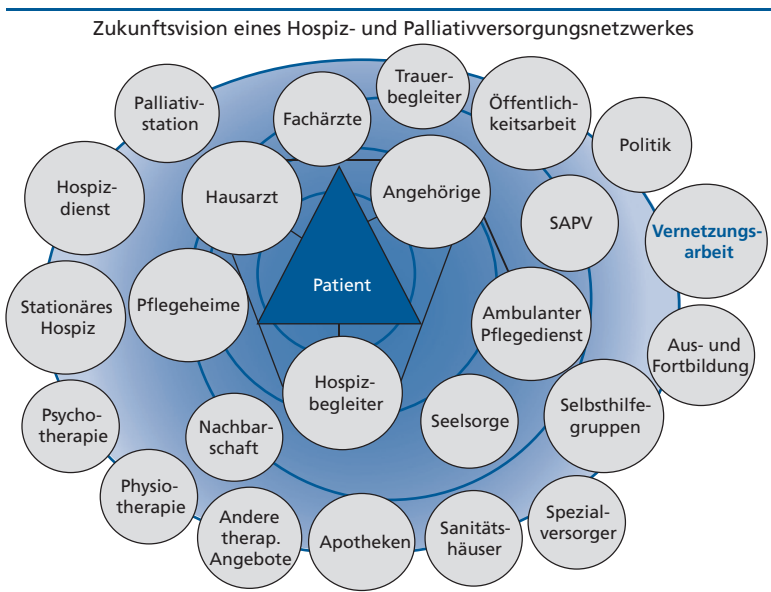


Abb. 1: Idealbild eines Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerkes (Rösch 2016, S. 53)