

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Pflegeheim

Ein Plädoyer für einen realitätsnahen Ansatz

Dirk Müller und Amöna Landrichter

Einleitung

Wir besuchen Frau M. kurz vor ihrem Hundertsten. Sie wirkt agil und reflektiert. Es gilt herauszufinden, wie sich Frau M. einmal ihr Lebensende wünscht. „Ich finde sterben nicht so schlimm ...“, sagt sie und hat diesbezüglich das Bild einer alten Löwin vor Augen, die sich unter einen Baum legt und stirbt.

In Pflegeheimen scheint es alten Menschen häufig leichter zu fallen, über das Lebensende zu sprechen. Das mag auch daran liegen, dass sie sich dem Thema näher fühlen, weil sie ja schon über Jahre Abschied nehmen: von Menschen, körperlichen Fähigkeiten, Mitarbeiter*innen oder auch ihrer Lebenslust. Angehörige und Nahestehende wiederum, auch Pflegendе und Ärzt*innen, tun sich damit häufig schwer, verhindern gar wichtige Gespräche und das Entstehen einer Abschiedskultur. Dabei gilt es doch in der Altenpflege, den Bewohner*innen Mut zu machen, zu zeigen, dass sie in guten Händen sind und sich auf kompetente palliativgeriatrisch ausgerichtete Lebensendbegleitung in fachlich kompetenten Heimen verlassen können! Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) kann und soll an dieser Stelle ansetzen.

Nachfolgend wollen wir dazu unsere aktuellen fachlichen Perspektiven mit einhergehenden Chancen und Risiken darstellen. Diese basieren auf Pilotprojekten¹, Schulungen², Expert*innengesprächen, Rückmeldungen angehender GVP-Berater*innen, Erkenntnissen im eigenen Träger³, in den Netzwerken Palliative Geriatrie⁴, in der AG Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen (DHPV)⁵ sowie in der deutschsprachigen Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG)⁶. Auch sei die Berliner Patientenverfügungsberatungsstelle an der kommunalen Fach- und Spezialberatungsstelle Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)⁷ erwähnt, über die seit mehr als zehn Jahren jährlich über 250 Bürger*innen zuhause, auch in Heimen, eine individuelle, auf den Einzelfall bezogene Patientenverfügungsberatung erhalten.

1 Vgl. https://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Forschung/Pilotprojekt_gVP_im_NPG_Berlin_ohne_Anlagen_20170405.pdf

2 Vgl. <https://www.palliative-geriatrie.de/kompetenzzentrum/bildung>

3 Vgl. <https://www.unionhilfswerk.de/angebote/pflege>

4 Vgl. <https://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke>

5 Vgl. <https://www.dhvp.de/ueber-uns-arbeitsgruppen>

6 Vgl. <https://www.fgpg.eu>

7 Vgl. <http://www.hospiz-aktuell.de>

Was ist GVP?

Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP), definiert in §132g Abs. 3 SGB V und Ende 2017 mittels Vereinbarung zur GVP⁸ beschrieben, wurde 2015 in das Hospiz- und Palliativgesetz⁹ aufgenommen, um einen geordneten und fachlichen Dialogprozess zwischen Bewohner*in, Nahestehenden sowie Ärzt*innen und Heimmitarbeiter*innen über das Leben und Sterben anzubieten. Auch soll über Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Versorgung beraten werden.

Krankenkassen und Verbände der Heimbetreiber haben sehr lange gebraucht, um sich zu verständigen und die GVP konkret zu beschreiben. Das muss nicht verwundern, da sich die deutsche Pflegeheimwelt in jene Heime teilt, wo schon immer über das Leben und das Lebensende ge- und dem Patient*innenwillen entsprochen wird, und solche, in denen das Lebensende mehr oder weniger tabuisiert wird.

Laut Idee der GVP kommt ein/eine geschulte/r Berater*in zur/zum Bewohner*in und bezieht Nahestehende, Ärzt*innen sowie das Pflege- und Beratungsteam ein. So soll sichergestellt werden, dass sich das Lebensende der/des Bewohner*in an ihren/seinen jeweiligen Wünschen orientiert.

Instrumente in der GVP, die sich als einen mehr oder weniger langen Prozess versteht, können Patient*innenverfügung, Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung sowie eine Notfallplanung sein. Diese sollen in Beratungsgesprächen und Fallbesprechungen nachvollziehbar erklärt und vermittelt und wenn nötig auch in leichter Sprache angepasst werden. Es ist aber genauso möglich, ohne Ausfüllen und Beratung zu diesen Instrumenten über das Leben und Sterben miteinander ins Gespräch zu kommen.

GVP – Alter Wein in neuen Schläuchen?

Alle, die das von Altenpflege-Expert*innen bereits 2006 entwickelte 40-stündige Curriculum „Palliative Praxis“¹⁰ kennen und wie z. B. KPG Bildung seit 2007¹¹ verlässlich einsetzen, wissen, dass vorausschauende Planung in der stationären Pflege, auch der Notfallplan, immer schon Teil dieser für die Altenpflege wichtigen Basisqualifikation war und ist. Wir sprechen bei der GVP also nicht von einer neuen Erfindung, die heute gerne von einigen in der klassischen Palliative Care (zumeist für onkologische Patient*innen) unter dem Label „Advance Care Planning“ oder „Behandlung im Voraus planen“ publiziert und geschult wird. Vielmehr handelt es sich um eine mehr oder weniger schlichte Erkenntnis in einer bereits häufig praktizierten, palliativgeriatrisch ausgerichteten Altenpflegepraxis – im Sinne *allgemeiner* Palliativversorgung. Bekannt ist, dass diese noch nicht flächendeckend der Fall ist.

8 Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_inhalte_und_anforderungen_der_gesundheitlichen_versorgungsplanung.pdf

9 Vgl. <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung.html>

10 Vgl. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/curriculum-palliative-praxis>

11 Vgl. <https://www.palliative-geriatrie.de/bildung>

Neu ist allerdings, dass nun eine zusätzliche Leistung über SGB V in der Heimwelt SGB XI angeboten wird und darüber Gespräche über das Lebensende im geringen Maße über Krankenkassen refinanzierbar sind. Auch ist zu beobachten, dass GVP immer mehr ins Bewusstsein der Heime gerät und durch zahlreiche Einrichtungen erfragt wird.

Wer berät zur GVP im Heim?

GVP-Berater*innen sind lt. Vereinbarung¹² Personen mit unterschiedlichen Grundausbildungen, Qualifikationen und Funktionen. Die Meinung, GVP beherrsche nur der/die Ärzt*in, erschließt sich uns nicht. Vielmehr ist ein/e gut etablierte/r, kommunikative/r Altenpfleger*in oder Sozialarbeiter*in für GVP sehr geeignet. Er/sie sollte aus der Einrichtung selbst stammen und auch nur hier tätig werden. Voraussetzungen sind Haltung, palliativgeriatrische Kompetenz, ein gutes Wissen über Heim und Bewohner*innen sowie interdisziplinäres und teamorientiertes Denken und Handeln. Ergänzt wird diese Person durch ein verlässliches, reales und überschaubares Heimnetzwerk, zu dem auch ein geeigneter Hospizdienst oder SAPV, auch die Kirchengemeinde oder der Demenzbesuchsdienst gehören können.

Auch könnten externe Personen (z. B. ein Hospizdienst) mit GVP vom Heim beauftragt oder als übergeordnete Berater*innen in größeren Trägern per „Poollösung“ tätig werden. Wir bewerten dies sehr kritisch und raten dringend davon ab. Die Auslagerung von GVP bedient hier die allenthalben zu beobachtende Logik in der stationären Altenpflege, Dienstleitungen an Externe auszulagern bzw. zu spezialisieren, etwa im Sinne von Hygienebeauftragten.

Der Dialogprozess muss von gegenseitigem Vertrauen, Respekt und unmittelbarem Kennen der Verhältnisse getragen sein. Zudem gehören dazu auch Kommunikations- und Empathiegeschick und ein kompetenter Altenpflegeblick. Wer sollte besser für GVP geeignet sein, als die/der geeignete Mitarbeiter*in vor Ort?

Externe, z. B. Hospizdienstkoordinator*innen o. a., sollten sich also nicht als externe Berater*innen „anbieten“, da sie sonst die Entwicklung und Kommunikationsfähigkeit in der Einrichtung beeinträchtigen. Verwiesen wird auch auf eine von der o. g. Fachgruppe entwickelte Handreichung zur Kooperation mit Pflegeheimen. Hospizdienste sollten sich an den notwendigen vorherigen und einhergehenden Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozessen aktiv beteiligen, die GVP nicht aber als neuen „Geschäftsbereich“ ansehen. Dabei sollten sinnvolle Kooperationen angeregt und verlässlich umgesetzt werden.¹²

12 Fachgruppe Hospizkultur und Palliativmedizin im Pflegeheim/DHPV: Protokoll vom 12.01.2018

Dreiklang GVP

Ausgestattet mit der o. g. Perspektive versteht sich ein sog. „Dreiklang der GVP“, der auf der 12. Fachtagung Palliative Geriatrie¹³ präsentiert und auch in der DHPV-Fachgruppe Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeheimen vertreten wird. Demnach soll GVP für die Leistungsberechtigten (1) von kompetenten Personen aus der jeweiligen Einrichtung (Berater*innen) und (2) unter Einbezug regionaler Kooperationspartner*innen (z. B. Hospizdienst, SAPV) sowie (3) in Gestaltung eines jeweiligen Heimnetzwerkes verbindlich gestaltet und umgesetzt werden.

Lässt sich das Leben und Sterben verlässlich vorausplanen?

Zur Wahrheit gehört, dass sich nicht alle Lebens- und Lebensendthemen endgültig vorausplanen lassen. Auch in der GVP ist ein gewisser fachlicher Pragmatismus gefragt. „Es ist schon hilfreich, wenn die Leute von der Feuerwehr überhaupt einen Anhaltspunkt haben, wie sich der Patient*innenwille der Bewohner gestaltet“, sagte ein Feuerwehrmann im Rahmen einer unserer Veranstaltungen zur Verabredung eines Berliner Notfallbogens für Pflegeheime.

Das Leben und Sterben lässt sich nicht immer in einen Notfallbogen pressen. Es braucht in der Altenpflege eine gewisse Unsicherheits- und Ungewissheitstoleranz sowie einen gewissen Pragmatismus. Genauso wichtig ist die Fähigkeit, mehrdeutige Situationen und widersprüchliche Aussagen wertzuschätzen und in die Versorgung und Begleitung zu übersetzen. GVP heißt auch, Widersprüchlichkeiten der zu beratenden Person zu akzeptieren. Gerade in der Begegnung mit alten und hochbetagten Menschen bedarf es der vorbehaltlosen Würdigung der Identität eines Menschen, seines Nicht-entscheiden-Wollens oder Nicht-entscheiden-Könnens gegenüber einer aus seiner Sicht unberechenbaren oder unkontrollierbaren Situation.

Wer darf GVP anbieten?

Auch in den Heimen selbst werden GVP und deren Umsetzung unterschiedlich gehandhabt. Es kann beobachtet werden, dass z. B. ein/e Mitarbeiter*in zur Berater*innenschulung geschickt wird, ohne dass die Heimleitung GVP als sinnvoll betrachtet. In diesem Fall stellen sich im Schulungs- und Umsetzungskontext die Fragen nach dem guten Leben und Sterben in diesem Heim neu und die wesentlichen Herausforderungen bzgl. der Weiterentwicklung des Heimes werden sichtbar. Dies erschwert das Handeln der GVP-Berater*in im Rahmen der verlässlichen Einführung und Gestaltung der GVP.

Andere Heime wiederum schicken bereits sehr kommunikative und fachlich erfahrene Mitarbeiter*innen in die Berater*innenschulung. Sie können bereits vor Ort auf verlässliche und breite palliativgeriatriische Kompetenzen und Haltungen und entwickelte Netzwerke aufbauen. Das erleichtert die Tätigkeit dieser GVP-Berater*innen bei der Einführung von GVP.

Die ausbildenden Institutionen

Ein Blick in die Landschaft der Bildungsträger und Verbände vermittelt ein ebenso „buntes“ Bild: Erfahrungskompetenz, praktische Impulse, Kooperationen mit Einrichtungen aus der vollstationären Altenpflege, Ausbildung der Kursleiter*innen und das zu Grunde liegende Curriculum differieren stark. Das hat natürlich etwas mit der Ver-

¹³ Vgl. <https://www.palliative-geriatrie.de/fachtagung>

einbarung zur GVP zu tun, die zwar Richtlinien für die Schulung festlegt, nicht aber grundlegende Anforderungen für Bildungsträger vorweist. Es wird zu beobachten sein, wohin das führt.

Auffällig ist, dass das Verständnis und/oder die Darstellung von GVP sowie die lehrende Vermittlung wesentlicher Lerninhalte oftmals mit der in Heimen durchgeführten GVP weit auseinandergehen. Theorie und Praxis unterscheiden sich nicht nur von Ort zu Ort, sondern auch in den Ansätzen zu deren Kultivierung. Die „Indikatoren zur Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen vom DHPV“ (2016)¹⁴ oder die Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Charta/Handlungsfeld 1: „Entwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen“ (2016)¹⁵, auch ein Blick in unsere Berliner „Verbraucherfibel zur Auswahl eines Pflegeheims mit palliativgeriatrischer Kompetenz“ (2017)¹⁶ können als Orientierung dienlich sein.

Netzwerke und Netzwerkpartner*innen

Bezüglich der geforderten regionalen Netzwerke und Netzwerkpartner*innen kann festgestellt werden, dass auch hier ein großer Spielraum herrscht. Zum Beispiel heißt es in der Vereinbarung zur GVP, dass die behandelnden Ärzt*innen in die Fallbesprechung einzubinden sind. Wie genau das geschehen soll, ist nicht festgelegt. Erfahrungen zeigen, dass sich hier u. a. deutlich die Organisation und deren Netzwerkfähigkeiten zeigen – neben den auch begrenzten zeitlichen und fachlichen Kapazitäten der Ärzt*innen.

Genauso ist es bei den anderen Kooperationspartnern*innen, z. B. Hospizdiensten oder SAPV-Leistungserbringer*innen. Auch hier variieren Quantität und Qualität vielfältig, sowohl in der Zusammenarbeit, als auch im gegenseitigen Verständnis der Zusammenarbeit.

Deutlich wird, dass eine gelungene Zusammenarbeit möglich ist, wenn das Heim sich in eigenen Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozessen engagiert und in der Lage ist, ein funktionierendes Heimnetzwerk aufzubauen. Auch hier gilt die Faustformel: lieber wenig reale und verlässliche Kooperationspartner*innen kultivieren, als viele unzuverlässige Kooperationspartner*innen auf dem Papier zu führen.

Der theoretische Ansatz der GVP

Der noch einmal genauer zu betrachtende letzte Bereich ist der theoretische Ansatz der GVP, auf welchen sich das jeweilige Curriculum zur Berater*innenschulung gründet.

Bezgl. der Schulungen wurden im Rahmen der Einführung der GVP unterschiedliche Konzepte erstellt, wie die Durchführung und Anbindung der GVP praktisch vermittelt und umgesetzt werden kann. Diese Vielfalt spiegelt sich jetzt, ein halbes Jahr nach deren realer Einführung, wider. Zu erkennen ist, dass die einen den größten Schwerpunkt auf medizinische Aspekte in der Notfallversorgung und am Lebensende legen und z. B. ein umfangreiches zusätzliches Formularwesen implementiert wird. Andere wiederum beraten vor allem zur hospizlich-palliativen Begleitung. Wieder andere verorten das Hauptanliegen der GVP im direkten und aufrechten Gespräch mit dem/der Bewohner*in, welches sich grundsätzlich mit deren/dessen Haltung zum Lebensende befasst und zusätzlich medizinische-pflegerische Aspekte aufgreift.

14 Vgl. <https://www.palliative-geriatrie.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=297&token=e5a57dca05fe1a1054a9b84c54de921aba06bc2>

15 Vgl. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf

16 Vgl. <https://www.palliative-geriatrie.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=1547&token=b8963641a46da6a8590aff19fcc965ecbae59fe3>

Dies bringt die Autor*innen dazu, einmal grundsätzlich zu fragen, ob sich die theoretischen Vorstellungen zur GVP überhaupt mit der Realität in den Heimen und vor allem mit den Bedürfnissen der Bewohner*innen und Nahestehenden decken.

Denn:

- Welchen Nutzen hat ein großes Paket an Formularen mit den Vorsorgeinstrumenten, wenn weder Fachkraft noch Zugehörige und Bewohner*in die Inhalte wirklich verstehen?
- Welchen Nutzen hat eine lediglich festgeschriebene Medikation und Handlungsanweisung bei Notfällen, wenn sich niemand im Heim dafür verantwortlich fühlt oder Angst hat, diese umzusetzen?
- Welchen Nutzen hat die Schulung von GVP-Berater*innen, wenn in Heimen weder Kapazitäten noch der Wille zur Einführung der GVP vorzufinden ist?

Zusammenfassung

GVP braucht regionale Verortung und muss vom Heim praktiziert werden. Sie anzubieten, zu koordinieren und zu moderieren ist Kernaufgabe der Einrichtungen selbst. Sie müssen für Rahmen, Ansprechpartner*in und alle notwendigen Schritte sorgen. GVP lässt sich nicht „outsourcen“. Um GVP umzusetzen, braucht es längere Bildungs- und Reflexionsaktivitäten vor Ort sowie Organisationsentwicklungsprozesse. Auch legt GVP den „Finger in die Wunde“. So werden häufig Versorgungslücken deutlich, auch wie es um die Sterbebegleitung im jeweiligen Heim wirklich steht.

GVP darf auf keinen Fall auf ein medizinisch-pflegerisches, einmaliges Beratungsprodukt, welches bestenfalls in Abständen wieder aufgerufen wird, reduziert werden. Vielmehr charakterisiert GVP einen gemeinsamen Weg, eine Beschäftigung mit dem Leben und Sterben. Der GVP-Prozess ist als ein Dialogprozess unter konsequenter Würdigung der Wünsche und Bedürfnisse des alten und hochbetagten Menschen angelegt.

Der zentrale Wert von GVP besteht im Gesprächsangebot: Heimbewohner*innen, ggf. deren Vertreter*innen, Angehörige und Nahestehende, haupt- und ehrenamtliche Heimmitarbeitende sowie behandelnde Ärzt*innen werden befähigt, miteinander ins moderierte Gespräch zu kommen. Die Reflexion des Lebens und der Sterbewünsche, Beratung zur Patient*innenverfügung und zu Vorsorgemöglichkeiten sind genauso wichtig wie medizinische und pflegerische Abklärungen sowie Festlegungen von Behandlungswünschen und Interventionen im Krisenfall.

Für die weitere Etablierung und Entwicklung empfehlen die Autor*innen ganz praktisch, mit Heimen unterschiedlicher Art und Größe ins Gespräch zu gehen und dort zu fragen, wie die Einführung der GVP trotz aktueller und auch katastrophaler Zustände geschehen kann. Dies scheint eindeutig sinnvoller, als sich einfach auf unsere bequemen Sessel der Hospiz- und Palliativversorgung zu setzen und dabei die GVP-Koordinator*innen aus den Heimen der eigentlichen Realität auszusetzen.

Dirk Müller, D. Berlin, MAS (Palliative Care), Altenpfleger (Palliative Care), Fundraising-Manager (FH), Leiter Bereich Hospiz und Palliative Geriatrie im UNIONHILFSWERK/KPG, 1. Vorsitzender Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, Vorsitzender Hospiz- und Palliativverband Berlin, Projektleiter Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

dirk.mueller@unionhilfswerk.de

Amöna Landrichter, D. Berlin, Dipl. Sozialarbeiterin (Palliative Care), Sozialtherapeutin, Projektleiterin Zentrale Anlaufstelle Hospiz vom UNIONHILFSWERK, Co-Projektleiterin Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

amoena.landrichter@unionhilfswerk.de

Internet: <https://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke/gvp-versorgungsplanung>

Impressum

die hospiz zeitschrift palliative care,
20. Jahrgang 2018,
Nr. 80 20. Jg, ISSN 1617-3686

Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen unter Verantwortung der Verfasser und geben nicht automatisch die Meinung der Redaktion wieder.

Herausgeber

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5, 10713 Berlin
Tel. 030/8200 75 80
info@dhpv.de, www.dhpv.de

Verlag

der hospiz verlag Caro & Cie. oHG
Kimmichsweilerweg 56
73730 Esslingen
Tel. 0711/31087341
www.hospiz-verlag.de, info@hospiz-verlag.de

Redaktion

der hospiz verlag

Anzeigen

Stephanie Burkhardt, burkhardt@hospiz-verlag.de

Schriftleitung

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus

Satz und Layout

der hospiz verlag Caro & Cie. oHG

Druck

LW-Flyerdruck

Abonnementervice und Einzelbestellungen

Frau Rother, Brockhaus Commission
Tel. 07154/ 132737, hospiz@hospiz-verlag.de

Abonnementpreise und Bedingungen

Der Preis für das Sonderheft beträgt € 15,00 zuzüglich Versandkosten; Inland € 1,90, europ. Ausland € 4,00. Die Hospizzeitschrift ist auch im Abo erhältlich.

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.hospiz-verlag.de.

Bildnachweis

Bilder: © Jorge Lopes, Seite 11: © Viola Lopes
Seite 30: © BMG
Seite 31: © Dr. Franziska Giffey (SPD) – Pressefoto

Herausgeber-Beirat:

Marie-Luise Bödiker, Paderborn
Gian Domenico Borasio, Lausanne
Klaus Dörner, Hamburg
Monika Führer, München
Marcel Globisch, Olpe
Gerda Graf, Kreuzau
Reimer Gronemeyer, Gießen
Katharina Heimerl, Wien
Thomas Klie, Freiburg
Susanne Kränzle, Esslingen
Friedemann Nauck, Göttingen
Lukas Radbruch, Bonn
Josef Raischl, München
Anja Schneider, Dessau
Werner Schneider, Augsburg
Veronika Schönhofer-Nellessen, Aachen
Birgit Weihrauch, Düsseldorf

Das Sonderheft der hospiz zeitschrift palliative care

5 | 2018

GESETZ

HPG und Koalitionsvereinbarungen
– Zwischenbilanz und Ausblick