

Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

**Stellungnahme des Ethikkomitees
des Caritasverbandes für das Bistum Aachen**
zur gesundheitlichen Versorgungsplanung
für Bewohnerinnen und Bewohner in der
letzten Lebensphase gemäß § 132g SGB V
in stationären Pflegeeinrichtungen mit
Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangssituation
2. Vereinbarung über Inhalte und Anforderungen
3. Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen
4. Ethische Beurteilung
5. Fazit und Empfehlung

1. Ausgangssituation

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurde der § 132g neu in das Krankenversicherungsgesetz aufgenommen (in Kraft seit 01.01.2018), um Bewohnern¹ ein Beratungsangebot für die Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase bereitzustellen. Laut Begründung des Gesetzgebers lautet das Ziel, mit dem Beratungsangebot für die letzte Lebensphase

- Bewohner in ihrer Selbstbestimmung zu stärken,
- ihnen eine Möglichkeit der emotionalen Auseinandersetzung anzubieten, um ihre Ängste vor der letzten Lebensphase zu minimieren und
- ihnen ungewünschte (Krankenhaus-) Behandlungen in der letzten Lebensphase zu ersparen

Die zunehmend verkürzte Verweildauer der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen hat dazu geführt, dass die Bedeutung der hospizlichen und palliativen Unterstützung stark gewachsen ist. Gemäß der Begründung zum HPG versterben 30% der Bewohner in den ersten 3 Monaten und 60% innerhalb eines Jahres nach Einzug in den Altenheimen. Diese hohe Sterbedichte führt dazu, dass die Pflegeeinrichtungen ihre Hospiz- und Palliativkultur weiterentwickeln müssen. Hierzu müssen sie in die Qualifizierung ihres Personals zur hospizlichen und palliativpflegerischen Begleitung investieren, die Vernetzung mit externen Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung optimieren und die Struktur- und Prozessqualität im Rahmen von Qualitätsmanagement anpassen. Die damit verbundenen zeit- und kostenaufwendigen Investitionen haben nicht alle Träger der stationären Altenhilfeeinrichtungen bisher getätigt. Das jetzt von der Krankenversicherung finanzierte Beratungsangebot kann als ein Baustein (unter anderen) dienen, um dem hospizlichen Bedarf der Bewohner gerecht zu werden.

¹ Nachfolgend wird aufgrund der Lesbarkeit auf die Genderform verzichtet. Gemeint sind stets alle Geschlechter.

2. Vereinbarung über Inhalte und Anforderungen

Pflegeeinrichtungen, die das Beratungsangebot gemäß § 132g SGB V umsetzen, müssen nach der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband Berlin und den Trägervertretern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene folgende Inhalte beachten und Anforderungen für eine vertragsgerechte Umsetzung erfüllen.

Inhalte:

- Jede Einrichtung, die die Beratung zur Versorgungsplanung vorhält, muss jedem Bewohner das Angebot unterbreiten. Anspruchsberechtigt sind GKV-Versicherte. Bei PKV-Versicherten muss im Einzelfall die Finanzierung geklärt werden.
- Die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes ist für die Bewohner freiwillig.
- Das Beratungsangebot bezieht sich auf pflegerische, medizinische, spirituelle und psychosoziale Bedarfe der Bewohner. Dabei sollen sie eine Vorstellung über medizinisch-pflegerische Abläufe sowie das Ausmaß und die Intensität und Möglichkeiten pflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase entwickeln.
- Inhalte der Leistung nach § 132g sind
 - Beratungsgespräche,
 - Fallbesprechungen und
 - Dokumentationen.
- Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einem oder mehreren aufeinander aufbauenden Gesprächen statt und ggf. bei Bedarf in „Krisensituationen“ durch – multiprofessionelle – Fallbesprechungen.
- Die Formulierung des selbständigen – auch nonverbal geäußerten – Willens steht vor allen anderen Zielen im Beratungsprozess. Die Inhalte einer Willensäußerung sind sorgsam und sicher festzustellen, weil daraus für zukünftige Handlungen und Versorgungsformen Konsequenzen entstehen.²

² Seite 6 der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger zugelassener Einrichtungen nach § 43 des SGB XI sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

- Der Beratungsprozess setzt keine Geschäftsfähigkeit voraus. Bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern werden die Bevollmächtigten einbezogen.³
- Bewohner mit hohem Unterstützungsbedarf (z.B. bei kognitiver Einschränkung) können durch Vertrauenspersonen in ihrer autonomen Entscheidung assistiert werden. Zur Ermittlung des natürlichen und mutmaßlichen Willens können auch nahestehende Personen einbezogen werden.
- Der behandelnde Arzt ist in den Beratungsprozess nach den individuellen Wünschen der Bewohner einzubeziehen.⁴
- Die gesundheitliche Versorgungsplanung muss den individuellen Bedarfen einer barrierefreien Kommunikation entsprechen. Bei Bewohnern, die sich nicht mehr verbal äußern können, ist durch Beobachtung und Erfahrung deren Wille zu ermitteln.⁵

3. Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen

- Das Beratungsangebot soll Bestandteil einer Hospiz- und Palliativkultur der Pflegeeinrichtung sein und in die Strukturen und Prozesse der Pflegeeinrichtung integriert werden. Die Organisationshoheit obliegt der Pflegeeinrichtung/den Pflegeeinrichtungen.⁶
- Die Pflegeeinrichtung kann das Beratungsangebot in Eigenregie vorhalten oder an einen regionalen Akteur der Hospiz- und Palliativversorgung delegieren. In diesem Fall erbringt dieser im Auftrag der Pflegeeinrichtung das Beratungsangebot. Ferner kann das Beratungsangebot auch im Zusammenschluss mehrerer Pflegeeinrichtungen – auch trägerübergreifend – erbracht werden.⁷
- Der Beratungsprozess ist getrennt vom Ergebnis der Beratung zu dokumentieren. Der Prozessbericht ist vertraulich und nur dem Bewohner, ggf. dem Bevollmächtigten und dem Berater zugänglich. Der Krankenkasse steht die Dokumentation des Beratungsprozesses nicht zur Verfügung. Das Ergebnis der Beratung kann sowohl **eine**

³ S. 9 der Vereinbarung.

⁴ S.9 der Vereinbarung.

⁵ S.7 der Vereinbarung.

⁶ S.8 der Vereinbarung.

⁷ S.8 der Vereinbarung.

Willenserklärung für die letzte Lebensphase als auch **keine** Willenserklärung zur letzten Lebensphase sein.⁸

- Die Bewohner und ggf. die Bevollmächtigten sind über die Dokumentation der Willenserklärung zu informieren. Die Richtigkeit der Dokumentation der Willensäußerung ist von dem Bewohner schriftlich zu bestätigen. Eine Kopie ist sowohl den Bewohnern als auch ggf. ihren Bevollmächtigten auszuhändigen.⁹
- Sofern eine Patientenverfügung nach § 1901 BGB gewünscht ist, ist diese in einem separaten Dokument zu erstellen. Die Patientenverfügung setzt die Einwilligungsfähigkeit voraus.¹⁰
- Am Ende der Beratung ist die Zustimmung der Bewohner für die Weitergabe des dokumentierten Willens im Rahmen der Verlegung in eine andere Einrichtung (Krankenhaus, etc.) schriftlich einzuholen (Datenschutzbestimmungen).¹¹
- Die ständige Verfügbarkeit der Dokumentation muss durch die Pflegeeinrichtung gewährleistet werden. Im Rahmen der internen Vernetzung sind alle Mitarbeiterinnen über Sinn und Zweck der Versorgungsplanung zu informieren. Die Beschäftigten sind angehalten die Ergebnisse der Beratung zu beachten. Sofern die Bewohner Änderungswünsche hinsichtlich der Willenserklärung und/oder der Patientenverfügung gegenüber Mitarbeiterinnen äußern, ist sofort der Berater hinzuzuziehen.
- Das Beratungsangebot wird bis 2021 pauschal finanziert. Bis zu diesem Zeitpunkt wird das Angebot evaluiert, um auf dieser Grundlage die vereinbarte Vergütungssystematik zu überprüfen und weiterzuentwickeln¹².
- Im Rahmen der externen Vernetzung sind andere an der Versorgung Beteiligte, wie beispielsweise Ärzte, Rettungsdienste, SAPV-Teams, Kliniken vorab über das Beratungsangebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu informieren. Die Berater sollen entweder regelmäßige Treffen mit den anderen an der Versorgung Beteiligten organisieren oder an bestehenden regionalen Treffen teilnehmen¹³.

⁸ S.11 der Vereinbarung.

⁹ S.10 der Vereinbarung.

¹⁰ S.10 der Vereinbarung.

¹¹ S.11 der Vereinbarung.

¹² S.20 der Vereinbarung.

¹³ S. 12 der Vereinbarung.

- Die Berater müssen bestimmte Grundqualifikationen vorlegen sowie einschlägige Berufserfahrungen und eine zweiteilige Weiterbildung (für die prozesshafte Beratung) nachweisen¹⁴.

4. Ethische Beurteilung

- Die generelle Aufnahme des Themas der gesundheitlichen Versorgungsplanung der Bewohner und Bewohner in der letzten Lebensphase ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Sie antwortet auf einen dringenden Bedarf in der Praxis durch die sich zuspitzende Sterbedeichte in Pflegeeinrichtungen.
Die Regelung des §132g SGB V basiert auf dem ethischen Prinzip der Autonomie des Bewohnerwillens. Die Ausrichtung auf Werte und Wünsche des Bewohners würdigen die individuelle Selbstbestimmung und die ihr zugrunde gelegten Sinn- und Wertehorizonte.
Eine aktive Sensibilisierung für Fragen zum Lebensende kann auf persönliche Dispositionen unterstützend wirken. Auch kurzweilige Interaktionen mit dem zuständigen Berater können einen Beitrag dazu leisten, im gegebenen Fall einen mutmaßlichen Willen des Bewohners zu ermitteln.
- Das Herantragen eines solchen Beratungsangebotes im Kontext des Einzugs und der Integrationsphase in einer Einrichtung kann allerdings zu einer Überforderung des pflegebedürftigen Menschen führen, wenn er sich mit den Themen Sterben und Tod bedrängt fühlt. Unbedingt zu vermeiden ist der Eindruck, dass eine Entscheidung für die Beratung bzw. für eine Willensäußerung zu therapiebegrenzenden Maßnahmen verpflichtend ist. Es muss deutlich gemacht werden, dass bei allen Optionen weder die Lebens- noch die Pflegequalität beeinflusst werden. Der möglichen Überforderung des Bewohners ist entgegenzukommen, indem
 - die Freiwilligkeit und Freiheit des Gesprächs(-verlaufs) betont und
 - eine hohe Qualität sowohl der Beratung als auch der ihr implizierten pflegerisch-medizinischen Aufklärung gewährleistet wird.

Sofern ein vertrautes Arzt-Patienten-Verhältnis mit dem Hausarzt besteht, ist eine adäquate Weitergabe des (verbal oder non-verbal geäußerten) Patienten- bzw. Bewohnerwillens durch die ständige Integration des behandelnden (Haus-) Arztes in medizinische und pflegerische Prozesse sowie durch die Etablierung von Kommunikationsschnittstellen zwischen

¹⁴ S. 12 folgende der Vereinbarung.

allen beteiligten Instanzen und Institutionen sicher zu stellen. Auf pflegerisch-medizinischer Seite können

- Kosten durch wegfallende Doppelbehandlung und Effizienzsteigerung der Behandlung gesenkt werden
- das pflegerisch-medizinische Personal in seiner Urteilsbildung entlastet werden.

- Wenn das Angebot von einem **externen** Akteur der Hospiz- und Palliativversorgung oder von einem Berater des Trägers für eine oder mehrere Einrichtungen erbracht wird, sind weiterhin die Herausforderungen einer Einbettung des Beratungsangebots in die hospizliche Gesamtkonzeption besonders zu berücksichtigen. Zwar ergeben sich beispielsweise bei der Vorhaltung eines Beraters für 400 Bewohner Synergieeffekte, aber zugleich wächst damit die Gefahr, dass das Angebot einen isolierten Charakter erhält. Die Einbettung des Angebotes in die Gesamtkonzeption der Einrichtung ist wichtig, um zu gewährleisten, dass spontane Änderungswünsche der Bewohner an die Berater weitergeleitet werden. Damit erfordert es eine Sensibilität und Achtsamkeit der Mitarbeiter der Einrichtung, um die Wünsche der Bewohner für ihre letzte Lebensphase wahrzunehmen und diesen zu begegnen.
- Gleichzeitig darf die Freiwilligkeit der Beratung unter keinen Umständen unterminiert werden. Mit Blick auf die Evaluation des Angebotes, als deren Ergebnis möglicherweise die Häufigkeit die weitere Finanzierung nach 2021 beeinflusst, darf keine Dynamik entstehen, dass sich Bewohner genötigt fühlen das Angebot anzunehmen. Zu bedenken ist, dass letztendlich ein „formales“ Abhängigkeitsverhältnis besteht, selbst, wenn die Träger und Mitarbeiter bemüht sind, die Autonomie der Bewohner zu garantieren.
- Dieses formal-institutionalisierte Angebot läuft Gefahr, das Reden über Sterben und Tod zu funktionalisieren. Bei einem Einsatz eines Beraters, der dem Alltagsgeschehen des Bewohners entfernt ist, ist Vorsicht geboten,
 - die Rede über das Lebensende zu einer Serviceleistung, die aus dem Beziehungsgeflecht des Bewohners herausgenommen ist, umzuformen.
 - die hohe Intimität des Themas zu relativieren
 - das Sterben bzw. den Tod als zum isolieren Gesprächsobjekt zu machen und damit als verfügbar darzustellen.

- Bei der Einsetzung eines Beraters nach §132g SGB V ist besonders das Spannungsverhältnis, in dem er sich befindet, zu beachten. Er muss einerseits in der Lage sein, unabhängig und weisungsungebunden Beratungsgespräche zu führen und sich andererseits in ein kollegiales Verhältnis zu anderen Beschäftigten zu stellen und sich in die Struktur der Fach- und Dienstaufsicht zu integrieren.
- Die Schaffung einer Beratungsstelle ersetzt nicht den Aufbau einer hauseigenen und gesellschaftlichen Palliativ- und Hospizkultur.
- Die absolute Priorisierung des Prinzips der Autonomie durch §132g SGB V vernachlässigt eine strukturelle Berücksichtigung anderer ethischer Prinzipien wie z.B.
 - Fürsorge und Hilfeleistung
 - Nicht-Schaden
 - Gerechtigkeit und Gleichheit

Die faktische Halbautonomie muss stärker bedacht werden.

Der Bewohner- bzw. Patientenwille orientiert sich stets an

- eigenem (begrenzten) Wissen
- Unsicherheiten und Ängsten
- Beziehungsverhältnissen
- öffentlichen und gesellschaftlichen Meinungsbildern
- Kultur und bestehenden Systemen

Daher handelt es sich um einen komplexen Prozess, der nicht in der dichotomen Beratungsfrage „Behandlung oder Nicht-Behandlung“ aufgelöst werden kann.

- Noch anders verhält es sich mit den vielen Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen. Für die Einrichtungen stellt der rechtsichere Umgang mit den Willenserklärungen und mutmaßlichen Willen eine Herausforderung dar. Schließlich ist die Willenserklärung entscheidend über das Veranlassen und Unterlassen der Behandlungsmethoden und somit über Leben und Tod.

In der praktischen Umsetzung vor Ort ist die Unterscheidung zwischen

- selbständiger Entscheidung
 - assistierter Entscheidung (durch einfache, verständliche Erläuterungen, barrierefreie Kommunikation) und
 - ersetzter Entscheidung
- wichtig, die in einer ethischen Rangfolge stehen.

5. Fazit und Empfehlung

Parallel zum Aufbau des Angebots nach §132g ist eine intrinsische Hospiz- und Palliativkultur unbedingt auf- und auszubauen. Dies setzt voraus, sich mit Werten von und mit Pflegebedürftigen, der Intimität des Lebensendes und dem Umgang bzw. der Umsetzung dessen individuell und strukturell zu befassen.

Insgesamt wird das neue Gesetz §132g SGB V als additive Unterstützung zum Aufbau einer solchen Kultur begrüßt.

Für das Ethikkomitee im DiCV Aachen
Prof. Dr. Andreas Wittrahm (Sprecher)
30. April 2018

Verantwortlich für die Vorlage:
Anna Kohlwey und Jürgen Spicher (DiCV Aachen)

Anfragen an das Ethikkomitee:
Friedhelm Siepmann (Geschäftsführer):
E-Mail: fsiepmann@caritas-ac.de
Telefon: 0241/431-219

Impressum

Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
Kapitelstraße 3
52066 Aachen
www.caritas-ac.de
fsiepmann@caritas-ac.de

Stand der Information: August 2018

