

Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

**Diakonie für
sterbende Menschen**

Finanzierung palliativer
Kompetenz in stationärer
Pflege

September 2014

Inhalt

3	Abstract	
5	1. Vorwort	
6	2. Einleitung	
8	3. Diakonischer Auftrag und Verantwortung für sterbende Menschen	
10	4. Palliative Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	
10	4.1 Veränderungen in der Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen	
12	4.2. Fachliche Erfordernisse einer palliativ kompetenten stationären Altenpflege	
13	Exkurs: Besondere Anforderungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz	
14	5. Palliative Kompetenz als neue Qualität für stationäre Pflegeeinrichtungen	
14	5.1. Der Palliative Care-Ansatz und Palliative Kompetenz	
14	5.2. Hospizliche Grundsätze in der stationären Altenpflege	
17	6. Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	
17	6.1. Derzeitige Regelfinanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen	
18	6.2. Finanzierung stationärer Hospize	
19	6.3. Plädoyer für einen Vergütungszuschlag durch die Pflegekassen	
20	6.4. Ausgestaltung des Vergütungszuschlags	
21	7. Schlussbemerkung	
22	Mitwirkende in der Projektgruppe	
23	Impressum	

Abstract

Die Diakonie Deutschland setzt sich dafür ein, dass jeder Mensch, unabhängig von dem Ort, an dem sie oder er stirbt, die notwendige palliative Begleitung und Versorgung in der Sterbephase erhält. Die meisten Menschen wollen zu Hause im Kreis von vertrauten Menschen sterben. Das gilt auch für jene Menschen, die ihre letzte, oft recht kurze Lebensphase in einer stationären Pflegeeinrichtung erleben. Damit dies gelingt, ist eine weiterentwickelte Praxis der palliativen Kompetenz in den stationären Pflegeeinrichtungen erforderlich, insbesondere durch

- die Anerkennung eines erhöhten Personaleinsatzes für sterbende Menschen sowie
- eine gesetzliche Regelung zur Anerkennung der zusätzlichen Bedarfe an palliativ kompetenter Versorgung.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen liegt zwischen 31 bis 36 Monaten. Innerhalb von zwölf Monaten versterben aber bereits zwischen 36 und 48 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, innerhalb von drei Monaten oft schon 25 Prozent. Die Mortalitätsrate unter den Männern liegt dabei erheblich höher als bei den Frauen. In einer unserer untersuchten Einrichtungen liegt sie bei 44,3 Prozent in den ersten drei Monaten.

Laut einer Erhebung des Evangelischen Johannesstifts Berlin hatten etwa 60 Prozent der verstorbenen Menschen Pflegestufe 1 oder 2. Nur 35 Prozent verstarben in Pflegestufe 3 und lediglich vier Prozent waren als Härtefälle anerkannt. Das bedeutet: Der erhöhte palliative Bedarf in der Sterbephase spiegelt sich meist nicht in der Pflegestufe wider und wird darum auch nicht angemessen vergütet.

Studien kommen zu dem Schluss, dass die Bedeutung der Palliativversorgung enorm gestiegen ist und nicht mehr mit dem gleichen Personalschlüssel gesichert werden kann wie zu Zeiten der Einführung der Pflegeversicherung: Der aus den teilweise kurzen Aufenthaltsdauern von nur wenigen Tagen,

Wochen oder Monaten resultierende Ressourcenaufwand in den Einrichtungen kann auf der Grundlage dieser Erkenntnisse zweifelsfrei als massiv eingeschätzt werden.

Alle stationären Pflegeeinrichtungen sollten deshalb in die Lage versetzt werden, Palliative-Care-Konzepte regelhaft in ihre Praxis umzusetzen. Eine erfolgreiche Praxis bedarf einer zuverlässigen Verankerung von palliativer Kompetenz und nachhaltigen Prozessen in den Einrichtungen selbst. Palliative Care dient dabei dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen, die an einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, zu erhalten, zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Palliative Care ist immer ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Geschehen, das auch freiwillig engagierte Betreuerinnen und Betreuer und die den Bewohnerinnen und Bewohnern zugehörigen Personen einbezieht.

Eine Pflegeeinrichtung mit palliativer Kompetenz zeichnet sich dadurch aus, dass eine palliative Versorgung in allen Bereichen und auf allen Organisationsebenen dauerhaft gesichert ist. Solche Einrichtungen sorgen im Rahmen der für sie geltenden Regelungen dafür, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner sowohl nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse (§ 11 und § 113a SGB XI) als auch durch qualifizierte Pflege und soziale Betreuung auf dem Stand der palliativ-hospizischen Erkenntnisse versorgt werden.

Zur Sicherung palliativer Kompetenz sind dauerhafte Anstrengungen auf mehreren Ebenen nötig:

- Konzeptentwicklung und -umsetzung einschließlich Sicherung eines palliativen Grundverständnisses in der Einrichtung
- Zeitressourcen in Pflege und Betreuung
- Qualifikation der Mitarbeitenden

- Praxisaustausch in Fallkonferenzen unter Beteiligung der Angehörigen
- Ethische und fachliche Reflexion der eigenen Arbeit in Qualitätszirkeln
- Supervision für Teams oder einzelne Mitarbeitende
- Fortbildungen intern und extern.

Palliativ kompetente stationäre Pflegeeinrichtungen können insbesondere folgende konzeptionelle Versorgungsmerkmale realisieren:

- die Regelversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ohne komplexes Symptomgeschehen (also ohne eine Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) einschließlich grundpflegerischer und behandlungspflegerischer Leistungen nach ärztlicher Verordnung
- pflegerische Beobachtung bei schwerstkranken und sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern und Begleitung bei intensiver Symptomatik
- zeitaufwändige Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung, Anpassung der Ernährung und gegebenenfalls Wunschkost
- ethische Fallbesprechungen mit Angehörigen, Ärzten und anderen beteiligten Personen (zum Beispiel Seelsorge, Juristen) in der palliativen Phase (Moderatorenfunktion der Einrichtung)
- umfassende bewohnerinnenbezogene Koordination der Grund- und Behandlungspflege sowie sozialen Betreuung und Beratung der internen und externen Akteure, wie Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Palliative-Care-Teams, Krankenhausdiensten, ambulanten Hospizgruppen und weltanschaulichen Gemeinden
- Sorge für Anwesenheit von Personal und Angehörigen in der akuten Sterbephase
- Begleitung und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, insbesondere bei Verschlechterung der Symptome und Krisenbewältigung

- Vernetzung mit anderen Hospiz- und Palliativversorgern.

Die Diakonie Deutschland spricht sich für einen personenbezogenen Vergütungszuschlag für jeden Tag aus, für den der Hausarzt einen individuellen Bedarf für „palliativ kompetente Versorgung“ bescheinigt. Der Vergütungszuschlag soll auf der Grundlage eines angemessenen Personalschlüssels berechnet und aus Mitteln der Pflegekassen an den Leistungserbringer gezahlt werden. Damit können in stationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Stellenanteile für Mitarbeitende finanziert werden, die mindestens über eine Palliative-Care-Weiterbildung verfügen.

Das SGB XI kennt in § 87b SGB XI bereits ein personenbezogenes Personalkostenfinanzierungsmodell für Personengruppen mit einem erhöhten Versorgungsbedarf. Daran anknüpfend könnte ein Vergütungszuschlag für die personellen Aufwendungen für Personen mit Bedarf an palliativ kompetenter Versorgung gezahlt werden. Diese Zuschläge erhöhen die von den pflegebedürftigen Menschen zu zahlenden Entgelte nicht.

In einer Fallbesprechung werden Pflegefachkräfte, der behandelnde Arzt sowie die Angehörigen, gegebenenfalls weitere Personen, in die Entscheidung einbezogen. Liegen die Erfordernisse für die palliativ kompetente Pflege vor, stellt der behandelnde Arzt eine entsprechende Bescheinigung aus, die der Pflegekasse zur Kenntnis gegeben wird. Die Pflegekasse zahlt ab dem Datum der Feststellung diesen Vergütungszuschlag für die Zeit der palliativ kompetenten Versorgung direkt an die stationäre Pflegeeinrichtung.

Die Einrichtung ist berechtigt, den zusätzlichen Personalbedarf mit einem Vergütungszuschlag zum Pflegeentgelt abzurechnen. Grundlage für die Berechnung ist ein Personalschlüssel von 1:5, das entspricht bei einer Jahres-Nettoarbeitszeit von 1.600 Stunden einem durchschnittlichen täglichen Zeitbudget von circa 53 Minuten pro Bewohnerin und Bewohner mit einem Bedarf an palliativ kompetenter Versorgung. Die eingesetzten Fachkräfte verfügen über die Weiterbildung Palliative Care. Bei einer tariflichen Vergütung der Fachkräfte und angenommenen Bruttokosten von 52.000 Euro/Stelle ergibt sich aktuell ein Vergütungszuschlag von 32,50 Euro/Pflegetag.

1. Vorwort

„Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“
(Psalm 90)

Die letzte Wegstrecke im Leben eines jeden Menschen verdient besondere Aufmerksamkeit. Wir alle brauchen und wünschen uns beim Sterben Schutz, Begleitung und Unterstützung. Dies ist nicht allein Aufgabe der Familie, von Angehörigen und Freunden, sondern die Gesellschaft insgesamt ist gefordert.

Die aktuelle Bundespolitik folgt einer ethischen Verpflichtung, wenn sie die qualifizierte Versorgung und Begleitung sterbender Menschen rechtlich und finanziell verbessert. Dieses Vorhaben der Bundesregierung ist nachdrücklich zu begrüßen.

Die Diakonie Deutschland setzt sich vor diesem Hintergrund dafür ein, dass die Sterbebegleitung und palliative Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen künftig besser finanziell abgesichert wird.

Immer mehr Menschen wechseln erst in der allerletzten Lebensphase in ein Pflegeheim und bedürfen dann einer qualifizierten Begleitung und häufig auch palliativen Versorgung.

Die Pflegeeinrichtungen haben viel von der Hospizarbeit gelernt. Um eine vergleichbare Versorgungsqualität zu gewähr-

leisten, brauchen Pflegeeinrichtungen bessere Rahmenbedingungen und spezifisch qualifiziertes Personal. Hierbei geht es in erster Linie um fort- und weitergebildete Pflegekräfte, für die Zukunft wird man aber auch darüber nachdenken müssen, wie die ärztliche Koordinierungsfunktion besser verankert werden kann.

In dem vorliegenden Positionspapier macht die Diakonie Deutschland deutlich: Immer wenn ein Mensch in der Sterbephase – nach ärztlichem Urteil – eine intensive palliative Versorgung benötigt, muss diese – ob im Hospiz oder in der Pflegeeinrichtung – unbürokratisch gewährt werden.

Die Bibel lehrt uns, dem Tod in unserem Leben einen Platz einzuräumen, ihn nicht zu verdrängen, sondern zu „bedenken, dass wir sterben müssen“, wie es in Psalm 90 heißt. Aus dieser Haltung „klug werden“, heißt für die Diakonie: Wir setzen uns dafür ein, dass Menschen in Würde sterben und Pflegekräfte und Angehörige sie mit Zeit und Kompetenz begleiten können.

Maria Loheide
Vorstandsbereich Sozialpolitik

2. Einleitung

Die meisten Menschen wollen zu Hause sterben. Gleichwohl sind Krankenhäuser oder stationäre Pflegeeinrichtungen die häufigsten Sterbeorte. Die Bedingungen dieser Orte nehmen spürbaren Einfluss auf jedes Sterben. Der vorliegende Text der Diakonie Deutschland konzentriert sich auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Sterbesituation in stationären Pflegeeinrichtungen, die weitgehend über die Pflegeversicherung geregelt sind. Manche Überlegungen gelten auch für Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen unter ähnlichen institutionellen Bedingungen wie alte pflegebedürftige Menschen leben. Gleichwohl wirft diese Handreichung bewusst einen besonderen Blick auf jene Gruppe von Menschen, die die demographische Entwicklung der kommenden Jahrzehnte prägen wird. Hochaltrige Menschen mit Pflegebedarf sind in besonderer Weise von den rechtlichen Rahmenbedingungen der Sozialen Pflegeversicherung abhängig.

Die existenziellen Bedürfnisse und die individuelle Not sterbender Menschen dürfen und können gewiss nicht auf gesetzliche Rahmenbedingungen reduziert werden. Die institutionelle Sichtweise auf die Bedingungen der stationären Altenhilfe darf den Blick für die Besonderheiten des Lebensendes nicht versperren. Im Erleben sterbender Menschen sollten der Abschied aus dem Leben und der Abschied von Familie und anderen Zugehörigen die zentrale Rolle spielen können. Tatsächlich wird das Erleben des Sterbens aber auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen geprägt und dadurch, dass viele Menschen in ihrer letzten Lebensphase mehr als je zuvor auf umfassende Hilfe, persönliche Zuwendung und sorgende Unterstützung angewiesen sind. Für einige spezielle hospizliche und palliative Versorgungsformen konnten in den letzten zehn Jahren Regelfinanzierungen, insbesondere über das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) aufgebaut werden. Die im Rahmen der obligatorischen Qualitätsprüfungen nachzuweisenden Konzeptionen zur Sterbebegleitung waren ein weiterer Schritt in Richtung einer reflektierten Pra-

xis in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen am Lebensende. Spenden- oder landesmittelfinanzierte Implementierungsbemühungen, die Personalqualifikationen zu verbessern, haben zusätzlich zur Verankerung von hospizlicher Haltung im Sinne der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ beigetragen.¹ In den stationären Pflegeeinrichtungen haben diese Bemühungen bislang aber nicht zu einer rechtlich abgesicherten, nachhaltigen, flächendeckenden und allen Bewohnerinnen und Bewohnern zugänglichen pflegerischen Versorgung mit palliativer Kompetenz am Lebensende geführt.

Als positive Ausnahme sind die Leistungen der ambulanten Hospizarbeit über § 39a SGB V und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gem. § 37b SGB V zu erwähnen. Die Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen mit ambulanten Hospizdiensten und mit SAPV-Teams unterstützt und entlastet die eigenen Bemühungen der Pflegeeinrichtungen. Sie funktioniert unterschiedlich gut. Leider fehlt in vielen, insbesondere ländlichen Regionen ein flächendeckendes Angebot von SAPV und ambulanten Hospizdiensten.

Hintergrund für die neuerliche Befassung der Diakonie Deutschland mit dem Thema unzureichender palliativer Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen sind folgende Entwicklungen:

1. fehlende regelhafte palliative Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen
2. deutlich steigende Mortalitätsraten in stationären Pflegeeinrichtungen und kürzere Aufenthaltsdauer
3. gegenüber vorangegangenen Jahren deutlich gestiegene Multimorbidität schon beim Einzug in die Einrichtung²

¹ www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

² Kostrzewa S., Gerhard C.: Hospizliche Altenpflege. Bern, Huber 2009.

4. fehlende Anerkennung palliativ kompetenter Versorgung in den Rahmenverträgen gemäß §75 SGB XI und entsprechender Abbildung in der Personalbemessung

5. deutliche Ungleichheit bei der Versorgungsqualität und der Finanzierung palliativer Versorgung in stationären Hospizen und außerhalb stationärer Hospize.

Die unzureichende palliative Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen wird in den folgenden neueren Studien und Grundsatzpapieren festgestellt:

Die Rahmenempfehlungen für die Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen vom 24. September 2013 führen aus: „Die stationäre Altenhilfe braucht die Hospizarbeit und die Palliativversorgung. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen eine Sterbekultur entwickeln sowie eine hospizliche Haltung und palliative Kompetenz etablieren, um eine gute medizinische und pflegerische Versorgung am Lebensende sicherzustellen, die sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert.“³

Noch deutlicher fordern die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband in ihrem gemeinsamen Grundsatzpapier „Betreuung schwerst-

kranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen“ vom August 2012, dass „die Rahmenbedingungen mit Unterstützung der Politik verbessert werden, damit der gesellschaftliche Beitrag weiter entwickelt werden kann“.⁴ Die beiden Fachgesellschaften kommen zu dem Schluss: „Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung müssen (...) in Heimen und von diesen selbst erbracht werden können, wozu eine angemessene Vergütung unabdingbar ist. Insbesondere der erhöhte Bedarf an palliativ und hospizlich qualifizierten Fachkräften stellt für die Einrichtungen einen erheblichen Kostenfaktor dar. Hinzu kommen die zur Vernetzung und Koordination benötigten personellen Ressourcen.“⁵

Die zahlreichen Unterzeichner der Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen sind sich darin einig: „Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung. (...) In stationären Pflegeeinrichtungen ist die Entwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz als integraler Bestandteil der Organisationsentwicklung notwendig. Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sind – auch zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität des Versorgungsgeschehens – weiterzuentwickeln.“⁶

³ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.). (2014). Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis.

⁴ Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen, Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Herausgeber von Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Seite 22

⁵ ebd. Seite 21

⁶ Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen“, Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer, Berlin 2010, Seite 12

3. Diakonischer Auftrag und Verantwortung für sterbende Menschen

Zum reformatorischen Grundverständnis des christlichen Glaubens gehört es, dass „die Liebe und das Loben das Sterben erleichtern.“⁷ Lieben wie auch Loben werden lebendig in Tat und Wort für die Menschen in dieser Gesellschaft. Traditionell kompetent, umfassend und vernetzt mit anderen Leistungserbringern sorgen sich diakonische ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege wie auch der Hospiz- und Palliativversorgung durch hauptberuflich und freiwillig Mitarbeitende um die besonderen Bedürfnisse hochbetagter und kranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase. „Verlass mich nicht, wenn ich schwach werde“ (Psalm 71,9) ist für die Mitarbeitenden und Leitungen von Pflegeeinrichtungen Auftrag und qualitätspolitischer Maßstab in der Umsetzung des Pflegeverständnisses des SGB XI. Umgekehrt erwarten betroffene Menschen und die Träger der Einrichtungen, in denen diese leben, dass sie dabei von den Leistungsträgern entsprechend § 11 Absatz 2 SGB XI unterstützt werden: „Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen“.

Kirchlichen und anderen Trägern der freien Wohlfahrtspflege geht es um die Praktizierung einer Haltung, die alle Menschen bis zuletzt ihre unantastbare Würde erfahren lässt, unabhängig von ihrem Alter und ihrer körperlichen und geistigen Gebrechlichkeit. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege treten ein für den Erhalt der Lebensqualität durch eine fachgerechte Palliativpflege und eine würdevolle Abschiedskultur. Es geht ihnen vor allem darum, dass sterbende Menschen in der ihnen vertrauten letzten Umgebung bleiben können. So formulierte Haltung und Auftrag sollten im Verständnis der Diakonie Deutschland unabhängig vom Ort

der Versorgung und der Art der Begleitung am Lebensende gewährleistet sein.

Besondere Bedeutung kommt dabei den Pflegenden zu. Weil Pflege ein Beziehungsgeschehen ist, nehmen Pflegekräfte ihren Auftrag so wahr, dass sie Menschen im Sterben besondere Aufmerksamkeit und viel Zeit für Zuwendung schenken wollen. Sie übernehmen die Beobachtung des sterbenden Menschen, achten besonders auf seine Bedürfnisse und denken an die Lage der Angehörigen und deren Beratungsbedarf. Sie stehen zur Verfügung für begleitende und bilanzierende Gespräche und ethische Entscheidungen fördernde Beratung.

Diesen elementar sorgenden Dienst für Menschen in einer besonderen Lebensnot nennen wir palliative Kompetenz. Ist sie gegeben, gehört sie zu den besonderen Schätzen jeder Einrichtung. Durch ihre palliative Kompetenz verkörpern Mitarbeitende ihr Verständnis für eine humane Pflege am Ende des Lebens.

Von Gesellschaft und Politik dürfen sie Würdigung und Unterstützung ihres Dienstes erwarten. Zum Selbstverständnis der Diakonie Deutschland als kirchlicher Wohlfahrtsverband zählt es schon immer, sich über ihre Leistungserbringerrolle hinaus für ein würdevolles Lebensende jedes Menschen einzusetzen und öffentlich einzufordern, dass eine kompetente Abschiedskultur entwickelt und gepflegt wird. Das gilt insbesondere für Institutionen, in denen häufig Menschen sterben.

Die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband hat sich schon in zurückliegenden Jahren intensiv mit der fachlich-inhaltlichen Seite der palliativen Versorgung in der

7 Martin Luther, Sermon von der Bereitung zum Sterben, 1519

ambulanten und stationären Altenhilfe beschäftigt und mehrere Diakonie Texte dazu veröffentlicht.

Leben bis zuletzt

Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe
Diakonie Texte | Positionspapier | 18.2006

Der Tod gehört zum Leben

Allgemeine palliative Versorgung und hospizliche Begleitung sterbender Menschen in diakonischen Einrichtungen und Diensten, Diakonie Texte | Handreichung | 04.2011

Begleitung sterbender Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen – Palliative Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen sichern

Diakonie Deutschland Positionspapier Juni 2013

Der **Diakonie Text | Positionspapier | 05.2014 Positionen der Diakonie zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung** verweist auf die Herausforderungen der palliativen Begleitung und Versorgung vor dem Hintergrund der demographischen Veränderung sowie auf die notwendige Anpassung der Finanzierung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

4. Palliative Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

4.1 Veränderungen in der Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen

Weil es in Deutschland keine Statistik gibt, die erfasst, ob Menschen in ihrer Privatwohnung oder einer stationären Einrichtung versterben, kann der Anteil der Menschen, die in Pflegeeinrichtungen sterben, nur geschätzt werden. Nach Schätzungen von Reimer Gronemeyer sind es 40 Prozent.⁸ Auf die Frage, wie lange die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen dort vor ihrem Tod wohnen, liegt bis heute wenig offizielles und belastbares Zahlenmaterial vor. Nach Untersuchungen von Gronemeyer und Heller aus dem Jahr 2008⁹ sterben in deutschen stationären Pflegeeinrichtungen mindestens 30 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der ersten drei Monate nach dem Einzug und insgesamt 60 Prozent innerhalb des ersten Jahres (Daneke 2009).¹⁰ Um sich ein eigenes Bild von der Situation zu machen, hat die mit der Erarbeitung dieses Positionspapiers beauftragte Projektgruppe diakonische Träger von Pflegeeinrichtungen gebeten zu erheben, wie viele ihrer Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb des Jahres 2013 in ihren stationären Pflegeeinrichtungen verstorben sind und wie lange sie dort gewohnt haben.

Adolphi-Stiftung

Adolphi-Stiftung, Diakonischer Träger mit 545 stationären Pflegeplätzen in Essen und Bonn:

Haus A: 104 Plätze

36,41 Prozent verstorben innerhalb von 12 Monaten

Haus B: 80 Plätze

39,55 Prozent verstorben innerhalb von 12 Monaten

Haus C: 105 Plätze

43,63 Prozent (hier mit Kurzzeitpflege sogar rund 57 Prozent)

Haus D: 103 Plätze

48,04 Prozent (hier mit Kurzzeitpflege sogar rund 85 Prozent)

Haus E: 153 Plätze

54,19 Prozent verstorben innerhalb von 12 Monaten

Summe: 545 Plätze

47,70 Prozent verstorben innerhalb von 12 Monaten

Johannesstift Berlin

Die Altenhilfe des Evangelischen Johannesstifts betreibt in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen 12 stationäre Altenhilfeeinrichtungen mit circa 1.300 Plätzen.

Die Betrachtung der Aufenthaltsdauer und jährlichen Mortalitätsrate aller Bewohnerinnen und Bewohner (vom 1. Januar 2011 bis 30. September 2013) in den Einrichtungen der Altenhilfe in Berlin und in Brandenburg ergibt ein ähnliches Bild wie bei der Adolphi-Stiftung. Die Aufenthaltsdauer aller Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen des Evangelischen Johannesstifts (n=579) lag im Durchschnitt bei 36 Monaten. Davon verstarb die Hälfte innerhalb von 21 Monaten, mehr als ein Drittel (36 Prozent) starben innerhalb von 12 Monaten und ein Viertel starb innerhalb von sechs Monaten.

8 Reimer Gronemeyer, *Sterben in Deutschland*, Frankfurt a. M. 2007 Seite 69

9 Siehe Gronemeyer R., Heller A.: *Sterben und Tod in Europa. Momentaufnahmen eines kulturellen Wandels*. In: Heller A., Knop M., (Hrsg.): *Die Kunst des Sterbens. Todesbilder im Film – Todesbilder heute*. Düsseldorf, Filmmuseum Landeshauptstadt Düsseldorf; 2008.

10 Daneke S.: *Mehr Hospizkultur in Pflegeheimen. Die Schwester/ Der Pfleger* 2009; 48: Seite 452 ff.

Das Evangelische Johannesstift hat außerdem erhoben, in welche Pflegestufe die Verstorbenen zuletzt eingestuft waren. Etwa 60 Prozent der verstorbenen Menschen hatten Pflegestufe 1 oder 2, wobei zum Teil eine höhere Pflegestufe beantragt worden war, diese jedoch abgelehnt oder nur verzögert gewährt wurde. Nur 35 Prozent verstarben in Pflegestufe 3 und lediglich vier Prozent waren als Härtefälle anerkannt. Das bedeutet: Der in vielen Fällen höhere Aufwand für die Sterbegleitung und Pflege am Lebensende blieb zumindest für die Menschen mit Pflegestufe 1 oder 2 finanziell ungedeckt.

sechs Monaten steigt diese Quote auf mehr als die Hälfte (52,7 Prozent) an. Bei den Frauen ist eine ähnlich hohe Quote erst nach zwei Jahren erreicht (52,9 Prozent)¹². Gründe für diese überraschenden geschlechtsspezifischen Ergebnisse nennt Techtmann nicht. 19 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner / Kurzzeitpflege-Gäste verstarben in den ersten vier Wochen nach Einzug. Bis zum dritten Monat erhöhte sich die Mortalitätsrate auf 30 Prozent. Ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner – insbesondere mit demenziellen Erkrankungen bei somatischer Gesundheit – lebt deutlich länger in der Einrichtung. So verbrachten von den im Untersuchungszeitraum erfassten Bewohnerinnen und Bewohnern 17,2 Prozent sechs oder mehr Jahre in ihrer stationären Pflegeeinrichtung.

Strukturelle Verteilung der verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegestufen in den Einrichtungen des Evangelischen Johannesstifts in Berlin und Brandenburg (01.01.201 – 30.09.2013) n = 579

Pflegestufen	bei Aufnahme		bei Versterben		Differenz in %
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
PS 0	4	1 %	2	0 %	0 %
PS 1	226	39 %	117	20 %	-19 %
PS 2	242	42 %	233	40 %	-2 %
PS 3	100	17 %	204	35 %	18 %
PS 3 H	7	1 %	23	4 %	3 %
Summe	579	100 %	579	%	

Johanneswerk Bielefeld

Das Evangelische Johanneswerk ist diakonischer Träger von 30 stationären Pflegeeinrichtungen mit Sitz in Bielefeld. Hier hat Gero Techtmann im Zeitraum von März 2007 bis Oktober 2011 5.077 Personen (3.618 Frauen (= 71 Prozent) und 1.459 Männer (= 29 Prozent) statistisch erfasst.¹¹ Die durchschnittliche Verweildauer lag bei circa 31 Monaten (Frauen: 35 Monate; Männer: 19 Monate). Die Hälfte aller Bewohnerinnen und Bewohner sowie Kurzzeitpflege-Gäste (KuZP-Gäste) starb innerhalb von 15 Monaten nach ihrem Einzug.

Die Hälfte aller Frauen verstarb innerhalb von 21 Monaten, die Hälfte aller Männer bereits in den ersten fünf Monaten nach dem Einzug in die Einrichtung. Der Untersuchung von Techtmann zufolge versterben „bereits 44,3 Prozent aller männlichen Bewohner und Kurzzeitpflege-Gäste innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach dem Einzug. Nach

Techtmann kommt zu dem Schluss, dass die Erfordernis der Palliativversorgung enorm gestiegen sei und nicht mehr mit dem gleichen Personalschlüssel gesichert werden kann wie zu Zeiten der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995: „Der aus den teilweise kurzen Aufenthaltsdauern von nur wenigen Tagen, Wochen oder Monaten resultierende Ressourcenaufwand in den Einrichtungen, etwa im Bereich der palliativpflegerischen Versorgung und des hospizlichen Arbeitens, im Belegungsmanagement und der Organisation von Neueinzügen sowie im Kontext der innerhalb sehr kurzer Zeiträume entstehenden Erfordernisse an die Neuerstellung von Pflegedokumentationen sowie die damit verbundene Erhebung aller relevanten Informationen, kann auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse zweifelsfrei als massiv eingeschätzt werden.“¹³

Dass die Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit der Pflegestufe 1 oder 2 verstirbt, lässt zudem den Rückschluss zu, dass weder der erforderliche pflegerische Zeitaufwand noch die erforderliche palliative Kompetenz in der Pflegestufe angemessen abgebildet und über die rahmenvertragliche Personalbemessung refinanziert werden.

Den drei Erhebungen zufolge verstirbt ein beträchtlicher Teil der Bewohnerinnen und Bewohner bereits im ersten Jahr nach Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung.

Adolphi-Stiftung (n = 545): 47,75 Prozent
 Johanneswerk (n = 5077): 47,10 Prozent
 Johannesstift (n = 579): 36,00 Prozent

11 siehe Techtmann, Gero: Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. Veröffentlicht in Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, AWO, 61. Jahrgang, Heft 5; Oktober 2010, S. 346–353

12 s. Techtmann, a.a.O. Seite 350

13 s. Techtmann, a.a.O. Seite 353

Die stationären Pflegeeinrichtungen sind so vor eine menschlich, fachlich und organisatorisch schwierige Situation gestellt. Umfang und Aufwand der Aufgaben ähneln denen eines stationären Hospizes. Insbesondere aufgrund der hohen Zahl demenziell erkrankter Menschen ergeben sich in den stationären Pflegeeinrichtungen andere, erheblich aufwändigere Versorgungsbedarfe am Lebensende. Kein sterbender älterer Mensch in stationären Pflegeeinrichtungen darf von den erreichten Fortschritten der palliativen Versorgung ausgeschlossen werden, zumal Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen der Wechsel in ein stationäres Hospiz mit Ausnahme von Einzelfällen versagt bleibt.

4.2. Fachliche Erfordernisse einer palliativ kompetenten stationären Altenpflege

Die Implementierung einer hospizlich-palliativen Kultur ist seit längerem ein wichtiges Anliegen diakonischer Altenhilfeträger.¹⁴ Viele Träger von stationären Pflegeeinrichtungen in Modell- und Kooperationsprojekten mit Hospizträgern haben wichtige Erfahrungen gesammelt. Allem voran jene, dass die palliative Qualifizierung der Pflegekräfte ein wichtiges Element ist. Die curricularen Regelungen zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege thematisieren die Palliativpflege sowohl im Ausbildungsziel als auch als Lernfeld für die praktische Ausbildung. Ebenso nennt das Bundes-Altenpflegegesetz die Fähigkeit zu umfassender Begleitung Sterbender als Ausbildungsziel. Der theoretische und der praktische Unterricht sollen für

- die Aufgaben der Pflege alter Menschen mit chronischen Schmerzen
- Interventionen in existenziellen Krisensituationen
- die Pflege schwerstkranker (alter) Menschen und
- die Pflege sterbender alter Menschen

qualifizieren.

In den letzten Jahren haben sich viele stationäre Pflegeeinrichtungen bemüht, ihre Pflegekräfte palliativ zu qualifizieren und deren Kompetenz in ihr Konzept und ihre Organisation zu integrieren. Diese Entwicklung wurde jedoch oft dadurch

behindert, dass es für die notwendigen Schulungs- und Dienstausfallzeiten wie auch für den organisatorischen Mehraufwand keine regelhafte Finanzierung gibt. Oft fehlen für die Umsetzung und Weitergabe palliativer Kompetenz innerhalb der Einrichtung die notwendigen personellen Ressourcen.

Strukturell hat sich ein Stufenmodell zur Qualifizierung für palliative Kompetenz herausgebildet:

1. Basiskurse für alle Mitarbeitenden einer Einrichtung, insbesondere Pflegehilfskräfte (40 Stunden)
2. Palliative Care-Weiterbildung für Pflegekräfte (160 Stunden)
3. Palliative Care-Weiterbildung für psychosoziale Berufe (120 Stunden)
4. Akademisierte Aufbaustudiengänge/Masterstudiengang Palliative Care (4–6 Semester, auch berufsbegleitend)

Es liegt auf der Hand, dass mit diesen Qualifizierungen ein erheblicher Aufwand für die Einrichtung verbunden ist, die einer regelhaften Refinanzierung bedarf. Der Auffassung, dass es bei der Palliativversorgung lediglich um eine Haltungsänderung, ein stärkeres Eingehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen gehe und diese Versorgung keinen zusätzlichen Aufwand darstelle, muss nachdrücklich widersprochen werden.

Erstens werden Haltungsänderungen und Änderungen der Organisationen nur durch zeitaufwändige und anspruchsvolle Entwicklungsprozesse erreicht; zweitens ist die palliativ kompetente Versorgung sterbender Menschen in der Alltagspraxis eine Aufgabe, die mehr Zeit erfordert als in der gegenwärtigen Personalbemessung vorgesehen ist.

Die Implementierung von palliativer Kompetenz in der stationären Altenhilfe umfasst eine organisatorische und konzeptionelle Verankerung der Palliativversorgung (Konzept, Standards, Qualifizierungen), die alle Betroffenen einbezieht und die Rahmenbedingungen vor Ort besonders berücksichtigt. Palliative Care ist immer ein interdisziplinäres beziehungsweise multiprofessionelles Geschehen, welches auch frei-

¹⁴ Vgl.: Leben bis zuletzt. Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Diakonie Texte | Positionspapier | 18.2006

willig engagierte Betreuungspersonen und zugehörige Personen einbezieht.

Exkurs: Besondere Anforderungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz

Menschen mit einer Demenzerkrankung stellen mit über 60 Prozent die überwiegende Zahl derer, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben. Sie benötigen gerade am Lebensende besondere Aufmerksamkeit und zeitintensive Pflege. Das gilt besonders im Hinblick auf ihre Schmerzempfindung, weil sie Schmerzen meist nicht benennen können. Die Krankenbeobachtung und Symptomkontrolle von Mimik, Gestik und des gesamten Verhaltens ist deshalb von besonderer

Bedeutung. Insbesondere die Fachkräfte der Einrichtungen sind hier wichtige koordinierende und beratende Partner für alle anderen – auch extern – an der multiprofessionellen palliativen Versorgung beteiligten Fachkräfte.

Nach den im Jahr 2011 vorgestellten Studienergebnissen des Instituts für Gerontologie und Ethik der Evangelischen Hochschule Nürnberg haben auch Menschen mit einer Demenz „in ihrer Sterbephase ganz individuelle und unterschiedliche Bedürfnisse“ und drücken diese verbal wie nonverbal sehr unterschiedlich aus. Diese Art der Kommunikation zu deuten, ist ein spezieller Anspruch an Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Methode der „Dichten Beschreibung“ nach Clifford Geertz¹⁵ ist dabei besonders hilfreich.

¹⁵ siehe Gehring-Vorbeck, Tamara und Holthoff, Kathrin: Da Sein. Demenz. Alter. Sterben – Engagement ist notwendig. Zum Konzept „Dichte Beschreibung“. In: Zeitschrift für Gerontologie und Ethik, Nürnberg 2011, Heft 3, S. 196 ff

5. Palliative Kompetenz als neue Qualität für stationäre Pflegeeinrichtungen

5.1. Der Palliative Care-Ansatz und Palliative Kompetenz

Die Initiativen der Diakonie für eine verbesserte Finanzierung „Palliativer Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen“ folgen inhaltlich dem im Jahr 2002 von der WHO beschriebenen Ansatz zu Palliative Care. Palliative Care ist demnach definiert als ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“¹⁶

Palliative Care dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen, die an einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, zu erhalten, zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Palliative Kompetenz ist ausgerichtet auf ein aufmerksames und umfassendes Sehen auf den schwerkranken Menschen, insbesondere seine belastenden Symptome. Eine umfassende Wahrnehmung hilft zu erkennen, wann eine Umorientierung von einer kurativen Zielsetzung auf ein geändertes Therapieziel und eine ganzheitliche Therapie ohne Heilungsabsicht erfolgen soll.

5.2. Hospizliche Grundsätze in der stationären Altenpflege

Palliativ kompetente Pflegeeinrichtungen orientieren sich an hospizlichen Grundsätzen, wie sie die die BAG Hospiz (heute Deutscher Hospiz- und Palliativverband, DHPV) 2006 veröffentlicht hat.¹⁷ Für die Pflegeeinrichtungen, die sich keineswegs ausschließlich als Orte des Sterbens verstehen, son-

dern auch als Wohnorte pflegebedürftiger Menschen, stellen diese Grundsätze eine zusätzliche Anforderung dar, zu der folgende Merkmale zählen:

- die Regelversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ohne komplexes Symptomgeschehen (also ohne den Bedarf einer Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung)
- die zeitintensive Begleitung bei manifesten, aber häufig wechselnden Angst- und Unruhezuständen, Atemnot, Verwirrtheit, Delirium oder ausgeprägten Depressionen, gegebenenfalls Hinzuziehung von anderen Fachkräften
- die spezielle Krankenbeobachtung bei schwerstkranken und sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern einschließlich besonders engmaschiger Symptomkontrolle und Überwachung symptomlindernder Interventionen, insbesondere bei Schmerzen und Atemnot
- die zeitaufwändigen grundpflegerischen und behandlungspflegerischen Leistungen nach ärztlicher Verordnung, zum Beispiel besondere Mundpflege und Positionswechsel im Bett
- zeitintensive Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, zum Beispiel durch Anwendung basaler Stimulation
- zeitaufwändige Versorgung mit Trinken und Nahrung
- Grund- und behandlungspflegerische Versorgung am Lebensende nach ärztlicher Anordnung
- Anpassung der Ernährung, gegebenenfalls Appetitlosigkeit im beteiligten Umfeld thematisieren und Wunschkost anbieten

¹⁶ zitiert nach: Sabine Pleschberger, Palliative Care – ein Paradigmenwechsel, in: Österreichische Pflegezeitung 12/02, S. 16–18, Übersetzung aus dem englischen Original durch die Autorin

¹⁷ Die Diskussion dazu in Diakonie Texte, Leben bis zuletzt, 2006, S. 20

- umfassender Koordinationsaufwand bezüglich der Grund- und Behandlungspflege sowie sozialen Betreuung und Beratung zwischen internen und externen Akteuren, wie Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, Palliative Care-Teams, Krankenhausdiensten, ambulanten Hospizgruppen und weltanschaulichen Gemeinden
- ausgewiesene qualifizierte Ansprechperson(en) für behandelnde Ärztinnen und Ärzte
- intensiver Kommunikationsbedarf zwischen allen an der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen Beteiligten. Neben inhaltlicher Beteiligung auch Übernahme fallbezogener organisatorischer Aufgaben und Vernetzung mit anderen Hospiz- und Palliativversorgern
- Ethische Fallbesprechungen mit Angehörigen, Ärzten und anderen beteiligten Personen (zum Beispiel Seelsorgende, Juristen) in der palliativen Phase (Moderatorenfunktion der Einrichtung)
- Sorge für personelle Anwesenheit in der akuten Sterbephase
- Begleitung und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, insbesondere bei Verschlechterung der Symptome und Krisenbewältigung.

Eine Pflegeeinrichtung mit palliativer Kompetenz zeichnet sich dadurch aus, dass sie diese Anforderungen hospizlich-palliativer Begleitung sterbender Menschen erfüllt. Dazu muss die palliative Versorgung in allen Bereichen und auf allen Organisationsebenen dauerhaft gesichert sein. Sie ist dem Ziel verpflichtet, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner sowohl nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse (§ 11 und § 113a SGB XI) als auch durch qualifizierte Pflege und soziale Betreuung, entsprechend dem Stand der palliativen-hospizlichen Erkenntnisse versorgt werden.

Die Leistungen für sterbende Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf werden im Wesentlichen durch das Personal der stationären Pflegeeinrichtung erbracht und durch haus- und fachärztliche Palliativmedizin, gegebenenfalls verordnete Spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie durch ambulante Hospizdienste und durch Vermittlung individueller psychosozialer und seelsorglicher Begleitung vervollständigt. Im Bedarfsfall erfolgt eine Palliativversorgung in einem Krankenhaus.

Palliative Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen basiert auf Wissen und Haltung in Verbindung mit ethisch reflektierter pflegerischer Praxis. Sie muss gerade in der Lebensendphase die besonderen Versorgungsbedarfe hochbetagter multimorbider und oft dementiell erkrankter Frauen und Männer berücksichtigen. In der Praxis kommt den Pflegekräften in der Versorgung sterbender Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen eine besondere Aufgabe zu. Sie brauchen Raum und Zeit für einfühlsame Zuwendung gegenüber dem sterbenden Menschen, aber auch für eigene Fortbildung und Reflexion.

In einem Fallbeispiel soll geschildert werden, wie eine palliativ kompetente Pflegeeinrichtung ihren Versorgungsauftrag erfüllen kann, wenn sie über ausreichende Kompetenzen und vernetzte Ressourcen im Sinn einer palliativ kompetenten Pflege verfügt:

Frau M. lebt seit einigen Jahren in einer stationären Pflegeeinrichtung in Rheinland-Pfalz. Diese Einrichtung verfügt über ein Konzept für eine hospizliche Abschiedskultur. Sie hat einen Kooperationsvertrag mit dem örtlichen ambulanten Hospizdienst geschlossen und arbeitet – bei Bedarf und vorliegender Verordnung – mit dessen SAPV-Stützpunkt zusammen. Regelmäßig wird Frau M. von ehrenamtlichen Hospiz-Mitarbeitenden, seltener von ihren entfernt wohnenden Angehörigen besucht.

Frau M. ist nach einem schweren Schlaganfall bei zunehmender Demenz auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Die Pflegekasse hat sie nach einem Gutachten des MDK in Pflegestufe 2 eingestuft. Ihre Ernährung läuft über eine PEG-Sonde, die sie gut verträgt. Sie ist durch ihre Art sehr beliebt beim Pflegepersonal, das sich sehr engagiert um Frau M. kümmert. Sie kann noch täglich etwas mobilisiert werden, wobei ihre Herzerkrankung sie sehr einschränkt.

Frau M. bricht plötzlich mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand ein, durch ihre Sprachstörung kann sie sich nur eingeschränkt äußern. Es tritt akute Luftnot auf – an einem Feiertag. Die Hausärztin ist nicht zu erreichen. Die Altenpflegekraft der Pflegeeinrichtung verfügt über eine Palliative Care-Qualifikation, wendet sich vereinbarungsgemäß an den ambulanten Hospizdienst mit SAPV-Stützpunkt. Da für Frau M. eine ärztliche Verordnung vorliegt, kann das SAPV-Team eine palliativmedizinische Beratung vornehmen. Die Medikation wird um den Einsatz von sub-

kutan applizierten Morphinen ergänzt. Diese sprechen sehr gut an. Die Ernährung wird im Rahmen der ärztlichen Anordnung vom Pflegepersonal dem schlechten Allgemeinzustand angepasst. Die Angehörigen werden informiert und vom Sozialen Dienst der Einrichtung begleitet. Eine ehrenamtliche Mitarbeiterin aus den Reihen des ambulanten Hospizdienstes ergänzt deren Besuche. Die Mitarbeitenden der Einrichtung sorgen für die aufmerksame Beobachtung und Symptomkontrolle von Frau M. Die Bezugspflegekraft hält alle Beteiligten auf dem Laufenden. Wann immer möglich, unterstützt sie Frau M. im Rahmen ihres Zeitkontingents für palliativ kompetente Palliativversorgung, spricht mit ihr über ihr Befinden und sorgt für Erleichterung. Wenn nötig, kümmert sie sich um den Einsatz einer zusätzlichen gelegentlichen Sitzwache, den der ambulante Hospizdienst vermittelt. Die Einrichtungsleitung organisiert, dass die hochgradig demente Mitbewohnerin ein neues Zimmer erhält. Die Pflegekräfte sichern engmaschige interne und externe Kontakte. Sie sorgen in der Sterbephase insbesondere für Mundpflege und Befindlichkeitskontrolle. Zugleich beraten sie die Angehörigen zu einem eventuellen Verzicht auf eine Krankenhauseinweisung.

Frau M. stabilisiert sich entgegen aller Erwartung unter der kontrollierten Schmerzsituation, der Reduktion der Medikation und Ernährung sichtlich. Sie verstirbt nach 13 Monaten guter Pflege und Betreuung des Einrichtungspersonals mit wechselndem Befinden und ergänzender Begleitung durch die Hausärztin in Ruhe und Frieden in ihrem gewohnten Zimmer.

Das Fallbeispiel zeigt, dass unter den gegenwärtigen vertraglichen Rahmenbedingungen eine gute palliative Begleitung

wie bei Frau M. bis zu ihrem Lebensende regelhaft nicht gesichert ist und vor allem von einem außerordentlichen persönlichen Engagement des Personal abhängt.

Das Beispiel illustriert, dass eine palliativ kompetente Versorgung in erster Linie durch den Einsatz qualifizierten Personals erreicht wird. Es geht vor allem um

- den vermehrten Einsatz von Personal, das in Palliative Care qualifiziert ist
- zusätzliche personelle Präsenz, insbesondere auch in der Nacht
- einen erhöhten Bedarf an Pflege und Betreuung in den letzten Lebenstagen
- eine angemessene Versorgung mit Essen und Trinken in der letzten Lebensphase (hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf)
- umfassende pflegerische und ethische Beratung, auch der Angehörigen

und mittelbar auch um

- erweiterte Koordination und Kommunikation (intern, extern, Netzwerke)
- „dichte“ Dokumentation (für Menschen mit Demenz)
- Fallbesprechungen und Supervision.

6. Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

6.1. Derzeitige Regelfinanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen

Eine palliative Versorgung gehört gegenwärtig – mit Ausnahme der sozialen Betreuung während der Sterbebegleitung – nicht zum obligatorischen Leistungsspektrum der Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Sie wird im Leistungsrecht der Pflegeversicherung nicht erwähnt.

In den Landesrahmenverträgen für stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 75 SGB XI wird der Inhalt der Pflegeleistungen festgelegt. In den meisten Landesrahmenverträgen wird das Thema Sterbebegleitung aber unter der Überschrift Allgemeine Pflegeleistungen nur im Unterpunkt Soziale Betreuung behandelt (Hessen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Brandenburg). Baden-Württemberg und Bayern subsumieren die Sterbebegleitung unter der Überschrift Hilfen bei der persönlichen Lebensführung. Die Hilfen, die nicht näher definiert werden, sollen „der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen“ dienen (so Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Bayern, Brandenburg). Konkretisierungen zur Art der Hilfen finden sich in den genannten Landesrahmenverträgen nicht.

Auch die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011 kennen keine palliative Versorgung, sondern fordern nur (unter Gliederungspunkt 3.3.2) Angebote der sozialen Betreuung: „Die vollstationäre Pflegeeinrichtung soll Angebote zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzepts durchführen.“ Weiterführende Konkretisierungen finden sich dazu nicht.

Die Pflegevergütung umfasst gemäß § 82 Absatz 1 SGB XI auch die medizinische Behandlungspflege durch die Einrichtung. Allerdings wird die medizinische Behandlungspflege für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen nicht von der Krankenkasse finanziert. Damit werden die Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen ungerechtfertigt benachteiligt. Reichen die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung nicht aus, müssen die Differenzbeträge von den Pflegebedürftigen selbst bezahlt werden. Hingegen besteht für Ärzte ein Vergütungsanspruch für Palliativleistungen.

Die ab dem 1. Oktober 2013 verbesserten ärztlichen EBM-Leistungsvergütungen¹⁸ für die dort so genannte Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sind auch wegen der verbesserten Zuschläge für die ärztlichen Hausbesuche bei palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten (12,40 Euro je volle 15 Minuten bis zu maximal fünf Mal am Tag, das heißt bis zu 62,00 Euro bei 75 Minuten Einsatz) zu begrüßen. Dadurch verbessern sich die Möglichkeiten einer guten palliativen Begleitung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte.¹⁹ Allerdings ändern auch die verbesserten EBM-Leistungsvergütungen nichts an der Finanzierung der palliativ kompetenten pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Eine palliative kompetente Versorgung findet bei SGB XI-Vergütungsverhandlungen keine Berücksichtigung – und dies, obwohl immer mehr Bewohnerinnen und Bewohner oft erst kurz vor ihrem Tod in die Pflegeeinrichtungen umziehen und dort einer der stationären Hospizversorgung ähnlichen hospizlich-palliativen Begleitung und Pflege bedürfen. Vor diesem Hintergrund verdient die enorme Diskrepanz zwischen der Finanzierung stationärer Hospize und anderer stationärer Pflegeeinrichtungen kritische Aufmerksamkeit.

18 EBM = Eingangsdiagnostik und Betreuung

19 www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Hausarzt_EBM.pdf

6.2. Finanzierung stationärer Hospize

Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Hospiz nach § 39a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI einen Vertrag, der Grundlage der einrichtungsbezogenen Kostenregelung ist. Damit sind stationäre Hospize auch stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung. Für sie gilt laut § 4 (1) Rahmenvereinbarung nach § 39a, Absatz 1, Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung²⁰: „Die Pflege im stationären Hospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Es gelten mindestens die in der Qualitätsvereinbarung zu § 113 SGB XI enthaltenen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung.“

Hospize und andere stationäre Pflegeeinrichtungen haben beide die Aufgabe, Menschen am Ende ihres Lebens zu begleiten und nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu pflegen. Dies wird auch in den gesetzlichen Regelungen zu den stationären Hospizen deutlich angesprochen. Bei Gästen mit komplexen medizinischen Bedarfen kommt in stationären Hospizen wie auch in stationären Pflegeeinrichtungen bei Bedarf eine ergänzende ärztliche SAPV-Versorgung hinzu.

Das Versorgungsangebot eines Hospizes ist gleichwohl von dem einer Pflegeeinrichtung zu unterscheiden: Im Hospiz gehört eine komplexe medizinische Behandlungspflege zum Leistungsspektrum. Im Vordergrund der Versorgung stehen häufig fortgeschrittene Krebserkrankungen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Das kommt auch in einem sehr hohen Fachkraftanteil zum Ausdruck. Die Gäste von Hospizen haben eine andere Altersstruktur als stationäre Pflegeeinrichtungen. Laut interner Erhebungen der Diakonie Deutschland liegt das Durchschnittsalter in stationären Hospizen bei etwa 71 Jahren²¹ und damit etliche Jahre unter dem Altersdurchschnitt von Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen.

Die meisten Menschen wechseln von Zuhause oder vom Krankenhaus ins Hospiz. Ausdrücklich betont die Rahmenvereinbarung für die stationäre Hospizarbeit in § 2(3): „Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt

grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Patientinnen und Patienten aus stationären Pflegeeinrichtungen in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, ob die Kriterien nach Absatz 1 und 2 erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht mehr möglich ist.“

Die Krankenkassen finanzieren nach § 39a Absatz 1 Satz 2 SGB V die zuschussfähigen Kosten für stationäre Hospize unter Anrechnung der Pflegeversicherungsleistungen zu 90 Prozent des Versorgungsbedarfs. Die Kosten der ärztlichen Versorgung in stationären Hospizen werden von den Krankenkassen gesondert getragen.

Für einen Platz im Hospiz übernehmen die Krankenkassen²² monatlich bis zu 8.700 Euro. Laut der jährlichen diakonischen Hospiz-Statistik betrug der durchschnittliche tägliche Bedarfsatz in stationären Hospizen der Diakonie im Jahr 2011 zwischen 198 und 294 Euro. Der Median lag bei 242 Euro. Da die Krankenkassen nur 90 Prozent der prospektiv anerkannten Kosten übernehmen, müssen die restlichen zehn Prozent über Spenden durch die Einrichtung aufgebracht werden. Die Sozialhilfeträger sind gesetzlich nicht zur Kostenbeteiligung verpflichtet. Der Hospizgast muss keinen eigenen Kostenbeitrag leisten.

Nach § 7 Absatz 3 gilt für die Bedarfssatzberechnung für alle stationären Hospize: „Bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes sind die Parallelen zu stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI als Basis heranzuziehen.“ Damit wird eine Parallele zur Pflegesatzberechnung für stationäre Pflegeeinrichtungen hergestellt, die plausiblerweise auch für deren palliative Versorgung gelten müsste.

Doch Bewohnerinnen und Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung müssen derzeit zum Vergleich oft mehr als 1.500 Euro monatlich selbst beitragen. Die Pflegekassen in der Pflegestufe 3 tragen als festen Leistungsbetrag 1.550 Euro pro Monat, und damit etwa die Hälfte der Gesamtkosten von etwa 3.000 Euro pro Monat (bei sogenannten Härtefällen maximal 1.918 Euro²³), während jeder Platz im Hospiz von den Krankenkassen zu 90 Prozent und zusammen mit dem zehnjährigen Eigenbeitrag der Hospize letztlich voll

20 vom 13.03.1998, i. d. F. vom 14.04.2010

21 Ergebnisse der Befragung der stationären Hospize der Diakonie für das Jahr 2012, unveröffentlichte Erhebung, S. 9

22 Unter Anrechnung der Leistungsbeiträge der Pflegekassen

23 Das Fünfte SGB XI-Änderungsgesetz sieht ab 01.01.2015 eine Erhöhung der Leistungen in der Pflegestufe 3 auf 1.612 Euro/monatlich und für sogenannte Härtefälle auf 1.995 Euro/monatlich vor.

finanziert wird, ohne dass ein Hospizgast einen Eigenbeitrag zahlen muss. Es ist mehrfach vorgekommen, dass sich Menschen enttäuscht von stationären Pflegeeinrichtungen abwenden, wenn sie mit diesen Unterschieden konfrontiert werden. Stirbt ein Mensch in einer stationären Pflegeeinrichtung, dann werden für seinen letzten Lebensmonat nämlich weniger als ein Viertel der für einen Hospizgast übernommenen Kassenleistungen erstattet, also maximal 1.918 Euro statt 8.700 Euro.

Generell ist ein Abstand in der Finanzierung zwischen den beiden Versorgungsformen zu respektieren. Angesichts der Tendenz, dass stationäre Pflegeeinrichtungen zunehmend erst wenige Monate vor dem Lebensende in Anspruch genommen werden (s.o.), ergibt sich das Dilemma, dass sie den vorhandenen Bedarf an palliativ kompetenter Pflege und Betreuung nicht mehr leistungs- und sachgerecht finanzieren können. Die in § 7 (3) der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V²⁴ ausgeführten oben genannten Relationen für die Berechnung der Pflegesätze in stationären Hospizen und stationären Pflegeeinrichtungen sollten bei ähnlichen Versorgungsbedarfen auch im Umkehrschluss herangezogen werden.

6.3. Plädoyer für einen Vergütungszuschlag durch die Pflegekassen

Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, den oben beschriebenen erhöhten Versorgungsbedarf am Lebensende in einer stationären Einrichtung durch eine Zusatzzahlung der Pflegekasse abzudecken. Diese Zusatzzahlung erfolgt, wenn der Hausarzt – ersatzweise der Klinikarzt, jedoch nur für eine Frist von sieben Tagen – den erhöhten palliativen Versorgungsbedarf bescheinigt. Die Höhe des Vergütungszuschlags soll nach einem Personalschlüssel berechnet und aus Mitteln der Pflegekassen an den Leistungserbringer gezahlt werden. Damit können in stationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Stellenanteile für Mitarbeitende finanziert werden, die mindestens über eine Palliative Care-Weiterbildung verfügen.

Um den beschriebenen Unterschied zum gesetzlichen Versorgungsauftrag stationärer Hospize zu berücksichtigen, sollte sich die Vergütung deutlich unterhalb der Entgelte für stationäre Hospize und auch unterhalb der halben SAPV-

Tagessätze²⁵ (da nur die ärztliche Versorgung durch das SAPV-Team erfolgt) bewegen.

Für eine Regelung im SGB XI sprechen unter anderem folgende Gründe:

- Die Pflegeversicherung finanziert nach § 82 SGB XI den überwiegenden Teil der Aufwendungen für den pflegerischen Versorgungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner.
- In der regelhaften Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist die in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI festgelegte Basisversorgung zur Begleitung Sterbender bereits enthalten und wird über die pflegestufenbezogene Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erbracht und durch die Pflegekasse refinanziert. Darüber hinaus kann die palliativ kompetente Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen einen palliativen Versorgungsbedarf am Lebensende erfüllen, der über die bislang rahmenvertraglich bereits festgelegte Basisversorgung hinausgeht. Sie ist im Unterschied zur Basisversorgung leistungsrechtlich im SGB XI bislang nicht geregelt und finanziert. Sie vermeidet unnötige Krankenhauseinweisungen und Behandlungskosten.
- Das SGB XI kennt bereits ein personenbezogenes Personalkostenfinanzierungsmodell für spezifische Personengruppen mit einem erhöhten Versorgungsbedarf (§ 87b SGB XI). Daran anknüpfend könnte ein entsprechender Vergütungszuschlag für die personellen Aufwendungen für Personen mit Bedarf an palliativ kompetenter Versorgung gezahlt werden. Diese Zuschläge erhöhen die von den pflegebedürftigen Menschen zu zahlenden Entgelte nicht.
- Eine fallbezogene Finanzierung nach SGB XI entspräche auch den Vorstellungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der die Einführung einer definierten „Allgemeinen Palliativen Versorgung“ als Ergänzung der SAPV im SGB V bewusst abgelehnt hat. Eine SGB XI-Lösung trägt der Argumentation des G-BA Rechnung, dass so „die Versorgung einzelfallbezogen erfolgen und sich besser an den bestehenden Strukturen und deren Leistungsfähigkeit orientieren kann.“

²⁴ Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1989, in der Fassung vom 14. April 2010 (Auszug): „Bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes sind die Parallelen zu stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI als Basis heranzuziehen.“

²⁵ In Hessen beträgt der halbe SAPV-Satz für die SAPV-Versorgung in stationären Hospizen derzeit 75 Euro in den ersten zehn Falltagen.

- Die bestehenden Versorgungsstrukturen werden beachtet. Die palliativ kompetente Versorgung kann sich umfassend in das bestehende Versorgungsangebot integrieren. Das vorliegende Modell der palliativ kompetenten Versorgung in Verbindung mit der Mortalitätsrate entspricht der G-BA-Bewertung, weil sie sich „nicht über die Definition spezifischer Leistungen, sondern über den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten herleitet.“²⁶ Sie ist gekennzeichnet durch einen besonderen Koordinations-, Beratungs- und Versorgungsbedarf, der besondere Qualifikations- und Erfahrungsanforderungen an die Leistungserbringer stellt.
- Der individuelle Bedarf einer palliativ kompetenten Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung kann unbürokratisch durch den Hausarzt oder den Krankenhausarzt leistungsauslösend bescheinigt werden. Eine leistungsrechtliche MDK-Begutachtung wäre denkbar, sollte aber aus ethischen Gründen unterbleiben. Eine ärztliche Verordnung sollte in der Sterbephase ausreichen.
- Da die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren letzten Lebenswochen und -tagen nicht durch einen erhöhten Pflegesatz belastet werden sollen, muss der zusätzliche Versorgungsbedarf im Hinblick auf palliativ kompetente Versorgung vollständig von den Pflegekassen getragen werden.

6.4. Ausgestaltung des Vergütungszuschlags

Wie in Kapitel 6.3. dargelegt, plädiert die Diakonie Deutschland für einen personenbezogenen Vergütungszuschlag für jeden Tag, für den der Haus- oder Klinikarzt einen Bedarf an kompetenter palliativer Versorgung bescheinigt. Der Vergütungszuschlag soll nach einem Personenschlüssel berechnet und aus Mitteln der Pflegekassen an den Leistungserbringer gezahlt werden. Damit können in stationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Stellenanteile für Mitarbeitende finanziert werden.

Der behandelnde Arzt stellt dazu im Einvernehmen mit der Pflegedienstleitung fest, dass im Einzelfall eine palliativ kompetente Versorgung erforderlich ist. In einer Fallbesprechung werden Pflegefachkräfte, der behandelnde Arzt sowie die Angehörigen, gegebenenfalls weitere Bezugspersonen, in die Entscheidung einbezogen. Dies entspricht den Erfahrungen

der multiprofessionellen Zusammenarbeit aus anderen Bereichen der Palliativversorgung und hilft zugleich in einer persönlich belasteten Lebenssituation, zeitaufwändige Prüfverfahren – etwa durch den MDK – zu vermeiden.

Das Ergebnis der Fallbesprechung wird dokumentiert. Liegen die Voraussetzungen für die palliativ kompetente Pflege vor, stellt der behandelnde Arzt eine entsprechende Bescheinigung aus, die von der Pflegedienstleitung mitgezeichnet und der Pflegekasse zur Kenntnis gegeben wird. Die Pflegekasse zahlt diesen Vergütungszuschlag ab dem Datum der Feststellung für die Zeit der palliativ kompetenten Versorgung direkt an die stationäre Pflegeeinrichtung.

Die Einrichtung ist berechtigt, den zusätzlichen Personalbedarf mit einem Vergütungszuschlag zum Pflegeentgelt abzurechnen. Grundlage für die Berechnung ist ein Personenschlüssel von 1:5. Das entspricht bei einer Jahres-Nettoarbeitszeit von 1.600 Stunden, einem durchschnittlichen täglichen Zeitbudget von circa 53 Minuten pro Bewohnerin und Bewohner mit einem Bedarf an palliativ kompetenter Versorgung. Die eingesetzten Fachkräfte verfügen über die Weiterbildung Palliative Care. Bei einer tariflichen Vergütung der Fachkräfte und angenommenen Bruttopersonalkosten von 52.000 Euro pro Stelle ergibt sich aktuell ein Vergütungszuschlag von 32,50 Euro pro Pflegeetag.

Mit dem Vergütungszuschlag sollen für die palliativ kompetente Versorgung folgende Verbesserungen erreicht werden:

- (zusätzlicher) Personaleinsatz für die Zeit der palliativen Versorgung und den damit verbundenen hohen zeitlichen Versorgungsbedarf
- zusätzliche Palliative Care-qualifizierte Fachkräfte
- zusätzliche personelle Präsenz, insbesondere in der Nacht
- umfassende pflegerische und ethische Beratung sowie Fallbesprechungen
- erweiterte Koordination und Kommunikation (intern, extern, Netzwerke)
- „dichte“ Dokumentation (für Menschen mit Demenz)
- Supervision.

7. Schlussbemerkung

Aufgrund der Erfahrung diakonischer Träger in der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung, aber auch in über 1.800 stationären Pflegeeinrichtungen der Diakonie hält die Diakonie Deutschland einen weiteren Aufschub der bedarfsgerechten Finanzierung der palliativen Kompetenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfeeinrichtungen um der betroffenen Menschen willen für nicht vertretbar. Dabei erwartet die Diakonie Deutschland, dass der Gesetzgeber den Grundsatz der Gleichbehandlung bei der Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase vertritt.

Eine Novellierung des SGB XI bietet eine gute Möglichkeit, eine zusätzliche palliativ kompetente, insbesondere pflegerische Versorgung sicherzustellen. Es bedarf aus Sicht der Diakonie nicht nur einer Zunahme an zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen. Angesichts der veränderten Bewohnerstruktur und des gestiegenen hospizlich-palliativen Versorgungsbedarfs muss die Versorgungsqualität durch eine Aufstockung mit zusätzlichen palliativ kompetenten Fachkräften weiterentwickelt werden.

Mitwirkende in der Projektgruppe

Manfred Carrier,
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Dirk Gersie,
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe, Adolphi-Stiftung

Christa Gerts-Isermeyer,
Diakonie in Niedersachsen

Daniela Kiefer-Fischer,
Diakonieschwester, Koblenzer Hospizverein e.V.

Friedhelm Menzel,
Diakonie Hessen / DEVAP

Ute van Beuningen,
Diakonisches Werk Bayern

Uta Werner,
Diakonie Sachsen

Wilfried Wesemann,
DEVAP / Evangelisches Johannesstift Berlin

Dr. Claudia Wohlleber,
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Leitung der Projektgruppe

Friedhelm Menzel,
Diakonie Hessen / DEVAP

Manfred Carrier,
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Auszug Diakonie Texte 2012/2013/2014

- 07.2014 Positionen zur Aufnahme, Wohnraumversorgung und Unterbringung von Flüchtlingen
- 06.2014 Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland: Freizügigkeitsrecht und Anspruch auf Sozialleistungen
- 05.2014 Positionen der Diakonie zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
- 04.2014 Gewährleistung von Wohnraum als Teil eines menschenwürdigen Existenzminimums
- 03.2014 Familienpolitische Positionierung: Was Familien brauchen – Verwirklichung und Teilhabe von Familien
- 02.2014 Handreichung zu Schweigepflichtentbindungen für Mitarbeitende in der Diakonie
- 01.2014 Diakonische Positionen zu einem Bundesleistungsgesetz zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- 11.2013 Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014
- 10.2013 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2013
- 09.2013 Pflegestatistik zum 15.12.2011
- 08.2013 Prävention und Bekämpfung von Altersarmut
- 07.2013 Demografischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit
- 06.2013 Die insoweit erfahrene Fachkraft nach dem Bundeskinder-schutzgesetz – Rechtsfragen, Befugnisse und erweiterte Aufgaben
- 05.2013 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2012
- 04.2013 Finanzierung von Altenarbeit im Gemeinwesen
- 03.2013 Soziale Sicherung für Kinder und Jugendliche einfach, transparent und zielgenau ausgestalten
- 02.2013 Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechts-konvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie
- 01.2013 Dritter Weg im Dialog: Argumente, Glossar und Maßnahmen für die interne Kommunikation
- 09.2012 In der Diakonie vom Glauben reden – in Kursen zu Themen des Glaubens
- 08.2012 Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psycho-somatische Einrichtungen – Positionen der Diakonie
- 07.2012 Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen
- 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen: Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Friedhelm Menzel
Vorstand Evang. Hospiz- und
Palliativ-Verein Darmstadt e. V.
Stiftstraße 12a,
64287 Darmstadt
friedhelm.menzel@diakonie-
hessen.de
Telefon: +49 178 372 68 46

Manfred Carrier
Zentrum Gesundheit, Pflege
und Rehabilitation
Telefon: +49 30 652 11-1671
manfred.carrier@diakonie.de

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© Oktober 2014 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-79-6

Art.-Nr. 613 003 084

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de