

Konzept zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

der Stiftung „St. Elisabeth zu Worbis“

als Rechtsträger

für das Kath. Altenpflegeheim „St. Josef“
Straße der Demokratie 20
37339 Breitenworbis

und das Kath. Altenpflegeheim „St. Elisabeth“
Stationsweg 2
37339 Breitenworbis

Erarbeitet von:

- Berater Christine Reimann
- Heimleiter / Geschäftsführer Tobias Helbing



Wohlbefinden im Herbst des Lebens

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Einrichtung
3. Grundlagen
4. Gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase
 - 4.1 Zielsetzung
 - 4.2 Inhalte
 - 4.3 Formen der Beratung
 - 4.4 Ablauf
5. Zielgruppe
6. Barrierefreie Ausgestaltung des Angebots
7. Durchführung
8. Interne Vernetzung
9. Externe Vernetzung
10. Qualifikation der Beraterin / des Beraters
11. Qualität und Qualitätssicherung
12. Anlagen

1. Einleitung

Zunehmendes Lebensalter oder chronisch fortschreitende Erkrankungen machen eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen der physischen, psychischen, sozialen und religiösen / spirituellen Unterstützung sowie mit Fragen zu pflegerischen Maßnahmen und medizinischen Behandlungen in Vorbereitung auf die letzte Lebensphase erforderlich.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Sinne des § 132g SGB V orientiert sich am biografischen bzw. lebensweltlichen Hintergrund des/der Leistungsberechtigten. Dieser Wille ist zu respektieren und handlungsleitend.

Inhalt der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein individuelles, auf die Situation des/der Leistungsberechtigten zugeschnittenes Beratungsangebot zur medizinisch-pflegerischen, psychosozialen, seelsorgerlichen Versorgung in der letzten Lebensphase. Sie soll dem/der Leistungsberechtigten ermöglichen, selbstbestimmt über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen entscheiden zu können und damit als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen des/der Leistungsberechtigten entspricht.

Die gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V in Einrichtungen der Eingliederungshilfe lehnt sich an das internationale Konzept des „Advance Care Planning“ (ACP) an.

2. Einrichtung

Die Stiftung „St. Elisabeth“ zu Worbis, Friedensplatz 7, 37339 Leinefelde-Worbis ist Rechtsträgerin vom

- Kath. Altenpflegeheim „St. Josef“,
Straße der Demokratie 20, 37339 Breitenworbis
- Kath. Altenpflegeheim „St. Elisabeth“,
Stationsweg 2, 37339 Breitenworbis

www.altenpflegeheim-breitenworbis.de

Das Kath. Altenpflegeheim „St. Josef“ verfügt über 86 vollstationäre Pflegeplätze mit der Möglichkeit einer eingestreuten Kurzzeit-/Verhinderungspflege und 15 Tagespflegeplätzen.

Das Kath. Altenpflegeheim „St. Elisabeth“ ist eine vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Pflegeschwerpunkt für an Demenz erkrankte Bewohner. Es verfügt über 31 vollstationäre Pflegeplätze mit der Möglichkeit einer eingestreuten Kurzzeit-/Verhinderungspflege.

3. Grundlagen

Rechtliche Grundlage für diese Konzeption sind § 132g SGB V und die Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zwischen dem GKV-Spitzenverband Berlin vom 13.12.2017 sowie die Vergütungsvereinbarung nach § 132g SGB V für Einrichtungen der Altenhilfe in Thüringen (nachfolgend Vereinbarung genannt).

4. Gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

4.1 Zielsetzung

Zielsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist die Ermöglichung und Unterstützung einer selbstbestimmten Entscheidung über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen. Damit soll die gesundheitliche Versorgungsplanung zur Verbesserung des Prozesses des Zustandekommens von Behandlungs- und Betreuungswünschen beitragen. Sie soll als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen und Wünschen des/der Leistungsberechtigten entspricht.

4.2 Inhalte

Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wird den Bewohnern, bezogen auf ihre individuelle Situation, ermöglicht, Vorstellungen über:

- Medizinisch-pflegerische Abläufe,
- das Ausmaß,
- die Intensität,
- Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Interventionen sowie
- Palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Maßnahmen

in der letzten Lebensphase zu entwickeln und mitzuteilen.

Die Bewohner und ihre rechtlichen Vertreter, auf Wunsch auch die An-/Zugehörigen, setzen sich mit den möglichen Komplikationen, Verläufen, Prognosen sowie Veränderungen des gesundheitlichen Zustands auseinander. Dabei werden sie entsprechend des Bedarfs unterstützt.

Sie können sich auf mögliche Notfallsituationen vorbereiten, die Krankheitssituation besser annehmen, ein Gefühl der Selbstwirksamkeit bewahren und damit Autonomie und Lebensqualität erhalten.

Außerdem werden Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung sowie zur möglichen psychosozialen Versorgung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase aufgezeigt.

4.3. Formen der Beratung

Formen der Beratung sind:

- Beratungsgespräche
- Fallbesprechungen
- Dokumentation

4.3.1. Beratungsgespräche

Die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein qualifizierter Gesprächsprozess zwischen der/dem Leistungsberechtigten und der/dem Berater. Sofern ein Vertreter mit einer ausreichenden Vollmacht/rechtlicher Betreuer mit entsprechendem Aufgabenkreis vorhanden ist, wird dieser in den Gesprächsprozess einbezogen.

Auf Wunsch oder mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten können auch An-/Zugehörige und andere relevante Personen an den Gesprächen beteiligt werden oder zwischen der Beraterin/dem Berater und den vorgenannten Personen geführt werden. Dies kann persönlich, fernmündlich oder in einer anderen geeigneten Form erfolgen. Im ersten Kontakt der Beraterin/des Beraters mit der/dem Leistungsberechtigten und/oder der/dem Bevollmächtigten erfolgt eine Verständigung und Erörterung zur Zielsetzung und zum Prozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

Die/der Leistungsberechtigte erhält die Möglichkeit mit der Beraterin/dem Berater ihre/seine Werte, Grundhaltungen und Ziele sowie eine zu ihr/ihm passende Versorgung und Behandlung am Lebensende zu reflektieren. Verschiedene Aspekte wie z.B. die Einstellung zum Leben, mögliche Belastungen, die pflegerische Unterstützung sowie Versorgungswünsche können Bestandteil der Beratungsgespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sein. Hierzu gehören insbesondere:

- Klärung von Wünschen und Vorstellungen der/des Leistungsberechtigten zu relevanten Situationen, die am Lebensende eintreten könnten (z.B. Bewusstlosigkeit, Atemnot, Herzstillstand, anhaltender Zustand der fehlenden Fähigkeit zur Äußerung des natürlichen Willens).
- Besprechung möglicher medizinisch-pflegerischer Abläufe sowie Thematisierung von Notfallszenarien und Besprechung möglicher Notfallmaßnahmen.
- Darstellung der Möglichkeiten der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung. Informationen zu bestehenden Kooperationspartnern der Einrichtung, die z.B.

durch regionale Hospiz- und Palliativversorgung sowie durch Seelsorge, psychosoziale Begleitung und medizinisch-pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen. Konkretisierung pflegerischer, psychosozialer, spiritueller und medizinischer Wünsche der/des Leistungsberechtigten.

Die/der Leistungsberechtigte soll in die Lage versetzt werden, ihre/seine persönlichen und individuellen Versorgungs- und Behandlungspräferenzen für das Lebensende zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln. Bestandteil der Beratungsgespräche kann auch das Angebot zur Aufklärung über bestehende rechtliche Vorsorgeinstrumente (insbesondere Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht) bzw. die Möglichkeit ihrer Aktualisierung sein.

Solange die/der Leistungsberechtigte sich selbst äußern kann (auch nonverbal) steht im Beratungsprozess ihre/seine Willensäußerung vor allen anderen Erwägungen. Dabei ist mit besonderer Sorgfalt der Inhalt einer solchen Äußerung festzustellen – insbesondere da Gegenstand der Ermittlung zukünftige Handlungen und Versorgungsformen sind.

Insbesondere bei der Begleitung von Leistungsberechtigten mit einem hohen Unterstützungsbedarf können Situationen auftreten in denen Vertrauenspersonen die Leistungsberechtigten im Sinne assistierter Autonomie bei ihren Entscheidungen unterstützen. Dabei ist der natürliche bzw. mutmaßliche Wille der/des Leistungsberechtigten, welche/welcher sich beispielsweise verbal nicht (mehr) äußern kann, über Beobachtungen und Erfahrungen zu identifizieren.

Ein Bestandteil des Beratungsgesprächs ist die Klärung der Notwendigkeit einer Fallbesprechung.

4.3.2 Fallbesprechungen

Im Rahmen von Fallbesprechungen wird auf der Grundlage der individuellen Bedürfnisse auf medizinisch-pflegerische Abläufe mit Blick auf die letzte Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen. Mögliche gesundheitliche Krisen-/Notfallsituationen werden erörtert und gemeinsam geeignete Maßnahmen der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt und vorbereitet.

In die Fallbesprechung werden die/der Leistungsberechtigte, die Beraterin/der Berater und der behandelnde Arzt (Hausarzt, SAPV-Arzt oder sonstige Vertragsärzte) einbezogen. Sofern ein gesetzlicher Vertreter/Betreuer mit entsprechendem Aufgabenkreis vorhanden ist, wird dieser in den Gesprächsprozess mit einbezogen. Auf Wunsch oder mit Zustimmung können auch Angehörige, ggf. Betreuer/Bevollmächtigte oder andere Vertrauenspersonen beteiligt werden.

4.3.3 Dokumentation

Die Dokumentation des Beratungsprozesses und der Willensäußerungen dient der Nachvollziehbarkeit.

Die Dokumentation richtet sich nach der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 zwischen dem GKV-Spitzenverband Berlin.

4.4 Ablauf

Der Wille der/des Leistungsberechtigten wird ermittelt und im Rahmen einer Versorgungsplanung dokumentiert. Durch die Dokumentation soll insbesondere ein rechtssicherer Umgang mit dem geäußerten Willen ermöglicht werden.

Dadurch sollen die Wünsche der/des Leistungsberechtigten bezogen auf medizinpflegerische Behandlungsabläufe und die Betreuung beachtet werden, selbst wenn die/der Leistungsberechtigte zum Zeitpunkt der Entscheidung über Behandlungen nicht mehr zu einer Äußerung des natürlichen Willens fähig ist. Ergebnis des Beratungsprozesses kann eine schriftliche Willensäußerung sein, die bei einwilligungsfähigen Leistungsberechtigten auch in Form einer (ggf. aktualisierten) Patientenverfügung abgegeben werden kann. Dies ist jedoch nicht zwingend.

5. Zielgruppe

Zielgruppe des Angebotes sind Bewohnerinnen und Bewohner der Kath. Altenpflegeheime „St. Josef“ und „St. Elisabeth“ Breitenworbis, welche in der GKV versichert sind. Bei Bewohnern, die in der PKV versichert sind, wird eine Inanspruchnahme dieses Angebotes zu Lasten ihrer PKV im jeweiligen Einzelfall geklärt. Das Gesprächsangebot wird auch den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vereinbarung mit dem GKV bereits in den Einrichtungen versorgten Leistungsberechtigten unterbreitet. Die Inanspruchnahme ist für die Personen der Zielgruppe freiwillig.

6. Barrierefreie Ausgestaltung des Angebots

Die gesundheitliche Versorgungsplanung trägt den individuellen Bedarfen einer barrierefreien Kommunikation Rechnung.

Vor einem Beratungsprozess werden die behinderungsspezifischen Bedarfe für barrierefreie Kommunikation individuell und in Bezug auf die medizinisch-pflegerischen Themen der gesundheitlichen Versorgungsplanung identifiziert.

Bei Leistungsberechtigten, die sich verbal nicht äußern können, wird ihr Wille über Beobachtungen und Erfahrungen ermittelt.

Die Heterogenität des Personenkreises erfordert ein Spektrum unterschiedlicher barrierefreier Kommunikationsformen. Barrierefreie Kommunikation umfasst den Einsatz von „leichter Sprache“, Gebärden-unterstützter Kommunikation, grafischen Symbolen oder anderen Hilfsmitteln.

Die Ergebnisse des Beratungsprozesses werden für den jeweiligen Leistungsberechtigten barrierefrei dokumentiert.

7. Durchführung

Die Organisations- und Durchführungsverantwortung für den Beratungsprozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase obliegt der Beraterin/dem Berater im Rahmen ihrer/seiner Zuständigkeit.

Die Leistungsberechtigten erhalten durch die Einrichtung strukturiert allgemeine Informationen darüber, dass eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten wird. Dabei wird auf die Zielsetzung und den Inhalt der Versorgungsplanung hingewiesen.

Jeder/jedem Leistungsberechtigten wird ein Gespräch mit der Beraterin/dem Berater zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten. Wird das erstmalige Gesprächsangebot von der/dem Leistungsberechtigten abgelehnt, besteht auch zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme. Das Gesprächsangebot wird zum frühestmöglichen Zeitpunkt unterbreitet.

Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einem oder in mehreren aufeinander aufbauenden Beratungsgesprächen oder einer/mehreren Fallbesprechungen statt. Die/der Leistungsberechtigte kann den Beratungsprozess jederzeit beenden.

Die individuellen Vorstellungen und Behandlungswünsche können sich verändern. Die gesundheitliche Versorgungsplanung kann daher bei Bedarf, wenn eine Änderung der Lebens- und Versorgungssituation eintritt oder auf Wunsch des/der Leistungsberechtigten mehrfach in Anspruch genommen werden.

Im Falle nicht einwilligungsfähiger Personen wird die/der Bevollmächtigte vorab über den Beratungsprozess informiert und über den Gesprächsprozess mit eingebunden. Zur Ermittlung des natürlichen, mutmaßlichen Willens können auch weitere nahestehenden Personen einbezogen werden. Die Beratung setzt keine Geschäftsfähigkeit der/des Leistungsberechtigten voraus.

Die behandelnden Ärzte (Hausarzt, SAPV-Arzt oder sonst. Vertragsarzt) werden in den Beratungsprozess mit einbezogen. Die Einbeziehung erfolgt entsprechend dem individuellen Wunsch der/des Leistungsberechtigten (z.B. Mitteilung zur Inanspruchnahme des Beratungsprozesses, persönliche Beteiligung, Möglichkeit

zur Einsichtnahme in die getroffenen bzw. beabsichtigten Festlegungen). Sofern aufgrund der Komplexität der medizinischen Fragestellungen eine persönliche Beteiligung der behandelnden Ärzte innerhalb des Beratungsprozesses erforderlich ist, wird eine Fallbesprechung eingeleitet.

Im Falle einer Patientenverfügung ist darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen, um der/dem Leistungsberechtigten nochmals die Möglichkeit der persönlichen, inhaltlichen Auseinandersetzung zu geben.

8. Interne Vernetzung

Die Beraterin/der Berater ist die „Schlüsselperson“ und die „Steuerungsperson“ für die interne Vernetzung und Kommunikation.

Die Beraterin/der Berater informiert einrichtungsintern die Mitarbeitenden über Sinn und Zweck der Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und stellt im Rahmen des Aufgabenbereiches sicher, dass die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung (Willensäußerungen der/des Leistungsberechtigten) beachtet und eingehalten werden.

Äußert die/der Leistungsberechtigte gegenüber dem Personal der Einrichtung Änderungswünsche zu den bislang geäußerten Vorstellungen und Wünschen für die Versorgung in der letzten Lebensphase und den festgelegten Beratungsergebnissen, so wird unverzüglich die Beraterin/der Berater informiert und eingebunden.

Die ständige Verfügbarkeit der Dokumentation wird gewährleistet und unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben dem Personal in der Einrichtung sowie den beteiligten Versorgern zur Verfügung gestellt. Bei Verlegung der/des Leistungsberechtigten z. B. in eine andere Einrichtung oder Krankenhaus werden die entsprechenden Unterlagen unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen in Kopie mitgegeben.

9. Externe Vernetzung

Die an der Versorgung Beteiligten (Ärzte, Rettungsdienste, SAPV-Teams, Kliniken usw.) werden über das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V sowie den Einsatz von verwendeten Notfalldokumenten vorab informiert.

Um den dokumentierten Willensäußerungen der/des Leistungsberechtigten mit Blick auf die medizinisch-pflegerische Versorgung gerecht werden zu können, wird durch die Beraterin/den Berater eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern, insbesondere den niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rettungsdiensten, ambulanten Hospizdiensten, Hospizen, SAPV-Teams, Seelsorgern und anderen Institutionen sichergestellt.

Die Einrichtung wirkt daraufhin, dass die regionalen Versorgungs- und Betreuungsanbieter die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung beachten.

Die Berater der Einrichtungen der Region sollen regelmäßige Treffen mit den regionalen Leistungserbringern durchführen oder an Treffen vorhandener regionaler Netzwerke (z.B. Palliativnetzwerke, Hospiznetzwerke, kommunale Netzwerke) teilnehmen. Die Berater der Einrichtung werden an einem bestehenden Runden Tisch nach Möglichkeit teilnehmen bzw. einen Runden Tisch gründen.

Die Berater der Einrichtung nehmen auch an Austauschforen des Caritasverbands Erfurt teil.

10. Qualifikation der Beraterin/des Beraters

Die Qualifikation richtet sich nach § 12 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 zwischen dem GKV-Spitzenverband Berlin.

11. Qualität und Qualitätssicherung

Die Qualität umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

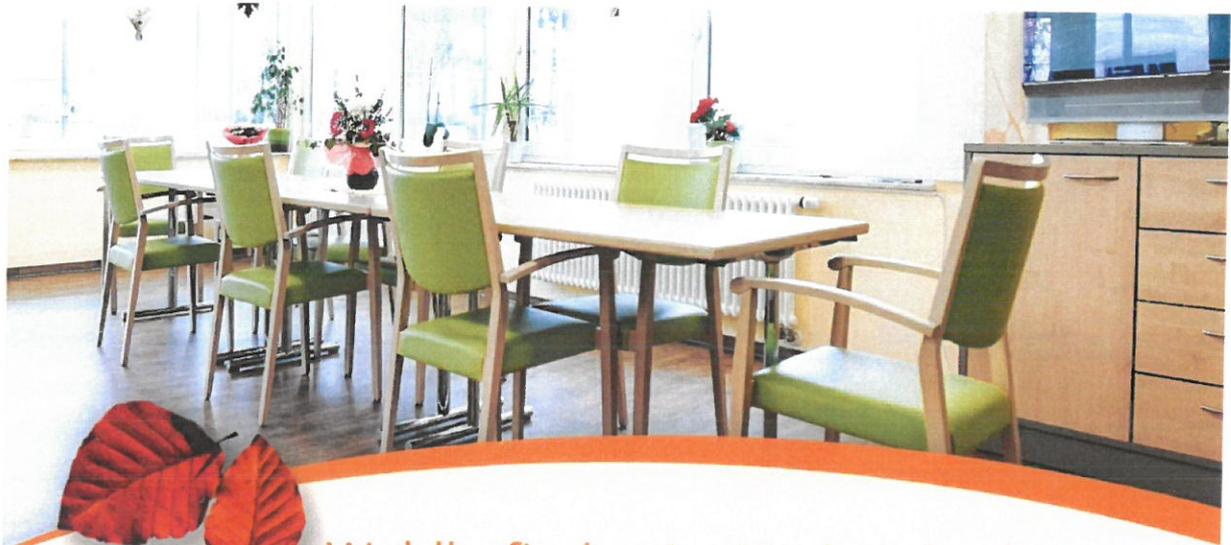
Die Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Beratungsprozesses dar. Hinsichtlich der personellen Ausstattung können ausschließlich qualifizierte Beraterinnen/Berater gem. den genannten Kriterien (Grundqualifikation, Berufserfahrung, Weiterbildung) die Beratung durchführen.

Auf den Ablauf der Leistungserbringung bezieht sich die Prozessqualität. Danach ist die Leistung in die Gesamtstruktur der Einrichtung.

Die Ergebnisqualität zeigt sich in der Dokumentation der von der/dem Leistungsberechtigten geäußerten Wünsche und Vorstellungen für die Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie in der Dokumentation des Beratungsprozesses gem. § 9 der Vereinbarung.

12. Anlagen

Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017.



Wohlbefinden im Herbst des Lebens

Das Konzept zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase wird für die Häuser

- Kath. Altenpflegeheim „St. Josef“ Breitenworbis
- Kath. Altenpflegeheim „St. Elisabeth“ Breitenworbis

in Kraft gesetzt.

Leinefelde-Worbis, 13.5.13

Ort, Datum

Stiftung „St. Elisabeth“ zu Worbis
Friedensplatz 7
37339 Leinefelde-Worbis
Tel.: 036074/95260
Fax: 036074/95243

.....
Unterschrift Stiftung „St. Elisabeth“ zu Worbis (Träger)

