

Durch vorausschauende Planung soziale Teilhabe bis zuletzt

Ein Leitfaden für Kommunen

Wie lassen sich nicht indizierte Verlegungen in die Klinik oder Pflegeeinrichtung vermeiden? Antworten darauf gibt der Leitfaden Kommune, der im Rahmen eines Projekts zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in den Jahren 2018 bis 2021 entstand.

Bis zu 150.000 Bewohnerinnen und Bewohner jährlich könnte eine nicht indizierte Verlegung in ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung in Deutschland betreffen – das haben bundesweite Studien ergeben (George, 2017). Zurzeit verstirbt rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, zirka 30 % der Menschen im Pflegeheim und nur jeder Fünfte zu Hause

(Heiermann et al., 2020). Es ist davon auszugehen, dass mindestens jeder fünfte Mensch den Ort des Sterbens nicht beeinflussen kann. Der Wunsch viele Seniorinnen und Senioren, die letzten Lebensstage zu Hause zu verbringen, ist groß. Gerade Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner werden sehr häufig zum Sterben in Krankenhäuser eingewiesen (Fleischmann-Struzek et al., 2018).



Die meisten älteren Menschen wünschen sich, weiter im häuslichen Umfeld zu leben. Mit vorausschauender Planung und mit Hilfsangeboten ist dies oft möglich.

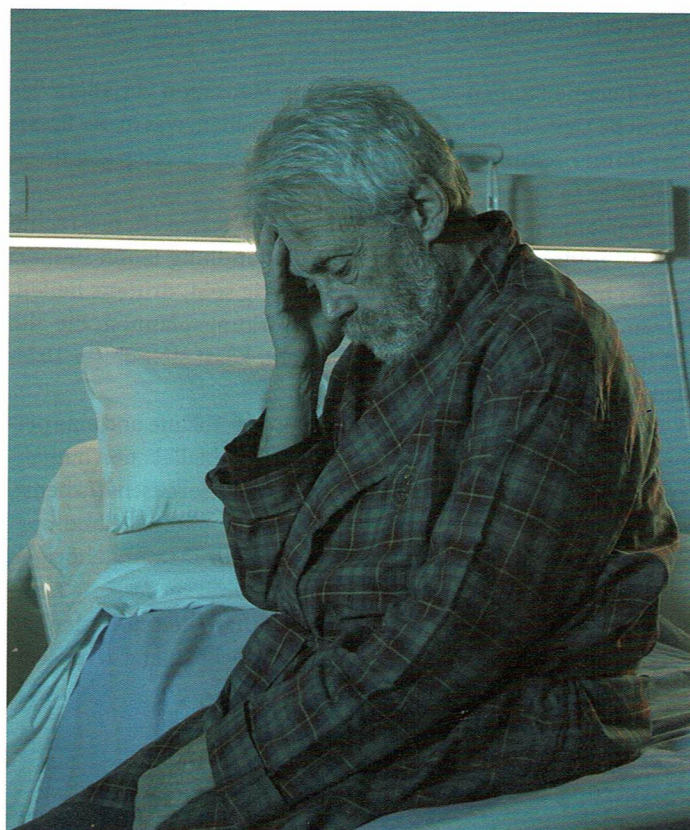
Versorgungssituation im letzten Lebensabschnitt

Durch die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland kam es regional unterschiedlich zu Verbesserungen in der Versorgung. Allerdings fokussiert die SAPV nur auf jene etwa 10 % der Menschen mit der höchsten Symptomlast am Lebensende. Die anderen mehr als 800.000 Menschen, die in Deutschland jährlich versterben, wären im Rahmen der SAPV palliativ überversorgt (Sitte, 2020).

In stationären Pflegeeinrichtungen besteht wie auch in Krankenhäusern die Gefahr der Vereinsamung. Allerdings kann die auch zuhause durch den Trend zum Ein-Personen-Haushalt eintreten – in deutschen Städten leben bereits mehr als 50 % der Menschen alleine (Fleßa, 2014). Doch es gibt Ressourcen, um bestehende Probleme zu lösen:

- Die Hospizbewegung gilt als gelungenes Beispiel bürger-schaftlichen Engagements.
- Die Palliativversorgung ist in der stationären und ambulanten Versorgung in zunehmendem Ausmaß und steigender Qualität verfügbar.
- Gesetzgeberische und berufspolitische Entscheidungen haben Verbesserungen ermöglicht (Pflegestärkungs- sowie Hospiz- und Palliativgesetz), die eine hospizlich-palliative Versorgung fördern und Fehlversorgungen vermeiden, indem etwa eine vorausschauende Planung der letzten Lebensphase in den stationären Pflegeeinrichtungen verbindlich eingeführt wird.
- Die Altenberichte für die Bundesregierung thematisieren auch die sozialen Aufgaben der Kommunen – wie der 6. Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ aus dem Jahr 2015. Er legt das hohe Maß der Verantwortlichkeit kommunaler Akteure dar und zeigt auf, wie aus einem solchen Selbstverständnis heraus die notwendige Praxis entstehen kann. Denn die Kommunen sind in aller Regel die örtlichen Sozialhilfeträger und somit für die Hilfe zur Pflege (Kap. IV, SGB XII) zuständig. Die Sicherstellung, der Ausbau und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen Versorgungsstruktur sind daher zentrale Ziele, die Prämisse „ambulant vor stationär“ gilt weiterhin. Die Kommunen haben im Sinne der Daseinsvorsorge auch die Letztverantwortung für die Menschen in ihrer letzten Lebensphase.
- Viele Kommunen haben ihre Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie ambulanten Hilfen für behinderte, alte oder pflegebedürftige Menschen ausgebaut.
- Die bundesweite Initiative „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ haben mehrere hundert deutsche Gemeinden als Unterstützer gezeichnet.

Doch es zeigen sich auch substanzielle Unterschiede zwischen den Kommunen. Oft fehlt eine öffentliche Koordination der Versorgung für die letzte Lebensphase. Offen bleibt auch, wie viele der Städte und Gemeinden im Rahmen ihrer Sozial-, Gesundheits- und Altenhilfeplanung die Versorgung Sterbender überhaupt berücksichtigen. Gefragt ist eine neue Herangehensweise, die auf mehr regionale Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Netzwerkpartnern setzt, um die Versorgung von Seniorinnen und Senioren zu verbessern.



Durch geeignete Maßnahmen lassen sich viele Klinikeinweisungen von Seniorinnen und Senioren am Lebensende vermeiden.

Leitfaden für Netzwerkpartner

Ein durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zwischen 2018 und 2021 gefördertes Projekt untersuchte die Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Als Projektergebnis wurden zwei nach dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) erstellte Leitlinien in je einem Modellkrankenhaus und einer Pflegeeinrichtung eingeführt. Dabei galt es, vor allem Risikofaktoren, die in der letzten Lebensphase Klinikeinweisungen nach sich ziehen, durch geeignete Maßnahmen einer vorausschauenden Versorgungsplanung entgegenzutreten. Um die Leitlinien einführen zu können, entwickelte man Entscheidungshilfen für die Haus- und Krankenhausärzte, für die Rettungsdienste und die Angehörigen. Wichtigstes Ziel ist es, diese Personen für die Reduktion nicht indizierter Einweisungen zu gewinnen. Dafür zeigt der Leitfaden Wege zu deren Vermeidung auf.

Die Bedeutung der Qualität der regionalen Zusammenarbeit war allen Partnern klar. Deshalb entwickelten die Autorinnen und Autoren ergänzend eine praxisnahe Handlungsanleitung für Kommunen: Alle Verantwortlichen auf regionaler Ebene sollten Interesse daran haben, ihren Bürgern einen umsorgten Lebensabend zu ermöglichen. Die Anwendung des im Projekt entwickelten Leitfadens Kommune kann in Ortsteilen, in der Gemeinde, im Mittel- und Oberzentrum oder sogar in der Millionen-Metropole erfolgen. Die Bürgermeister bilden in dem Netzwerk mit gemeindlichen Partnern, professionellen Anbietern verschiedener Dienstleistungen und mit Ehrenamtlichen den Ausgangspunkt zur Implementierung des Leitfadens.

Präferenz häusliches Umfeld

Verschiedene Studien zeigen, dass sich Menschen vor allem das häusliche Umfeld als Ort des Sterbens wünschen, was in der Praxis aber immer seltener möglich ist. Oft sterben sie entgegen ihren Wünschen in einem Krankenhaus.

Ein Problem in der Versorgung älterer Menschen ist, das rechte Maß zu finden. Die Grundregel der Behandlung lautet immer: erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen. Nur mit einer vorausschauenden Versorgungsplanung, die alle gut informierten Beteiligten einbezieht, lässt sich dieser Dreiklang umsetzen.

Für die Kommune ergeben sich effektivere Abläufe und eine personelle und finanzielle Entlastung, wenn sie Fehlallokation limitierter Ressourcen vermeidet, etwa bei ärztlichem Bereitschaftsdienst, Krankentransport, Rettungsdienst und stationärer Behandlung. Jenseits des Nutzens für die Betroffenen, für ihre Angehörigen und für die Kommune entstehen Vorteile durch verbesserte Koordination und Versorgungsqualität sowie Mitarbeiterzufriedenheit durch Information und Einbindung. Und nicht zuletzt verbessert sich auch das Image der Gemeinde.

Umsetzung des Leitfadens

Hilfreich bei der Umsetzung des Leitfadens ist, wenn die Gemeinde oder zumindest einzelne Mitarbeiter bereits über Erfahrungen im Projektmanagement verfügen. Der Prozess umfasst fünf Meilensteine (M1 bis M5; siehe Abb. 1).

M1: Bestimmung der Ausgangslage (3 Monate)

Ziel des ersten Meilensteins ist es, sich über die spezifischen internen und externen Ausgangsbedingungen in der Kommune einen Überblick zu verschaffen. Über welche Vorerfahrungen in der unterstützenden Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase verfügt die Kommune? Welches Wissen haben Kirchengemeinden, bürgerschaftlich getragene Initiativen, Selbsthilfeorganisationen, professionelle Dienstleister oder Hospize? Im Versorgungsfeld gibt es zudem sicher weitere professionelle Akteure wie niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Apotheken. Bestehen vor Ort Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)? In dieser ersten Phase werden Strukturen, Prozesse und geeignete Personen oder Zuständigkeiten der kommunalen Verwaltung identifiziert. Hierzu gehört auch, die bestehenden Aufgabenteilungen und Kooperationen zu erfassen und das Wissen über Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung abzufragen.

M2: Zusammenführung der Akteure und Kompetenzen sowie Formulierung einer Vision (1 bis 2 Monate)

Im zweiten Schritt gilt es, die Kompetenzträger und mit diesen verbundene Akteure zusammenzuführen und zu motivieren; weitere Folgetreffen in großer Runde und in Untergruppen sind hilfreich. Wichtig ist der Multi-Stakeholder-Ansatz: Nicht nur die beruflichen Helfer und deren Organisationen sind einzubinden, sondern auch Vertreter des Ehrenamtes und der Bürgerschaft, freiwillige Helfer und die Selbst- und Laienhilfe. Je breiter die Basis, desto wahrscheinlicher gelingt die Umsetzung.

M3: Ausarbeitung konkreter Zielsetzungen (1 bis 2 Monate)

Ausgehend von den Ergebnissen einer Stärken- und Schwächen-Analyse (SWOT) werden nun Ziele ausgearbeitet und operationalisiert: Was bedeutet die Vision „Unsere Gemeinde fördert die Betreuung der Bürger in deren letzten Lebensphase“ für die verschiedenen Akteure mit ihren unterschiedlichen Leistungsangeboten und Selbstverständnissen? Was für die vorausschauende Planung? Die Akteure operationalisieren diese Vision für ihre eigenen Ziele, für Aktivitäten und Prozesse. Als Ergebnis entsteht eine integrierte Versorgungsplanung, in der die unterschiedlichen Leistungsprozesse beziehungsweise das jeweilige Unterstützungsgeschehen in häuslicher Versorgung, stationären Pflegeeinrichtungen und im Krankenhaus sichtbar werden. Alle Aktivitäten finden Eingang in eine gemeinsame Zeit-, Aktivitäten- und Verantwortungsplanung.

M4: Aktivitäten, Kommunikation und Informationen (6 Monate)

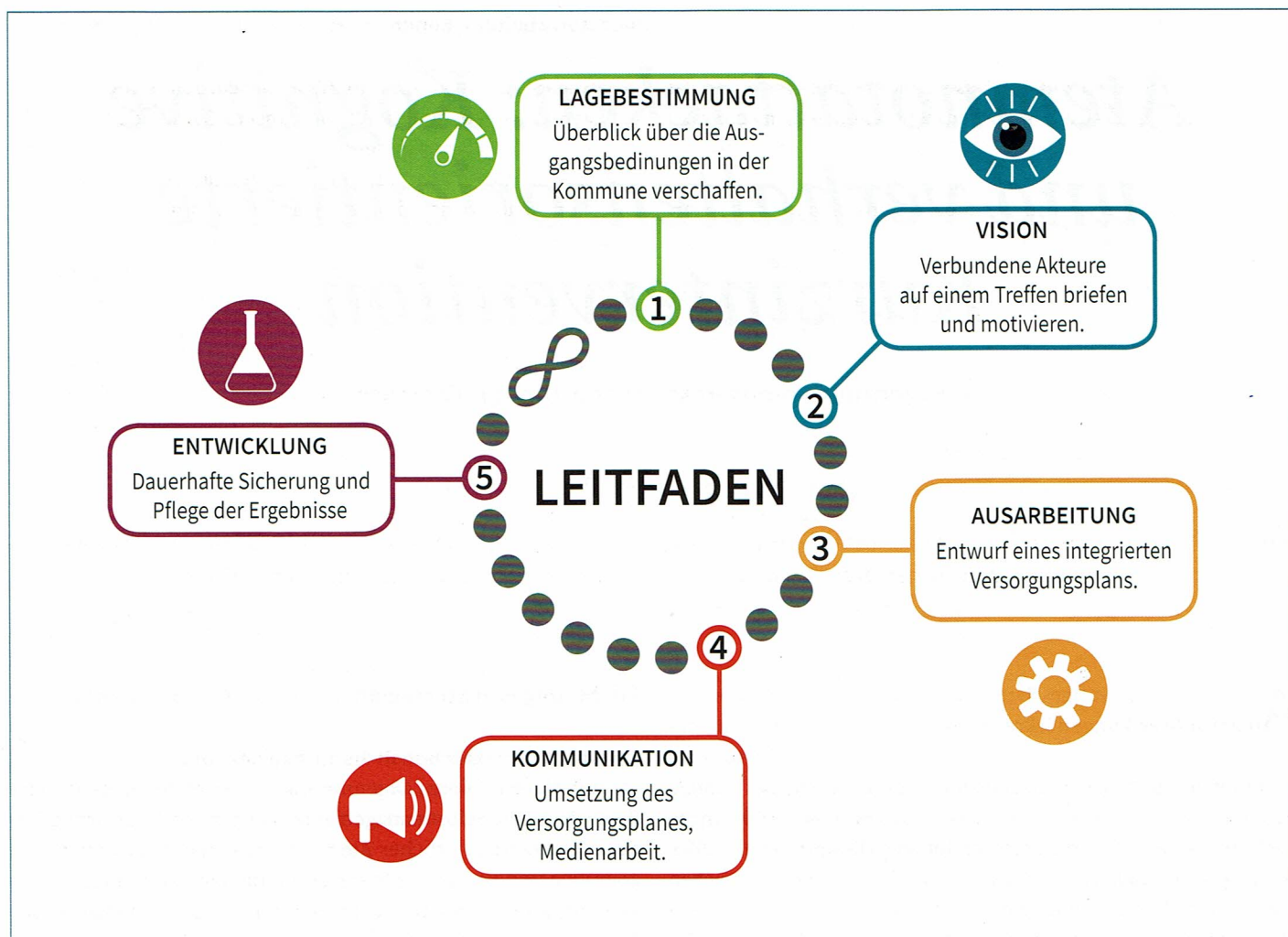
Die eingebundenen Partner setzen die vereinbarten Maßnahmen nun innerhalb der definierten Zeiträume um. Dazu gehört die Kommunikation mit allen Bürgern und Partnern mit einem zielgruppengerechten, multimedialen Ansatz. Ein regionales, an die Bürgerschaft adressiertes Netzwerktreffen bildet den Höhepunkt der Informationskampagne.

M5: Nachhaltigkeit und Sicherung (beständig)

Die integrierte Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase muss dauerhaft gesichert und kontinuierlich gepflegt werden. Dafür ist eine Koordinationsstelle mit Ansprechpartnern notwendig. Diese kann, muss aber nicht in kommunaler Hand liegen. Zu ihren Aufgaben gehört die Qualitätssicherung, und die Multi-Stakeholder-Gruppe muss permanent organisatorisch zusammengehalten, ergänzt und angepasst werden. Öffentlichkeitsarbeit und neue Kooperationen sind zu gewährleisten und auszubauen: Zahlreiche Kommunen betreiben etwa das Projekt „Soziale Stadt“, das aktiv ältere Menschen einbindet. Hier kann die Gestaltung der letzten Lebensphase ein Teilvorhaben sein. Gerade in der Verstetigung gilt es, bestehende Strukturen mit Vereinen und lokalen Initiativen, Organisationen und Prozessen proaktiv zu nutzen und diesen die „Kümmerer“-Funktion im Projekt zu übertragen.

Die Kommune als Unterstützer

Kommunen werden sich zukünftig durch die demografische Entwicklung und den Rückgang der Familiengröße verstärkt mit der letzten Lebensphase ihrer Bürger konfrontiert sehen. Sie sind dabei auf professionelle Partner auch aus der Pflege angewiesen. Eine vorausschauende (Gesundheits-)Planung dieser Lebensphase ist über den individuellen Handlungsrahmen hinaus angeraten. Eine stärkere Partizipation der Bürger etwa auch in Public-Citizen-Partnerschaften wie Sozialgenossenschaften und Bürgerräten ist denkbar und könnte sich als richtungsweisend erweisen (George, 2007). Eingespielte und durch viele Hände ermöglichte Strukturen und Angebote vor Ort, etwa in der Einbindung der Angehörigen, Familien, sozialen Partner und kommunalen Ansprechpartner erweisen sich als besonders belastbar und resilient. Unterstützen die Kommunen ihre Bürger darin, Patientenverfügungen zu verfassen, können Klärungen des Advance Care Planning durch die



1 | Aufbau des Leitfadens mit den Meilensteinen M 1 bis M 5. Die schwarzen Punkte stellen die abgeschätzte Umsetzungsdauer in Monaten dar (angelehnt an George et al., 2007).

Pflegenden in weit größerer Ruhe und Verlässlichkeit getroffen werden als in Krisensituation (von Hayek, 2019). Inwieweit der erstellte Leitfaden Kommune tatsächlich zur intendierten Handlungssicherheit und damit zu einer verbesserten Betreuung der Bürger in deren letzten Lebensphase führen kann, muss in weiteren Arbeiten untersucht werden.

von Hayek, J., Schneider, W: (2019): Sterben zu Hause und im Heim. Hospizkultur und Palliative Care in der ambulanten und stationären Praxis. In: Kreutzer, S., Oetting-Roß, C., Schwermann, M. (Hrsg.): *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Weinheim: Beltz Juventa, S.182-210

Weitere Literatur und Leitfaden per E-Mail: george@transmit.de

Literatur

- Fleischmann-Struzek, C., Mikolajetz, A., Reinhart, K., Curtis, R., Haase, U., Thomas-Rüddel, D., Dennler, U. & Hartog, C. (2019). Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende. Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015. In: *Deutsches Ärzteblatt Int*, 2019(116) 653–60.
- Fleßa, J.: (2014): Letztverlässlichkeit als Ressource – Der Wert der Palliativmedizin für die Volkswirtschaft. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15(02): 78-83.
- George, W., Banat, A., Herrmann, J., Richter, M. (2017): Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender [Empirical findings concerning transfer of dying persons], *MMW - Fortschritte der Medizin* 159(Suppl 6): 6-14.
- George, W., Bobow, M. (Hrsg.) (2007): *Regionales Zukunftsmanagement – Band 1: Gesundheitsversorgung*. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Heiermann, A.C., Kiziak, T., Hinz, C. (2020): *Auf ein Sterbenswort. Wie die alternde Gesellschaft dem Tod begegnen will*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Kiesewetter, O. (2021): 30 Jahre Sozialgenossenschaftsgesetz in Italien, Besonderheiten italienischer Genossenschaften, *ResearchGate*, DOI: 10.13140/RG.2.2.34288.58882.
- Kruse, A. (Hrsg.) (2010): *Eine neue Kultur des Alterns Altersbilder in der Gesellschaft - Erkenntnisse und Empfehlungen des 6. Altenberichts*. Berlin: BMFSmJ.
- Sitte, T. (2021): Bericht „Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen“. <https://www.palliativstiftung.de/palliativstiftung/pipip/>



Prof. Dr. Wolfgang M. George

Technische Hochschule Mittelhessen

Karl-Christian Schelzke

Geschäftsführender Direktor a.D.,
Hessischer Städte- und Gemeindebund (HSGB)

Dr. Thomas Sitte

Vorstand Deutsche Palliativstiftung

Prof. Dr. Karsten Weber

Ostbayerische Technische Hochschule