

# GVP – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase: Was ist das und wird sie gestaltet?

**Eine Online-Infoveranstaltung am 11. November 2022**

## Einleitung

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz erfolgte im Jahre 2015 die Einführung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP). Pflegeheime und Wohnformen der Eingliederungshilfe (EH) können sich für die Einführung entscheiden und die Leistung bei den Krankenkassen abrechnen. Es geht darum, Bewohner:innen und Klient:innen in einem Dialogprozess die Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase aufzuzeigen und festzuhalten, was den Menschen wichtig ist. Das umfasst auch praktische Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung. Individuell werden medizinische, pflegerische und psychosoziale Aspekte am Lebensende thematisiert. Zudem werden auch eventuelle Notfallsituationen und geeignete Angebote palliativmedizinischer, palliativpflegerischer und psychosozialer Versorgung besprochen.

In den Einrichtungen und Wohnformen sind dafür geschulte sogenannte GVP-Berater:innen tätig, die den Dialogprozess über das Leben und Sterben zwischen den betreuten Menschen, Nahestehenden sowie Ärzt:innen und Mitarbeitenden anregen und gestalten.

Die GVP trägt zur Handlungssicherheit aller Beteiligten bei, unterstützt die Selbstbestimmung der Betroffenen und ist ein Beitrag für eine würdevolle Gestaltung der Versorgung am Lebensende

## Begrüßung

Die 43 Teilnehmer:innen verschiedener Träger bzw. aus unterschiedlichen Pflegeheimen und EH-Wohnformen werden von **Dr. Christina Fuhrmann** aus der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung begrüßt. Sie verweist auf die Empfehlungen des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung des Landes Berlin, der zuletzt erneut im Juni 2022 an die Pflegeheime und Wohnformen der Eingliederungshilfe appelliert hat, sich für eine verlässliche Etablierung von GVP und dabei die einheitliche Berliner Notfallverfügung für Handlungssicherheit in kritischen Situationen zu nutzen. Die GVP und andere erfolgversprechende Ansätze zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen sind zudem Gegenstand der Arbeit der ältesten Arbeitsgruppe des Runden Tisches sowie des vom Land geförderten Netzwerkes Palliative Geriatrie Berlin. Frau Dr. Fuhrmann gibt ihrer Hoffnung Ausdruck, dass Impulse aus dieser Veranstaltung noch zögernde Pflegeheime und Wohnformen zur Einführung der GVP bewegen mögen.

Für den **Landesseniorenbeirat** begrüßt **Ingeborg Simon** die Teilnehmenden an den Bildschirmen. Sie wirbt ebenfalls dafür, die GVP einzuführen – diese Veranstaltung sei da ein Baustein auf dem richtigen Weg. „Jeder Mensch muss die Rechte und Möglichkeiten haben, seinen letzten Weg mitzugestalten. Die Politik muss da noch dicke Bretter bohren und der Paragraph 132g SGB V muss ins Bewusstsein aller dringen“, so Simon. Sie hoffe, dass möglichst viele Einrichtungen und Wohnformen diese optionale aber wichtige Dienstleistung ihren Bewohner:innen anbieten.

Als Fachpartner der Veranstaltung stellt **Dirk Müller, Leiter des Bereichs Hospiz und Palliative Geriatrie im Unionhilfswerk**, die Frage, wann das Thema Versorgungsplanung überhaupt beginne und beantwortete sie auch gleich: Möglichst zeitig müsse mit den Menschen gesprochen werden. „Zu einer guten Altenpflege, zu palliativer Geriatrie, gehört es, möglichst schon bei Heimaufnahme über Lebensendthemen zu sprechen und nicht erst dann, wenn der Tod bereits an die Tür klopft.“ Außerdem sei es wichtig zu hinterfragen, ob überhaupt und wie in den Einrichtungen gestorben werden darf. Für die meisten Hochbetagten sei es eine Last und behindere den Sterbeprozess, wenn sie noch ins Krankenhaus verlegt würden.

Bei der GVP entscheidet auch nicht der Arzt oder die Ärztin allein, wann jemand palliativ ist, sondern das ganze Versorgungsteam. Es geht darum, gemeinsam den Bewohnerwillen zu erörtern, das Team auf Notfallsituation vorzubereiten und die Selbstbestimmung der Bewohner zu würdigen und zu stärken. Auch gibt Müller zu bedenken, dass aktuell das Angebot der GVP Pflegeheimen und EH-Wohnformen vorbehalten sei, jedoch auch in die ambulante Pflege Einzug halten müsse.

Um auf das Angebot der GVP aufmerksam zu machen und es zu verbreiten, sollte dazu bestenfalls bereits vor Einzug in Pflegeheim informiert werden. So könnten Menschen beispielsweise in Kirchengemeinden, Senioren-Freizeitstätten etc. eingeladen und dort von den GVP-Berater:innen informiert werden. Findet das Erstgespräch in einer Pflegeeinrichtung statt, sollte es dort frühzeitig, nach Möglichkeit in den ersten sechs Wochen nach Aufnahme erfolgen.

Abschließend weist Müller darauf hin, dass es momentan zwei Anbieter für die Ausbildung von GVP-Berater:innen am Standort Berlin gibt: Die Bundesakademie für Kirche und Diakonie sowie das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie.

Zur Perspektive der Krankenkassen, die die GVP als Leistung finanzieren, stellt sich zum Abschluss der Begrüßungsrunde noch **Detlev Götsche vom BKK LV Mitte** den Teilnehmer:innen vor.

Laut Götsche würden in Berlin lediglich 67 von insgesamt 360 SGB XI-Einrichtungen, also weniger als 20 Prozent, die GVP anbieten, „Da ist viel Luft nach oben ...“

Was die Finanzierung angeht, so zahlen die Kassen ab dem 1. Januar 2023 eine Pauschale von 14,74 Euro pro Versicherten pro Monat unabhängig davon, ob die Versicherten auch an der GVP teilnehmen.

Wenn diese Pauschale nicht ausreicht, hätten die Einrichtungen auch die Möglichkeit der Einzelverhandlung. Die Krankenkassen halten die GVP für eine wichtige Leistung und würden sie gerne weiterverbreiten sehen. Die Antragstellung ist vergleichsweise unkompliziert. Eine erfolgreiche Antragstellung setze die Erfüllung der Anforderungen voraus.

### **GVP in der Eingliederungshilfe**

Über ihre Erfahrungen im Bereich der Eingliederungshilfe berichten die GVP-Beraterinnen **Mandy Beer** und **Anja Schröder**, moderiert von **Daniela Heemeier**.

So wird in vielen EH-Wohnformen die GVP-Beratung/Vorsorgegespräche gar nicht angeboten, ist das Thema ganz neu.

Eine Reihe von Trägern ist noch nicht überzeugt davon, dass die Thematisierung von Krankheit, Sterben und Tod für ihre Klientel gut ist. In der Regel kommt der Beratungsprozess bzw. die Beschäftigung mit dem Thema erst in Gang, wenn jemand stirbt oder tödlich erkrankt.

Außerdem gibt es in der Eingliederungshilfe Besonderheiten, die die Einführung der GVP schwierig gestaltet:

- So sind die Eltern der Klient:innen, die auch gesetzliche Betreuer:innen sind, solchen Vorsorgegesprächen gegenüber oft nicht aufgeschlossen und wollen sich nicht mit dem Thema auseinandersetzen, dass ihr „Kind“ vor ihnen stirbt.
- Es gibt nicht – wie in Pflegeheimen – permanent Neueinzüge, und schon gar nicht in letzter Lebensphase. Die Bewohner:innen leben oft jahrelang in einer Wohnform.
- Die Mitarbeitenden einer Wohnform müssen die Vorsorgeberatung explizit anregen.
- Es dauert deutlich länger, den Gesprächs- und Beratungsprozess zu führen, als in der vollstationären Pflege, da die kommunikativen Fähigkeiten der Klient:innen oft eingeschränkt sind. Man kann oft auch kein Papier dazu machen, da die Klient:innen die Fragestellung nicht erfassen. Auch ist es für Menschen, die vor allem im Hier und Jetzt leben, schwer, sich zukünftige Situation wie das Lebensende vorzustellen.
- Es braucht darum viel mehr Zeit für den Prozess, und die Teams müssen stark einbezogen werden. Das funktioniert nur über eine Vertrauensperson in Zusammenarbeit mit der GVP-Beraterin oder dem GVP-Berater.

- Die ärztliche Versorgung ist andere als in Pflegeheimen. Die Menschen haben meist jeweils eine eigene Hausärztin oder einen eigenen Hausarzt, die oder der dafür oft keine Kapazitäten hat.

Wichtig sind medizinische Netzwerke, so der Kontakt mit dem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEb) – dort ist die palliative Versorgung eine Schwerpunktsetzung, das MZEb stellt auch, wenn nötig, Kontakt zu SAPV, zu Pflegeteams etc. her

Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass in Wohnformen der EH eine GVP insgesamt wichtig ist. Wenn man sich die Zeit dafür nimmt und in den Prozess geht, kann die GVP in der EH sehr lohnenswert sein; viele Klient:innen sind dankbar dafür.

Insgesamt sollte das Bestreben sein, die Menschen in den Wohnformen alt werden zu lassen und nicht zum Lebensende in ein Pflegeheim oder unnötig in ein Krankenhaus zu verlegen.

### **GVP in Pflegeheimen**

Über ihre Erfahrungen berichten die GVP-Beraterinnen **Jana Meier** und **Astrid Frenz**, moderiert von **Thomas Palavinskas**.

So wurde unisono festgestellt, dass das, was Menschen in ihrer letzten Lebensphase als palliative Versorgung zuteilwird, Standard in der gesundheitlichen Versorgung Hochbetagter sein sollte.

- Die GVP in den Pflegeeinrichtungen ist ein besonderes Qualitätsmerkmal und sollte entsprechend kommuniziert werden. Wer ein Pflegeheim sucht, in dem er oder sein nahestehender Mensch bis zuletzt gut aufgehoben ist, sollte das Angebot von GVP als ein Indiz dafür erkennen können.
- Insgesamt hat sich die Haltung zur GVP verändert, denn es ist eine Tatsache, dass dort, wo GVP angeboten wird, eine höhere Zufriedenheit und ein größeres Vertrauensverhältnis besteht. Die GVP ist Teamarbeit und fördert in den Pflegewohnheimen die Teambildung.
- Durch GVP bleiben Mitarbeitende, Angehörige und Bewohner:innen im Gespräch
- Bewohner:innen fühlen sich ernst genommen und verstanden
- Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Angehörigen hat sich verbessert
- Es wird ein höherer Wert auf seelsorgerische Aspekte in der Versorgung gelegt
- Pharmazeut:innen sollten mehr in den GVP-Prozess einbezogen werden.

### **Vortrag**

Anke Volmering-Dierkes: *„Was brauchen wir für eine gelungene Umsetzung von GVP in der Einrichtung? Erfahrungen aus Befragungen von GVP/ACP/BVP-Beraterinnen im Rahmen einer Studie“*

- Es ist wichtig, auch mal kritisch die Ansätze zur Vorsorge kritisch zu reflektieren.
- Die GVP braucht gute Rahmenbedingungen und eine gute Einbindung ins Management.
- Es ist nicht damit getan, dass eine Person mal Leute berät; viele „beraten einfach los, ohne einen Unterbau zu haben“ – „eine Organisation muss mehr tun, als eine Beraterin zu schicken“.
- Es gibt auch die Tendenz zu manipulativen Gesprächen. Das gibt den Menschen keine Sicherheit, sondern verunsichert sie.
- Die zu erwartende Entscheidung im Bundestag zum assistierten Suizid wird der Diskussion noch mal neuen Schub geben. Den sollte man nutzen, um bessere Rahmenbedingungen in den Einrichtungen zu fordern

### **Resümee**

In einem abschließenden Resümee zu den Erfahrungen mit der GVP konnten Folgendes herausgearbeitet werden:

- GVP ist ein lohnenswertes Angebot für Pflegeeinrichtungen und Wohnformern der EH, weil sie:
  - zur Handlungssicherheit bei kritischen Situationen und generell bei der Versorgung beiträgt;
  - die Kommunikation und Beachtung der Wünsche der Bewohner:innen gezielt in den Mittelpunkt rückt und dies sich positiv auch schon vor Eintritt in die letzte Lebensphase auf die Versorgung auswirkt;
  - zu einem größeren Vertrauensverhältnis der Bewohner:innen zu den Mitarbeitenden führt;
  - die Zufriedenheit von Bewohner:innen, Mitarbeitenden, Nahestehenden und Fachpartner:innen fördert;
  - sich positiv auf die Teamarbeit und das Betriebsklima auswirkt.
- Die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zur GVP muss dahingehend erweitert werden, dass die GVP als Qualitätsmerkmal in Pflegeeinrichtungen gewertet und kommuniziert wird:
  - Pflegewohnheimen und EH-Wohnformen mit GVP ist zu empfehlen, sich als Einrichtungen zu präsentieren, in denen man gut leben, aber auch gut sterben kann.
  - Die Beratungsstrukturen sollten über das Angebot der GVP Bescheid wissen und im Rahmen der Beratungen bedarfsbezogen diese erläutern und auf Anbieter verweisen können.
  - Die Krankenkassen sollten GVP im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit bekannter machen.
- Die GVP sollte auch in den Prozess der Interkulturellen Öffnung einbezogen werden.
- Pharmazeut:innen sind mehr in die GVP einzubeziehen.
- Die GVP sollte nicht mit Tod der Bewohner:innen enden, sondern auch die Trauerbegleitung von Angehörigen und Nahestehenden beinhalten.