

**Öffentliche Bekanntmachung
des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Ressortforschung
zum Thema**

„Versorgung sterbender Menschen in der stationären Langzeitpflege“

veröffentlicht am 08.04.2015 auf www.bund.de

1. Ziel der Förderung

Mit dem demographischen Wandel steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen von heute 2,6 Millionen auf über 4 Millionen in den nächsten Jahrzehnten. Diese Entwicklung führt bereits jetzt zu Veränderungen in der Versorgungsrealität der stationären Pflege. Bei der Aufnahme sind die BewohnerInnen meist älter, kränker und pflegebedürftiger als in früheren Jahren. Auch ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist kürzer. Diese Veränderungen führen dazu, dass Pflegeheime immer stärker Orte höchster Pflege- und Versorgungsintensität werden. Die Fachkräfte müssen sich nicht nur damit auseinandersetzen, wie sie die letzte Lebensphase der BewohnerInnen aktiv gestalten, sondern auch damit wie sie ihnen ein schmerzfreies und würdevolles Sterben ermöglichen können. Beides muss in der stationären Pflege konzeptionell verankert sein.

Für die meisten BewohnerInnen ist das Pflegeheim das „letzte Zuhause“, wo sie in Würde und begleitet sterben wollen. Untersuchungen zeigen jedoch, dass viele Pflegebedürftige nicht in dieser ihnen vertrauten Umgebung versterben, sondern in der Sterbephase in ein Krankenhaus überwiesen werden. Folglich scheint es Pflegeheimen nicht im erforderlichen Maß zu gelingen, sich auf die Wünsche und Versorgungsbedarfe ihrer BewohnerInnen am Lebensende einzustellen oder einstellen zu können.

Schwerkranke und sterbende Menschen müssen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung erhalten. Sie sollen in ihrer letzten Lebensphase nach ihren Wünschen begleitet werden. In Deutschland wie auch in anderen Ländern gibt es stationäre Pflegeeinrichtungen, die beidem Rechnung tragen. Sie haben eine vorbildliche Hospizkultur entwickelt und können bei Bedarf Palliativ-Care-Kompetenzen einbinden. In aktuellen Studien kann gezeigt werden, dass sich in der stationären Langzeitpflege einige Best Practice Beispiele etabliert haben. Diese Beispiele beschränken sich allerdings auf regionale Gebiete.

Ziel der vorliegenden Fördermaßnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, (A) welche Gründe vorliegen, dass BewohnerInnen von Pflegeheimen in der Sterbephase in ein Krankenhaus überwiesen werden und (B) wie identifizierte Best Practice Beispiele flächendeckend eingeführt werden können.

2. Gegenstand der Förderung

Gegenstand der Förderung ist die Durchführung einer wissenschaftlichen Studie mit folgenden Arbeitspaketen: Auswertung der vorhandenen (internationalen) Literatur und weiterer Daten, Befragung wesentlicher Akteure im Gesundheits- und Pflegewesen hinsichtlich der Versorgungssituation sterbender Menschen in der stationären Langzeitpflege, (ggf.) Befragung von BewohnerInnen von Pflegeheimen und ihrer Angehörigen hinsichtlich der Voraussetzungen, die für ein würdevolles Sterben in Pflegeeinrichtungen gegeben sein müssen. Aufbauend auf den Ergebnissen sollen Handlungsempfehlungen zur Entwicklung einer Hospizkultur, zur Sterbebegleitung und zur medizinisch-pflegerischen Palliativversorgung in Pflegeheimen erarbeitet werden. Von Interesse sind insbesondere folgende Fragestellungen:

A. Überweisungsrealität sterbender PflegeheimbewohnerInnen in ein Krankenhaus

Das Pflegeheim stellt für viele BewohnerInnen das letzte Zuhause dar, in welchem sie in Würde sterben möchten. Demgegenüber steht die Beobachtung, dass viele ältere Menschen in der Sterbephase aus den Pflegeeinrichtungen in ein Krankenhaus überwiesen werden.

- Aus welchen Gründen und zu welchem Zeitpunkt werden sterbende PflegeheimbewohnerInnen in ein Krankenhaus überwiesen?
- Gibt es gesundheitsökonomische Anreize für die Überweisung sterbender BewohnerInnen aus der stationären Langzeitpflege in Krankenhäuser? Wenn ja, wie äußern sich diese? Beeinflussen auch haftungsrechtliche Fragen die Entscheidung, sterbende BewohnerInnen ins Krankenhaus zu überweisen?
- Wer ist der Initiator für die Überweisung sterbender PflegeheimbewohnerInnen in ein Krankenhaus?
- Welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, um nicht fachgerechte Überweisungen in der Sterbephase zu vermeiden?

B. Best Practice Beispiele zur Hospizkultur und der Palliativversorgung in Pflegeheimen

In Deutschland und anderen Ländern haben sich einige Pflegeeinrichtungen der veränderten Versorgungsrealität in der Pflege angepasst. Dies wird u. a. darin erkennbar, dass sie eine vorbildliche Hospizkultur entwickelt haben und bei Bedarf Palliativ-Care-Kompetenzen einbinden können. Das geplante Projekt soll folgende Fragestellungen beantworten:

- Welche Best Practice Beispiele zur Hospizkultur, Sterbebegleitung und medizinisch-pflegerischen Palliativversorgung in der stationären Langzeitpflege existieren national und international?
- Was zeichnet diese Beispiele aus und welche unterschiedlichen Formen der Realisierung sind erkennbar?
- Gibt es besondere Rahmenbedingungen, die für die Etablierung der Best Practice Beispiele Voraussetzung waren?
- Welche fördernden und hemmenden Faktoren ließen sich bei ihrer Implementierung jeweils identifizieren?

Darauf aufbauend lassen sich folgende Fragen ableiten:

(1) Organisatorische Anpassungen, Formen der Zusammenarbeit

- Welche organisatorischen Veränderungen sind ggf. erforderlich, um eine erfolgreiche Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu implementieren?
- Welche „kulturellen“ Veränderungen sind erforderlich, um ein schmerzfreies und würdevolles Sterben im Pflegeheim zu ermöglichen?
- Welche Formen der Zusammenarbeit (regionale Netzwerke) sind dafür notwendig?
- Erfolgt eine Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Angeboten ambulanter Palliativversorgung (z. B. SAPV) und ambulanten Hospizdiensten? Wenn ja, wie gestaltet sie sich?
- Wie werden Haus- und Fachärzte in die Versorgung sterbender BewohnerInnen eingebunden?
- Wie werden Angehörige in die Begleitung des Sterbenden einbezogen? Welche Entscheidungen werden von Angehörigen und Pflegefachkräften gemeinsam getroffen?
- Welche Faktoren fördern, welche hemmen die Kooperation/die Netzwerkbildung zwischen den stationären und ambulanten Angeboten?

(2) Qualifizierungen des ärztlichen und pflegerischen Personals, Fort- und Weiterbildungen

- Welche Kompetenzen sind in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft/Ernährung) erforderlich, um als BewohnerIn eines Pflegeheimes schmerzfrei und würdevoll sterben zu können?
- In welcher Form finden für die verschiedenen Tätigkeitsbereiche Qualifizierungen statt und wie sind diese zu bewerten?
- Über welche zusätzlichen Kompetenzen müssen (Haus- und Fach-) Ärzte und Ärztinnen verfügen, um PflegeheimbewohnerInnen fachgerecht betreuen zu können? Welche konsiliarische Unterstützung ist ggf. erforderlich?

(3) Maßnahmen durch den Gesetzgeber

- Welche Maßnahmen seitens des Gesetzgebers könnten die Implementierung einer Hospizkultur und einer fachgerechten medizinisch-pflegerischen Palliativversorgung in der stationären Langzeitpflege erleichtern?

Aus den gewonnen Erkenntnissen sollen Handlungsempfehlungen erstellt werden. Diese sollen Pflegeeinrichtungen Hilfestellungen dahingehend geben, wie dem Wunsch von BewohnerInnen, in der Einrichtung zu sterben, entsprochen werden kann und welche Maßnahmen in welcher Form umgesetzt werden sollten, um die Versorgung sterbender Menschen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Die Handlungsempfehlungen werden ggf. in einer separaten Fördermaßnahme anhand von Modellprojekten erprobt.

3. Zuwendungsempfänger

Antragsberechtigt sind staatliche und nichtstaatliche Hochschulen, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, Träger und Einrichtungen des Gesundheitswesens mit einschlägigen Erfahrungen im Bereich der palliativen Versorgung sowie gemeinnützige Körperschaften (z. B. eingetragene Vereine, Stiftungen und gemeinnützige GmbHs). Forschungseinrichtungen, die gemeinsam von Bund und Ländern grundfinanziert werden, kann nur unter bestimmten Voraussetzungen eine Projektförderung für ihren zusätzlichen Aufwand bewilligt werden.

4. Fördervoraussetzungen

Ein Eigeninteresse wird vorausgesetzt. Dieses ist durch die Einbringung eines Eigenanteils in Höhe von mindestens 10% der in Zusammenhang mit dem Projekt stehenden Ausgaben deutlich zu machen. Bei Zuwendungen an Unternehmen sind ggf. die Beihilferichtlinien der EU zu beachten.

Die vorliegenden Anträge werden von einem unabhängigen Gutachterinnen- und Gutachterkreis nach den im Folgenden genannten Förderkriterien bewertet:

Methodische Qualität und Machbarkeit

Der Antrag muss von hoher methodischer Qualität sein. Es ist zu belegen, dass die gewählten Endpunkte im Vorhaben geeignet sind, um in der Gesamtförderdauer (siehe 5. Umfang der Förderung) belastbare Aussagen zu den gewählten Zielgrößen zu erreichen. Dementsprechend muss der Arbeits- und Zeitplan realistisch und in der Laufzeit des Vorhabens durchführbar sein.

Forschungsinfrastruktur

Um das angesprochene Themenfeld zielführend zu bearbeiten, muss der Zugang zu entsprechenden Versorgungseinrichtungen (Pflegeeinrichtungen, Anbieter ambulanter Palliativdienste) bzw. der Zugriff und Nutzungsmöglichkeiten notwendiger Sekundärdaten geklärt sein. Eine Zusage der Kooperationspartner über die beabsichtigte Zusammenarbeit ist vorzulegen.

Expertise und Vorerfahrungen

Die Antragstellerinnen und Antragsteller müssen durch einschlägige Erfahrungen und Vorarbeiten zur Thematik ausgewiesen sein.

Nachhaltigkeit

Der Antrag muss darstellen, wie die Ergebnisse der Studie und die Handlungsempfehlungen der Fachöffentlichkeit, Pflegeeinrichtungen und weiteren Interessierten zugänglich gemacht werden sollen. Maßnahmen zur breiteren Bekanntmachung und Umsetzung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen sind gewünscht.

Genderaspekte

Im Rahmen der Vorhabensplanung, -durchführung und -auswertung sind Genderaspekte durchgängig zu berücksichtigen.

5. Umfang der Förderung

Für die Förderung des Projekts kann über einen Zeitraum von maximal 24 Monaten eine nicht rückzahlbare Zuwendung in Höhe von max. 300.000 € im Wege der Projektförderung gewährt werden. Als Projektbeginn wird der 01.09.2015 angestrebt.

Zuwendungsfähig sind der vorhabenbedingte Mehraufwand wie Personal-, Sach- und Reisemittel sowie (ausnahmsweise) projektbezogene Investitionen, die nicht der Grundausstattung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers zuzurechnen sind. Die Förderung kann sich auf Forschung sowie für den mit der Forschung verbundenen Mehraufwand in den Pflegeeinrichtungen beziehen. Aufgabenpakete können auch per Auftrag an Dritte vergeben werden. Nicht zuwendungsfähig sind Ausgaben für grundfinanziertes Stammpersonal.

Die Vergabe von Fördermitteln erfolgt nach Maßgabe der Verwaltungsvorschriften zu §§ 23 und 44 der Bundeshaushaltsordnung (BHO). Bestandteile der Zuwendungsbescheide werden für Zuwendungen auf Ausgabenbasis die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (AN-Best-P). Ein Rechtsanspruch der Antragstellerin bzw. des Antragstellers auf Gewährung einer Zuwendung besteht nicht. Vielmehr entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund seines pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

6. Hinweis zu Nutzungsrechten

Es liegt im Interesse des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Ergebnisse des Vorhabens für alle Interessenten im Gesundheitssystem nutzbar zu machen. Für die im Rahmen der Förderung erzielten Ergebnisse und Entwicklungen liegen die Urheber- und Nutzungsrechte zwar grundsätzlich beim Zuwendungsempfänger, in Ergänzung haben jedoch das BMG und seine nachgeordneten Behörden ein nicht ausschließliches, nicht übertragbares, unentgeltliches Nutzungsrecht auf alle Nutzungsarten an den Ergebnissen und Entwicklungen des Vorhabens. Das Nutzungsrecht ist räumlich, zeitlich und inhaltlich unbeschränkt. Diese Grundsätze gelten auch bei Verkauf des Nutzungsrechts an Dritte. In Verträge mit Kooperationspartnern bzw. entsprechenden Geschäftspartnern ist daher folgende Passage aufzunehmen: "Dem BMG und seinen nachgeordneten Behörden wird ein nicht ausschließliches, nicht übertragbares, unentgeltliches Nutzungsrecht an den Ergebnissen und Entwicklungen des Vorhabens eingeräumt. Das Nutzungsrecht ist räumlich, zeitlich und inhaltlich unbeschränkt."

7. Verfahren

Das Förderverfahren ist einstufig. Die Vorhabenbeschreibungen sind in deutscher Sprache in 6 Exemplaren, davon einmal in kopierbarer Form sowie in elektronischer Form (PDF-Datei auf CD-Rom) bei dem vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Projektträger auf dem Postweg einzureichen. Die Projektbeschreibung sollte nicht mehr als 15 Seiten (Din-A4-Format, Schrift „Arial“ oder „Times New Roman“ Größe 11, 1,5-zeilig) zzgl. Anhang umfassen und ist gemäß dem "Leitfaden zur Antragstellung" zu strukturieren. Der Leitfaden ist unter folgendem Link abrufbar:

<http://www.dlr.de/pt/desktopdefault.aspx/tabid-3213/>.

Der Antrag muss alle Informationen beinhalten, die für eine sachgerechte Beurteilung erforderlich sind, und er muss aus sich selbst heraus, ohne Lektüre der zitierten Literatur, verständlich sein. Genderaspekte sind grundsätzlich in allen Vorhaben des BMG zu berücksichtigen.

Die vorgelegten Anträge werden unter Hinzuziehung eines unabhängigen Kreises von Gutachterinnen und Gutachtern unter Berücksichtigung der unter 4. Fördervoraussetzungen genannten Kriterien bewertet. Auf der Grundlage der Bewertung wird dann das für die Förderung geeignete Vorhaben ausgewählt. Das Auswahlresultat wird den Interessentinnen und Interessenten schriftlich mitgeteilt. Die Antragstellenden haben keinen Rechtsanspruch auf Rückgabe einer eingereichten Vorhabenbeschreibung.

Bei positiv bewerteter Vorhabenbeschreibung wird der Antragsteller bzw. die Antragstellerin unter Angabe eines Termins aufgefordert, einen Formantrag auf Förderung durch das BMG vorzulegen, über den nach abschließender Prüfung entschieden wird.

Die Vorhabenbeschreibungen sollen auf dem Postweg bis zum

02.06.2015

bei dem vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Projektträger vorliegen:

Projektträger im DLR
- Gesundheitsforschung -
z. Hd. Frau Elke Ritzmann
Heinrich-Konen-Str. 1
53227 Bonn
Tel: 0228-3821-1164
Fax: 0228-3821-1257
projekttraeger-bmg@dlr.de

Es wird empfohlen, für die Antragsberatung mit dem zuständigen Projektträger Kontakt aufzunehmen.

Diese Bekanntmachung tritt am Tag der Veröffentlichung unter www.bund.de in Kraft.

Bonn, den 08.04.2015

Bundesministerium für Gesundheit

Im Auftrag

RegDir Magnus Kuhn