

Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) BT Drs. 18/5170 sowie zum Antrag von Bündnis 90/Die GRÜNEN BT Drs. 18/4563 und zum Antrag der LINKEN BT Drs. 18/5202

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 652 11-0
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
erika.stempfle@diakonie.de

Deutscher Caritasverband e. V.
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Deutschland
Telefon: +49 761 200-0
www.caritas.de
info@caritas.de

Kontakt:
elisabeth.fix@caritas.de

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Aus christlicher Sicht sehen wir die Erweiterung des palliativen und hospizlichen Angebotes als wichtigen Bestandteil zur Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens. Die Wahrung der gottgegebenen Würde jedes Menschen, auch im Sterben, ist Ziel und Aufgabe christlichen Handelns.

Hospizlich engagierte Menschen begegnen schwerstkranken und sterbenden Menschen, deren Angehörigen und Zugehörigen mit einer besonderen Haltung, die einfühlsam, menschlich und zuwendend sowie von vorbehaltlosem Respekt geprägt ist. Schwerstkranken und sterbende Menschen leiden oft nicht nur körperlich. Sie leiden auch an psychischen, sozialen, seelischen, und finanziellen Folgen ihrer Krankheit. Ziel der Hospizarbeit und der Palliativversorgung ist deshalb, neben den körperlichen Beschwerden einer unheilbaren Krankheit auch psychische Probleme (Angst, Trauer) und soziale Probleme (Einsamkeit, Kommunikation, Einkommensverlust) zu lindern und die letzte Lebenszeit lebenswert zu machen. Für die Begleitung der schwerstkranken und sterbenden Menschen müssen alle Helfer, z.B. Ärzte, Pflegende, Ehrenamtliche, Seelsorger oder Sozialarbeiter, und alle Einrichtungen und Dienste, z.B. Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen, Palliativstationen, ambulante Hospizdienste und Pflegedienste zusammenarbeiten. Hierfür brauchen die Helfer aber auch spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in ihrem jeweiligen Aufgabenfeld. Dies setzt eine Aus-, Fort-, und Weiterbildung entsprechend den jeweiligen Qualifizierungsstandards sowie Supervision und Freiräume für eine persönliche Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauern voraus.

Der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland begrüßen die mit dem Entwurf eines Hospiz- und Palliativgesetzes vorgelegten Ansätze zu einer Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Diese verfolgen das Ziel, ein flächendeckendes Angebot der

Palliativ- und Hospizversorgung zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.

Einen Schwerpunkt des Gesetzentwurfs bildet die gezielte Weiterentwicklung der Spezialversorgung. Hierzu zählen die Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize, die Stärkung der ambulanten Hospizdienste, die Einführung eines Schiedsverfahrens bei den Verträgen zur Versorgung mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Anerkennung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierung. Zum anderen wird das Ziel verfolgt, die allgemeine Palliativversorgung in der Regelversorgung aufzubauen, zu stärken und weiterzuentwickeln. Für den vertragsärztlichen Bereich werden zusätzliche Vergütungen zur Steigerung der Qualität und für die Koordination und Kooperation mit anderen Leistungserbringern vorgesehen. Im allgemeinen ambulanten palliativ-pflegerischen Bereich soll die Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege entsprechend weiterentwickelt werden. All diese Ansätze werden im Grundsatz nachdrücklich geteilt, wenngleich wir auch im Einzelnen zum Teil deutlichen Korrekturbedarf an den Regelungen sehen.

Ein weiteres Ziel des Gesetzentwurfs ist die Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Dieses Ziel erfordert eine bessere Personal- und Ressourcenausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen. Für die gesundheitliche Versorgungsplanung sind jedoch nur Mittel im Umfang eines vom BMG so bezeichneten unteren mittleren zweistelligen Millionenbereiches vorgesehen (S. 4). Nach unseren Berechnungen müssen für eine bessere Personal- und Ressourcenausstattung einer umfassenden Hospiz- und Palliativversorgung jedoch Mehrausgaben im Umfang zwischen 250 und 500 Mio. Euro angesetzt werden. Hier bedarf es deutlicher Nachbesserungen.

Grundsätzlich anmerken möchten wir zudem, dass im Gesetzentwurf systematisch zu ergänzen ist, dass den besonderen Belangen von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, suchtkranken und wohnungslosen Menschen, aber auch Menschen mit Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund besonders Rechnung zu tragen ist.

Als kirchliche Wohlfahrtsverbände weisen wir darauf hin, dass in der Beschreibung von Problem und Ziel (Abschnitt A) des Gesetzentwurfs sowie in der Begründung zum allgemeinen Teil an geeigneten Stellen zum Ausdruck gebracht werden sollte, dass schwerkranke und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase nicht nur die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung und Pflege benötigen, sondern auch psychosoziale sowie seelsorgerliche Betreuung/spirituell Care benötigen.

Im Folgenden wird der Gesetzentwurf in den wichtigsten Punkten zusammenfassend bewertet. Die ausführliche Bewertung der einzelnen Regelungen wird in Teil B der Stellungnahme vorgenommen.

1. Caritas und Diakonie begrüßen, dass die Finanzierung der stationären Hospize durch die gleichzeitige Anhebung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV von sieben auf neun Prozent und die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten von 90 auf 95 Prozent wieder auf eine auskömmliche Basis gestellt wird.
2. Die ambulante Hospizarbeit soll u.a. durch die Einführung einer zeitnahen Förderung weiter gestärkt werden. Wir schlagen zur Operationalisierung eine pauschale Förderung im ersten Jahr vor, mit einer genauen Abrechnung nach den Förderkriterien im Folgejahr oder im zweiten Jahr vor. Diese Maßnahme würde auch neu gegründeten ambulanten Hospizdiensten helfen, ihre Finanzierungsprobleme zu überbrücken. Des Weiteren sind neben den Personalkosten auch die Verwaltungs- und Sachkosten zu fördern. Zu diesem Zweck sollen die Personal- und Sachkosten in Form einer Pauschale in Höhe von 25 Prozent der Personalkosten in die Förderung einbezogen werden. Der zivilgesellschaftliche Charakter der Hospizbewegung muss gestärkt werden. Ambulante Hospizdienste dürfen nicht zunehmend in die Rolle von klassischen Leistungserbringern gebracht werden. Es sind Anreize zu schaffen, damit ein qualitätsgetragenes bürgerschaftliches Engagement ohne große bürokratische Hürden weiter ausgebaut werden kann.
3. Als unzureichend erachten Caritas und Diakonie die Refinanzierung der Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung in den stationären Pflegeeinrichtungen. Ziel muss es sein, mehr Personal und Ressourcen für eine gute Palliativversorgung und hospizliche Sterbebegleitung im Pflegeheim zur Verfügung zu stellen. Zugleich dürfen die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht weiter durch steigende Eigenanteile in Folge einer Verteuerung der Pflegesätze durch höhere Personalkosten belastet werden. Der Gesetzentwurf muss eine Gleichbehandlung der ambulant und stationär zu versorgenden Patienten herbeiführen. Nach Auffassung von Caritas und Diakonie kann dies auf zwei Wegen erfolgen: entweder durch Einführung eines allein von den Pflegekassen zu tragenden Vergütungszuschlags für die Palliativversorgung und Sterbebegleitung in Form eines neuen § 87c SGB XI oder durch den jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen Ansatz eines § 132g SGB V „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“. Caritas und Diakonie unterstützen den Lösungsansatz über § 132g SGB V grundsätzlich. Dieser muss jedoch systematisch um das Element des fallbezogenen Koordinationsmanagements ergänzt werden. Dazu zählen die Vernetzung und Koordinierung aller relevanten Akteure, die Beratung der pflegenden Angehörigen sowie ggf. ethische Fallbesprechungen und Konsile. Für die Vorausplanung gesundheitlicher Versorgung für die letzte Lebensphase muss zudem auch eine ausreichende finanzielle Ausstattung zur Verfügung gestellt werden. Wir kalkulieren für die Aufgaben des advance care planning und des fallbezogenen Koordinationsmanagements ca. 1,5 bis 2 Vollzeitstellen pro 100 Bewohner. Wenn zum Einstieg nur die Hälfte der vollstationären Einrichtungen diese Leistung anbieten würde, müsste ein Betrag von ca. 250 Mio. Euro statt der vom BMG so bezeichneten Summe im unteren mittleren zweistelligen Millionenbereich zur Verfügung gestellt werden.

4. Caritas und Diakonie sehen in der Weiterentwicklung der Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege den richtigen Ansatz, um die allgemeine ambulante Palliativpflege zu etablieren und in die Fläche zu bringen. Seit langem haben sich Caritas und Diakonie dafür eingesetzt, dass unterhalb des „Daches“ der *spezialisierten* ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auch solide Fundamente des Hauses der *allgemeinen* ambulanten Palliativversorgung (AAPV) errichtet werden. Konkret muss die Richtlinie um Symptomkontrolle, Krisenintervention, fallbezogene pflegerische Koordination, Maßnahmen zur einer effizienteren Medikamentengabe und spezifische Beratungselemente mit dem Schwerpunkt einer psycho-sozialen und palliativen Begleitung bei Symptomen wie Angst, Panik und Wahrnehmungsstörungen entsprechend den individuellen Bedarfen erweitert werden. Nicht zuletzt wiederholen wir an dieser Stelle unsere auch schon bei früheren Gesetzesvorhaben vorgetragene Position, dass die Häusliche Krankenpflege durch Anerkennung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen bzw. entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen auf eine solide finanzielle Grundlage gestellt werden muss, um den an die pflegerische Versorgung gestellten Auftrag erfüllen zu können.
5. Caritas und Diakonie sehen neben einer Verbesserung bei der Häuslichen Krankenpflege auch im ambulant-pflegerischen Bereich weiteren Nachbesserungsbedarf. Menschen in der häuslichen Betreuung haben am Lebensende oft einen intensiven zu koordinierenden Bedarf an Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung, bestmöglicher Schmerzlinderung und Rufbereitschaft des ambulanten Pflegedienstes. Wenn die Ersatzpflege im Kalenderjahr in der Sterbephase schon ausgeschöpft ist, soll der Höchstbetrag der Ersatzpflege zur Sicherstellung dieses Sonderbedarfs nochmals maximal um den für ein Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Höchstbetrag für die Ersatzpflege aufgestockt werden können.
6. Die Leistungen und Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sind der Bevölkerung noch zu wenig bekannt. Daher ist eine Information sowie eine Hospiz- und Palliativberatung der Krankenkassen durchaus sinnvoll. Damit dem Versicherten die notwendigen Informationen zur Verfügung stehen, schlagen wir vor, dass Arztpraxen, Pflegedienste, SAPV-Teams oder andere geeignete Einrichtungen Broschüren über die in der Region vorhandenen Angebote auslegen bzw. zur Verfügung stellen und diese auch im Internet bereitgestellt werden. Aus Sicht von Caritas und Diakonie sollen die Bundesregierung und die an der Versorgung beteiligten Akteure ihre Öffentlichkeitsarbeit verstärken, um der Bevölkerung gezielt bestehende Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten in der Hospiz- und Palliativversorgung bekannt zu machen. In jeder Stadt bzw. jedem Landkreis sollte es zudem eine Anlaufstelle für Hospiz-, Palliativ- und Trauerarbeit geben.
7. Die Einführung eines Schiedsverfahrens für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung begrüßen Caritas und Diakonie nachdrücklich. Die Regelung darf sich jedoch nicht nur auf den Abschluss von Verträgen beziehen, sondern muss auch die Einzelheiten späterer Vergütungsverhandlungen umfassen. Um die immer noch bestehenden „weißen Flecken“ in der Vertragslandschaft der SAPV zu schließen, setzen sich Caritas und Diakonie seit Jahren

für die Einführung eines Kontrahierungszwangs für den Vertragsabschluss durch die Krankenkassen ein. Dies muss im vorliegenden Gesetzesentwurf nachjustiert werden.

8. Caritas und Diakonie sehen auch in der palliativmedizinischen Versorgung Verbesserungsbedarfe. Wir begrüßen nachdrücklich, dass für eine bessere ärztliche Versorgung Vergütungen im EBM vorgesehen werden. Es ist sachgerecht, die Anpassung der Gebührenordnungspositionen mit Anforderungen an die Qualifizierung der Ärzte und ihre Koordination der palliativ-pflegerischen Versorgung zu verknüpfen. Ärzte sollen dabei insbesondere für die Netzwerkarbeit qualifiziert und zur Mitwirkung in den örtlichen hospizlich-palliativen Netzwerken verpflichtet werden.
9. Wir gehen davon aus, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Vergütungszuschlägen bzw. einer neuen Gebührenordnungsposition bei den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V zu vermehrten Vertragsabschlüssen zwischen Vertragsärzten und vollstationären Pflegeeinrichtungen führen werden. Der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche und fachärztliche Versorgung muss dabei jedoch eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zugeordnet werden. Die Neufassung des § 119b SGB V, die den vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss auferlegt, konterkariert dieses Ziel und ist dringend durch eine „Kann-Regelung“ zu korrigieren.
10. Die in §§ 114 und 115 SGB XI geforderten Mitteilungs- und Veröffentlichungspflichten der vollstationären Einrichtungen über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz werden nicht zu einer Verbesserung der Versorgung selbst führen. Die Notwendigkeit der fallbezogenen Koordination und Vernetzung wird auch von Caritas und Diakonie gesehen, damit schwerkranke und sterbende Menschen entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Bedürfnisse versorgt und betreut werden können. Dieses Ziel kann jedoch nicht allein mit der Erweiterung bestehender Mitteilungspflichten und deren Veröffentlichung erreicht werden. So kann ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote neben der ärztlichen Versorgung entsprechend dem individuellen Bedarf nur gewährleistet werden, wenn diese Angebote (z. B. SAPV, ambulante Hospizdienste, Seelsorge/spirituelle Angebote, Physiotherapie, Psychotherapie) in der Region vorhanden und für die einzelne Bewohnerin/den einzelnen Bewohner im Bedarfsfall auch zugänglich sind. Nur wenn beides gegeben ist, können die fallbezogenen Kooperationsbemühungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgreich sein.
11. Caritas und Diakonie sowie ihre Krankenhausverbände begrüßen, dass die Krankenhäuser nun die Entscheidungshoheit erhalten, Palliativstationen als „Besondere Einrichtungen“ auszuweisen und ihre Finanzierung durch entsprechende krankenhausespezifische Entgelte sicherzustellen. Dafür hatten sich der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD) und Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV) nachdrücklich eingesetzt. Die Förderung von Palliativstationen allein reicht nicht aus, um allen Patienten und Angehörigen eine angemessene Sterbebegleitung im Krankenhaus zu ermöglichen und

eine flächendeckende, zwischen Krankenhaus und ambulantem Versorgungsbereich gut verzahnte palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung vor allem im ländlichen Bereich zu gewährleisten. Es bedarf stationsübergreifender Palliativdienste im Krankenhaus, die als multiprofessionelle Teams die palliative Mitbehandlung und Begleitung der betroffenen Patienten übernehmen.

B. Zu den Änderungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 27: Krankenbehandlung

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf stellt klar, dass zur Krankenbehandlung auch die palliative Versorgung gehört.

Bewertung

Die palliative Versorgung ist bereits heute Leistungsbestandteil des SGB V. Insofern stellt die Konkretisierung in § 27 SGB V an sich nur eine Klarstellung dar. Die explizite Aufnahme der palliativen Versorgung in das Aufgabenspektrum bei der ärztlichen Behandlung, bei der Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, bei der häuslichen Krankenpflege, der Haushaltshilfe und bei der Krankenhausbehandlung kann einen Impuls auslösen, dass Leistungserbringer vermehrt und in vertiefter Weise palliativ-medizinisches Wissen und palliativ-pflegerische Kompetenzen erwerben und in die breite Fläche tragen.

§ 37: Häusliche Krankenpflege

Gesetzentwurf

Durch die Ergänzung in § 37 Absatz 2a wird klargestellt, dass die Regelversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch einen Leistungsanspruch auf die ambulante Palliativversorgung umfasst. Des Weiteren wird geregelt, dass die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung nach § 37 Absatz 2a auch länger als vier Wochen verordnet werden können, da sie in der Regel einen begründeten Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 darstellen.

Bewertung

Die häusliche Krankenpflege ist in der ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung oder sonst an einem geeigneten Ort verbringen, von erheblicher Bedeutung, Um auch die grundpflegerischen Bedarfe des Versicherten abzudecken, muss des Weiteren der pflegerische Teil der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung als HKP- Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V aus unserer Sicht auch in den Fällen verordnet werden können, in denen Krankenhausbehandlung durch Häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann. Leistungen der AAPV sollen zudem über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen verordnet werden können, da sie dem Grundsatz nach einen „begründeten Ausnahmefall“ darstellen. Es muss ein entsprechender Rechtsanspruch des

Versicherten statuiert werden. Dies sieht der Kabinettsentwurf in § 37 Absatz 2a SGB V neu nun vor, was von Caritas und Diakonie ausdrücklich begrüßt wird.

Im Zuge der Novellierung des § 37 SGB V schlagen Caritas und Diakonie vor, im Gesetzestext klarzustellen, dass stationäre Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe als geeignete Orte in die Aufzählung nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V mit aufgenommen werden, damit die vorgeschlagene Neuregelung gemäß § 37 Abs. 2a SGB V für versicherte Personen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur Anwendung kommen kann. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit gesetzlicher Regelungsbedarf zum Leistungserbringungsrecht nach § 132a SGB V erforderlich sein könnte.

Lösungsvorschlag

In § 37 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 sind um stationäre Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zu ergänzen.

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie, in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

§ 39a Absatz 1: Stationäre Hospizleistungen

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf nimmt Veränderungen an der Finanzierungsgrundlage der stationären Hospize vor. So wird der kalendertägliche Mindestzuschuss von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV erhöht. Des Weiteren wird geregelt, dass die Krankenkassen bei Hospizen für Erwachsene, ebenso wie bei den Kinderhospizen, 95 Prozent statt bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten tragen. Leistungen der Pflegeversicherung werden dabei wie bisher schon angerechnet.

Der Gesetzentwurf trifft auch zu den Rahmenvereinbarungen stationärer Hospizarbeit einige Neuregelungen: So können die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V, erstens, künftig eine gesonderte Rahmenvereinbarung zu den besonderen Bedarfen der Versorgung von Kindern schließen. Zweitens werden die Partner der Rahmenvereinbarung nach dem neuen Satz 5 des § 39a Absatz 1 SGB V verpflichtet, Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen, die bundesweit gelten sollen. In diesem Zusammenhang ist zu überprüfen, ob der besondere Verwaltungsaufwand der stationären Hospize hinreichend berücksichtigt wurde. Drittens soll die Rahmenvereinbarung künftig im Abstand von vier Jahren regelmäßig mit dem Ziel der Aktualität der Versorgungs- und Kostenentwicklung überprüft werden. Für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in der Rahmenvereinbarung sowie für die regelmäßigen Überprüfungen auf Anpassungsbedarfe sollen Fristen eingeführt werden.

Bewertung

Caritas und Diakonie halten es für sachgerecht, dass die Krankenkassen unter Anrechnung der Pflegeversicherungsleistungen bei stationären Hospizen für Erwachsene künftig 95 Prozent statt der bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten tragen werden. Mit dieser Maßnahme kann jedoch nur dann die Basis für eine auskömmliche Finanzierung gelegt werden, wenn gleichzeitig auch wie geplant der kalendertägliche Mindestzuschuss für stationäre Hospize erhöht wird. Caritas und Diakonie begrüßen daher die gleichzeitige Erhöhung von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV. Erst die Kombination von beiden Maßnahmen trägt zu einer verbesserten und in Bezug auf die Aufgaben und Qualitätsanforderungen auskömmlicheren und den tatsächlichen Aufwendungen entsprechenden finanziellen Ausstattung von stationären Hospizen bei. Bereits jetzt entwickeln sich die tatsächlich nachgewiesenen Kosten je Kalendertag in stationären Hospizen in vielen Bundesländern gegen 290 € oder 300.- €, in einigen Bundesländern liegen sie schon darüber.

Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V in der Fassung vom 14.04.2014 sieht schon gegenwärtig neben Art und Umfang auch die Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vor, so dass mit der Neuregelung eine nachträgliche gesetzliche Festschreibung bereits realisierter Vertragsinhalte erfolgt.

Als neuer Inhalt der Rahmenvereinbarung sind die Anforderungen an bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang, unter besonderer Berücksichtigung des Verwaltungsaufwands stationärer Hospize, zu regeln. Caritas und Diakonie unterstützen diese Erweiterung der Inhalte der Rahmenvereinbarung ausdrücklich, da sie dazu beitragen kann, Rechtsunsicherheiten über Inhalt und Umfang der zuschussfähigen Kosten zu beseitigen. Dies kann die Verhandlungen über die Höhe der Tagesbedarfssätze beschleunigen und Schiedspersonentscheidungen entbehrlich machen.

Nach Auffassung von Caritas und Diakonie haben Kinder und ihre Familien/Zugehörigen in der hospizlichen und palliativen Versorgung besondere Bedürfnisse. So erfolgt z.B. die Begleitung

der erkrankten Kinder und Jugendlichen unter systemischer Begleitung der Kernfamilie - hierzu zählen die Eltern und Geschwister. Des Weiteren gibt es besondere Krankheitsbilder wie z.B: erblich bedingte Stoffwechselkrankheiten, die lebensbegrenzend sind, Muskelerkrankungen mit degenerativen Verlauf und besonders häufig intermittierende Krankheitsverläufe (u.a. mit Wiederholungsaufenthalten im Kinderhospiz). Daneben gibt es spezifische Praxisprobleme wie z.B. die nicht refinanzierte ärztliche Versorgung im Kinderhospiz. Folglich wird die Option einer gesonderten Rahmenvereinbarung prinzipiell für sachgerecht gehalten. Dabei ist unserer Auffassung nach zu prüfen, ob es für die Kinderhospize einer eigenen Rahmenvereinbarung bedarf oder nur gesonderter Abschnitte der Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize. Caritas und Diakonie halten deshalb die vom Bundesrat vorgeschlagene gesetzliche Verpflichtung, dass es eine eigene Rahmenvereinbarung für Kinderhospize geben muss, für entbehrlich.

Wenn ein Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin vorliegt und die Versorgung durch entsprechend qualifizierte stationärer Kinderhospiz in der Vergangenheit erfolgt ist, sollte eine Weiterversorgung durch das stationäre Kinderhospiz auch über das 18. Lebensjahr bis zum 25. Lebensjahr hinaus möglich sein. Dies kann im Einzelfall auch möglich sein, wenn ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters jenseits des 18. Lebensjahres auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt. In der Gesetzesbegründung und in den Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs.1 sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden, analog zu den Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen.

Caritas und Diakonie regen an sicherzustellen, dass in stationären Hospizen auch den spezifischen Belangen von Personengruppen, wie z.B. Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, mit einem Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen, entsprochen wird. Insbesondere gilt es, spezifische fachliche Konzepte zu entwickeln und dafür Sorge zu tragen, dass auch diese Personengruppen vollumfänglich Zugang zu hospizlich-palliativen Leistungen erhalten.

Caritas und Diakonie begrüßen es, dass Menschen mit Behinderungen bei Bedarf Anspruch auf Leistungen in stationären Hospizen haben. Angesichts der Trendwende zu mehr ambulanten Wohnhilfen anstelle bisheriger stationärer Wohnstätten für Menschen mit Behinderungen, ist davon auszugehen, dass zukünftig eine größere Anzahl behinderter Menschen in ihrer letzten Lebensphase auf stationäre Hospize angewiesen sein wird.

Caritas und Diakonie sprechen sich für eine entsprechende Fristsetzung zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungsinhalte in der Rahmenvereinbarung nach § 39 Absatz 1 Satz 6 und Satz 7 SGB V aus, da Fristsetzungen für die Umsetzung von neuen Regelungsinhalten in der Praxis nach unserer Erfahrung hilfreich sind.

Caritas und Diakonie empfehlen, dass die Qualitätsanforderungen und Personalqualifikationen erweiterte zielgruppenspezifische Kompetenzen beinhalten. Sofern Hospize diese zielgruppenspezifischen Kompetenzen vorhalten, muss dies bei der Bereitstellung und Vergütung personeller und sächlicher Ressourcen berücksichtigt werden wie z.B. Bereitstellung eines Gebärdendolmetschers als Kommunikationshilfe für Menschen mit Hörbehinderungen. Alternativ hierzu sollten stationäre Hospize auch mit anderen Diensten kooperieren können, um die jeweiligen spezifischen Bedarfssituationen von Menschen mit Behinderungen adäquat zu begleiten.

Lösungsvorschlag

Um sicherzustellen, dass auch den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, mit einem Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen Rechnung getragen wird, ist § 39a Absatz 1 Satz 5 wie folgt zu fassen:

„Dabei ist den besonderen Belangen **von Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, mit einem Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen sowie** der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen.“

§ 39a Absatz 2: Ambulante Hospizleistungen

Gesetzentwurf

Für die Rahmenvereinbarungen zur ambulanten Hospizarbeit nach § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V werden ergänzende Neuregelungen getroffen. In § 39a Absatz 2 Satz 2 neu wird klargestellt, dass ambulante Hospizdienste geförderte Sterbebegleitungen auch in Krankenhäusern erbringen können. Zu den förderfähigen Kosten gehören nach § 39a Absatz 2 Satz 5 neu künftig neben den Personalkosten auch die Sachkosten. Des Weiteren werden die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 Satz 8 gesetzlich verpflichtet, die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen. Des Weiteren wird gesetzlich klargestellt, dass ambulante Hospizdienste ab dem Jahr, in dem sie ihre Sterbebegleitungen erbringen, zeitnah gefördert werden. Dazu ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeitern gewährleistet ist, insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Koordinierungs- und Beratungsaufwands der hauptberuflichen Mitarbeitenden aufgrund steigender Fallzahlen. Schließlich soll die Rahmenvereinbarung zur ambulanten Hospizarbeit ebenso wie für stationäre Hospize alle vier Jahre auf Anpassungsbedarfe hin überprüft werden.

Bewertung

Die besondere Berücksichtigung der ambulanten Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Rahmenvereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 8 SGB V, ist nach Auffassung des Gesetzgebers erforderlich, da den vollstationären Pflegeeinrichtungen vielfach

nicht bewusst ist, dass Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen von ambulanten Hospizdiensten begleitet werden können. Außerdem soll sie ausweislich der Gesetzesbegründung einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung der verschiedenen Angebote sowie zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen darstellen. Caritas und Diakonie halten die besondere Erwähnung in der Rahmenvereinbarung für überflüssig, da bereits in § 39a Absatz 2 Satz 1 darauf verwiesen wird, dass die Krankenkasse ambulante Hospizdienste zu fördern hat, die für Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Dies ist bereits in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 für die ambulante Hospizarbeit umgesetzt. Daher ist der im Gesetzentwurf vorgesehene Bezug auf die stationäre Pflegeeinrichtung an dieser Stelle entbehrlich. Stattdessen schlagen wir vor, § 39a Absatz 2 Satz 8 SGB V um die Belange von besonderen Personengruppen zu ergänzen, wie pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, Menschen mit Migrationshintergrund, suchtkranke und wohnungslose Menschen.

Des Weiteren ist uns wichtig, dass die behinderungsspezifischen Belange von Menschen mit Behinderungen aufgrund der Heterogenität des Personenkreises angemessen berücksichtigt werden. Dazu zählt beispielsweise die barrierefreie Aufbereitung der Informationen (z.B. in leichter Sprache), Brailleschrift, Gebärdensprache, die Verwendung alternativer Kommunikationsformen (lautsprachbegleitende und lautsprachunterstützende Gebärden) und Kommunikationstechniken (z.B. unterstützte Kommunikation bei der psychosozialen Begleitung). Zudem sind Qualifizierungsmaßnahmen zu den Themen Behinderung und behinderungsspezifischer Mehrbedarf sowie grundlegende Orientierungen zur Kommunikationskompetenz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen notwendig. Barrierefreie Leistungen und gegebenenfalls der zeitliche Mehraufwand hierfür sind bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Qualitätsstandards zu berücksichtigen und bei den Personal- und Sachkosten angemessen zu vergüten. Wir halten deshalb eine diesbezügliche Klarstellung in der Gesetzesbegründung bzw. eine untergesetzliche Klarstellung in den jeweiligen Rahmenvereinbarungen für notwendig.

Positiv zu bewerten ist, dass die Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste nun auch in Krankenhäusern gefördert werden können. Allerdings bedarf es hierzu keines Auftrags durch das jeweilige Krankenhaus, denn nicht die Institution, sondern der Versicherte beauftragt den ambulanten Hospizdienst mit der Sterbebegleitung. In Satz 2 des § 39a neu sind daher die Worte „im Auftrag des jeweiligen Krankenhauses“ zu streichen und durch „im Auftrag des Versicherten und in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Krankenhausträger“ zu ersetzen.

Unabhängig davon geben wir aber zu bedenken, dass die Begleitung von sterbenden Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung durch einen ambulanten Hospizdienst nicht immer leistbar sein wird, angesichts der nie gesicherten Anzahl der Ehrenamtlichen, des hohen Begleitungsbedarfs in der Häuslichkeit und der gleichzeitig großen Anzahl an stationären

Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus möchten manche Menschen in der Sterbephase keine fremden Personen mehr um sich haben, sondern ihre Bezugspflegekräfte, während andere erwarten, dass ein/e Hospizbegleiter/in kommt, unabhängig vom Ort, an dem sie sterben. Es ist des Weiteren bedenklich, dass die ambulanten Hospizdienste, die auf ehrenamtlich-bürgerschaftlichem Engagement gründen, zunehmend in die Rolle von klassischen Leistungserbringern gebracht werden. Dies widerspricht dem Charakter des bürgerschaftlich getragenen Hospizdienstes. Vielmehr sollten deutlicher Anreize geschaffen werden, damit ein qualitätsgetragenes bürgerschaftliches Engagement ohne große bürokratische Hürden weiter ausgebaut werden kann.

In der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 SGB V soll zukünftig auch geregelt werden, dass die Förderung zeitnah ab dem Jahr erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst die zuschussfähige Sterbebegleitung leistet, um so Neugründungen von ambulanten Hospizdiensten zu erleichtern. Dies begrüßen Caritas und Diakonie ausdrücklich. Es stellt sich die Frage, wie der unbestimmte Rechtsbegriff „zeitnah“ operationalisiert werden soll. Vorstellbar ist aus unserer Sicht auch eine Vorfinanzierung der Sterbebegleitungen mit anschließender Spitzabrechnung im Folgejahr. Dies sollte in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden.

Daneben wird als neuer Regelungsinhalt die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Verhältnisses von ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeitern, insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Koordinierungs- und Beratungsaufwands der hauptberuflichen Mitarbeiter aufgrund steigender Fallzahlen, vorgeschlagen. Damit wird den Partnern der Rahmenvereinbarung auferlegt zu überprüfen, ob das festgelegte Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptberuflichen Mitarbeitern noch den aktuellen Versorgungsbedürfnissen entspricht. Dies erachten wir als problematisch. Es stellt sich die Frage, was bedarfsgerecht ist und wer dies festlegt. So muss es z.B. auch möglich sein, dass es in strukturschwachen ländlichen Gebieten ambulante Hospizdienste mit weniger als in der derzeit gültigen Rahmenvereinbarung vorgeschriebenen 15 ehrenamtlich tätigen Personen, z.B. nur acht, gibt. Caritas und Diakonie schlagen daher vor, die geplante Ergänzung in § 39a Absatz 3 Satz 9 SGB V neu zu streichen. Für eine flächendeckende Versorgungsstruktur sollten jedoch Träger darin unterstützt werden, gerade die ambulante Hospizarbeit auf- und auszubauen, da es der Wunsch der Mehrzahl aller Sterbenden ist, in der Häuslichkeit zu verbleiben.

Caritas und Diakonie begrüßen, dass der Kabinettsentwurf nun neben den Personalkosten auch die Sachkosten als förderfähig berücksichtigt. Dies hatten wir in unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf gefordert. Ambulante Hospizdienste erhalten bisher nur einen Zuschuss zu ihren Personalkosten. Es gibt keinerlei Förderung für Verwaltungs- und Sachkosten, wie z. B. Fahrtkostenerstattung für Ehrenamtliche, Büro- und Gruppenraummiets, Übernachtung und Verpflegung bei Seminartagen, Aufwand für EDV-Dokumentation und Verwaltung usw. sowie für die erforderliche Öffentlichkeitsarbeit oder die Durchführung von Projekten wie „Hospiz und Schule“. Auch sind insbesondere die Dienste benachteiligt, die aufgrund der örtlichen Infrastruktur große Fahrtstrecken zu den Begleitungen zu bewältigen haben. Der Anteil der Sachkosten beträgt ca. 30 % und mehr an den Gesamtausgaben. Diese müssen heute über

Spenden oder Mitgliedsbeiträge aufgebracht werden. Auch über Drittmittelanträge sind Miet- und Sachkosten nicht zu decken. Vor allem kleinere Träger etablieren keine ambulanten Hospizdienste, da sie die erforderlichen Eigenmittel nicht aufbringen können. Ähnlich wie bei den stationären Hospizen sollten 95% der gesamten Kosten ambulanter Hospizeinrichtungen über die Krankenkassen finanziert werden. Durch eine Sachkostenpauschale würden Ressourcen freigesetzt, die der inhaltlichen Arbeit und somit den Betroffenen direkt zu Gute kämen. Caritas und Diakonie schlagen deshalb vor, einen Sachkostenzuschuss von 25 % der Personalkosten ins Gesetz aufzunehmen. Der bloße Verweis auf die Erweiterung des Zuschusses in Satz 5 neu auf die Sachkosten ist nicht ausreichend, denn der Zuschuss bezieht sich nach Satz 6 neu auf Leistungseinheiten, die sich anhand der Zahl der Ehrenamtlichen und der Zahl der Sterbebegleitungen bemessen, mithin also allein auf Personalkosten. Der um die Sachkosten erweiterte Zuschuss würde somit im Ergebnis nicht steigen, sondern nur zwischen den Personalkosten und den jetzt förderfähigen Sachkosten intern neu verteilt werden.

Des Weiteren benötigt die Begleitung unheilbar erkrankter Eltern mit minderjährigen Kindern eine angemessene und damit höhere Förderung. Wenn z.B. ein Elternteil unheilbar erkrankt, wird nicht nur die sterbende Person begleitet, sondern das gesamte Familiensystem. Eine Besonderheit ist, dass Ehrenamtliche aus dem Kinderhospizdienst oder hierfür geschulte Ehrenamtliche aus dem Erwachsenenhospizdienst dann Ansprechpartner für die gesunden Kinder sind. Sie entlasten das Familiensystem, indem sie Zeit für die Kinder haben, mit ihnen spielen und sprechen oder z.B. auf den Spielplatz gehen, sie zum Sport bringen oder von der Musikschule abholen. Sie übernehmen Aufgaben der Eltern, die diese infolge der eigenen extremen Belastung und Schwächung nicht mehr schaffen. Aufgrund des besonderen Mehraufwandes, der die Koordination und Beratung im Blick auf die minderjährigen Kinder und das sterbende Elternteil beinhaltet schlagen wir vor, diese Begleitungen analog der Kinderhospizarbeit zu fördern.

Für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in der Rahmenvereinbarung sowie für die Überprüfungsrythmen auf Anpassungsbedarfe sollen Fristen eingeführt werden. Caritas und Diakonie sprechen sich für eine entsprechende Fristsetzung zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungsinhalte in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 Satz 9 und Satz 10 SGB V aus, da Fristsetzungen für die Umsetzung von neuen Regelungsinhalten in der Praxis nach unserer Erfahrung hilfreich sind.

Lösungsvorschlag

In § 39a Absatz 2 sind in Satz 2 neu die Worte „im Auftrag des jeweiligen Krankenhauses“ zu streichen und durch die Worte „im Auftrag des Versicherten und in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Krankenhausträger“ zu ersetzen.

Um den Belangen von besonderen Personengruppen und Bedarfslagen Rechnung zu tragen und den notwendigen Zuschuss zu den Sachkosten zu gewährleisten, ist § 39a Absatz 2 Satz 4 SGB V ist wie folgt zu fassen und nach Satz 6, wie folgt zu ergänzen:

Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen **Personalkosten sowie einem zusätzlichen Zuschuss zu den Verwaltungs- und Sachkosten**. Der Zuschuss **zu den Personalkosten** bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. **Der ambulante Hospizdienst erhält eine Verwaltungs- und Sachkostenpauschale in Höhe von 25 % der Personalkosten; diese darf die zuschussfähigen Sachkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten.**

Den Belangen besonderer Gruppen ist im Gesetzestext Rechnung zu tragen. Daher ist § 39a Absatz 2 Satz 8 SGB V wie folgt zu ergänzen:

Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern, **von Familien oder Zugehörigen mit minderjährigen Abschied nehmenden Kindern, von Menschen mit Behinderungen**, mit psychischen Beeinträchtigungen, **von pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen** ~~und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches~~ durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.“

Da es schwierig ist, ein bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeitern sicherzustellen, ist in § 39a Absatz 2 Satz 9 neu SGB V der Einschub „dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und“ zu streichen.

§ 39b: Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Gesetzentwurf

Versicherte erhalten künftig einen eigenständigen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung gegenüber ihrer Krankenkasse. Dabei müssen die Krankenkassen eine Übersicht über die Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote erstellen. Sie sollen die Versicherten auf Wunsch auch bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme unterstützen. Diese Beratung der Krankenkassen soll mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie anderen, bereits vom Versicherten in Anspruch genommenen Beratungsleistungen abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten können auch die Angehörigen und andere Vertrauenspersonen in die Beratung einbezogen und an ihr beteiligt werden. Die Krankenkasse hat die weitere Aufgabe, im Auftrag des Versicherten die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an seiner Versorgung mitwirken, über die Beratungsinhalte zu informieren. Zu diesem Zweck soll der

Versicherte ein entsprechendes Begleitschreiben seiner Krankenkasse ausgehändigt bekommen. Die Inanspruchnahme der Beratungsleistung erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfordert eine schriftliche Information an den Versicherten, auf deren Grundlage er dann schriftlich einwilligen kann.

Bewertung

Aus unserer praktischen Erfahrung wissen wir, dass die Menschen oft keine Kenntnis haben, welche Leistungen und Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung stehen. Dies betrifft sowohl die Leistungen selbst als auch die Angebote vor Ort. Daher erachten wir es als sinnvoll, wenn der Gesetzgeber einen Beratungsanspruch normiert. Die Erstellung einer Übersicht über alle in einer bestimmten Region vorhandenen Beratungs- und Versorgungsangebote ist geeignet, die Versicherten bei der Auswahl des für sie relevanten Leistungsangebots zu unterstützen. In eine solche Liste sind die Pflegedienste, die SAPV-Teams, die ambulanten Hospizdienste, die stationären Hospize, die niedergelassenen Ärzte mit einer palliativmedizinischen Qualifikation sowie die Kliniken mit Palliativstationen aufzunehmen. Den Versicherten muss die Information jedoch in der konkreten Bedarfssituation zur Verfügung stehen. Zur praktischen Umsetzung dieser Regelung schlagen wir daher vor, dass die Krankenkassen gemeinsam mit den Leistungserbringern in der jeweiligen Region Broschüren erstellen, die vor Ort in den Arztpraxen sowie Kliniken ausliegen und den Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen und den SAPV-Teams zur Verbreitung zur Verfügung gestellt werden. Entsprechende Informationen sollen auch im Internet zur Verfügung gestellt werden. Die Krankenkassen müssen sicherstellen, dass ihre Mitarbeiter vor Ort für die Beratung entsprechend geschult sind. Zudem ist sicherzustellen, dass bei der Beratung auch den Belangen von Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, mit einem Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen Rechnung getragen wird. Für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung ist hierbei insbesondere eine barrierefreie Informationsaufbereitung zu gewährleisten. So ist in Gesetzesbegründung beispielsweise die Finanzierung von Gebärdendolmetschern aufzunehmen.

Beratung sollte grundsätzlich koordiniert erfolgen. Aus Sicht von Caritas und Diakonie sind jedoch die Formulierung und das Petitum des Gesetzentwurfs, die Beratung der Krankenkassen „mit den anderen, bereits in der Vergangenheit in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abzustimmen“, in der Praxis nur schwer umsetzbar. So stellt sich beispielsweise die Frage, wie die Krankenkasse von anderen, in der Vergangenheit bereits in Anspruch genommenen Beratungsleistungen des Versicherten, Kenntnis erhalten soll. Auch die Abstimmung der Krankenkasse und der Pflegekasse bezüglich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI kann zu unklaren Zuständigkeiten führen. Da die Pflegekassen nach § 7a SGB XI ohnehin den Auftrag haben, ihre Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfeangeboten zu beraten, ist der Hinweis auf § 7a SGB XI an dieser Stelle entbehrlich.

Wichtig ist ein niedrighschwelliger Zugang zur Beratung. Daher regen Caritas und Diakonie an, dass es in jeder Region bzw. Stadt eine unabhängige „Zentrale Anlaufstelle für Hospiz-, Palliativ- und Trauerarbeit“ geben sollte, bei der sich alle betroffenen Menschen niedrighschwellig informieren können, welche Angebote und Versorgungsmodelle es in ihrer Umgebung gibt; dabei sind die bereits vorhandenen Strukturen und Angebote zu berücksichtigen.

Die Krankenkassen sollen bei ihrer Aufgabe der Hospiz- und Palliativberatung ausdrücklich ermächtigt werden, mit anderen Beratungsstellen oder – angeboten zu kooperieren, wie z.B. den ambulanten Hospizdiensten, den stationären Hospizen oder den Pflegediensten vor Ort oder den vom Bundesrat vorgeschlagenen nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen.

Zentral ist die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten, denn die Krankenkassen sind auch gleichzeitig die Leistungsträger. Dies stellt der Gesetzestext nicht sicher. In § 39b Absatz 1 Satz 1 ist zu ergänzen, dass sich der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung nicht nur unmittelbar auf die Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung bezieht - wie derzeit im Gesetzestext formuliert -, sondern auch auf die Auswahl und Inanspruchnahme dieser Leistungen. Die Beratung soll dazu dienen, umfassend auf regional vorhandene Leistungen und Angebote hinzuweisen, um den Leistungsberechtigten Wahlmöglichkeiten zu eröffnen.

Da sich die ambulanten Hospizdienste nicht als Leistungserbringer verstehen, ist § 39b Absatz 1 Satz 1 um den Begriff der „Angebote“ zu ergänzen. Wir begrüßen ausdrücklich, dass in die Beratung auf Verlangen des Versicherten auch Angehörige und andere Vertrauenspersonen mit einbezogen werden sollen.

Der Beratungsprozess durch die Krankenkasse sollte durch eine Dokumentation des Beratungsprozesses abgeschlossen werden. Es ist sinnvoll, dass die Leistungserbringer und andere an der Versorgung beteiligte Akteure und Einrichtungen Kenntnis über die wesentlichen Beratungsinhalte erlangen, z.B. um sich gegenseitig vernetzen zu können. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkasse im Auftrag des Versicherten die Leistungserbringer direkt über die Beratungsergebnisse informieren kann. Alternativ kann er sich von seiner Krankenkasse ein entsprechendes Begleitschreiben aushändigen lassen. Im Gesetzentwurf ist klarzustellen, dass es dem Versicherten obliegt, zwischen diesen beiden Optionen der Übermittlung von Informationen an seine Leistungserbringer und anderen gewählten Angeboten zu entscheiden.

Die Erhebung, Nutzung und Weitergabe entsprechender personenbezogener Daten an die Leistungserbringer über die Beratungsinhalte und Hilfestellungen der Krankenkassen betrifft datenschutzrechtlich einen sensiblen Bereich. Die getroffenen Regelungen bezüglich einer vorherigen schriftlichen Information, auf deren Grundlage dann die jederzeit widerrufliche schriftliche Einwilligung erfolgt, halten wir für ausreichend und sachgerecht.

Durch den Gesetzentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Krankenkassen nach § 39 Absatz 1a SGB V neu in das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus expressis verbis

eingebunden. Krankenhäuser und Krankenkassen sollten zukünftig im Rahmen Ihrer Beratungen bei der Entlassung von weiterhin palliativmedizinisch versorgungsbedürftigen Patienten konkrete Kontakte in das ambulante Palliativ- und Hospiznetzwerk anbahnen und in die ambulante Versorgung in diesem Netzwerk überleiten.

Generell merken Caritas und Diakonie an, dass es für eine bessere Information der Versicherten über die bestehenden Angebote nicht ausreicht, dass Krankenkassen und Leistungserbringer oder ambulante Hospizdienste über bestehende Angebote informieren. Notwendig ist eine gezielte breite Öffentlichkeitsarbeit, die die Bevölkerung über hospizlich-palliative Angebote, aber auch Trauerbegleitung informiert, insbesondere mit Blick auf die ambulante und stationäre Hospizarbeit und die Angebote der Allgemeinen Palliativversorgung.

Lösungsvorschlag

Im Gesetzestext ist klarzustellen, dass bei der Beratung auch den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, mit einem Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen Rechnung getragen werden muss. Nach § 39b Satz 1 ist daher folgender Satz einzufügen.

„Dabei ist den besonderen Belangen der Beratung von Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, mit einem Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen ausreichend Rechnung zu tragen.“

Es muss sichergestellt werden, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten in Bezug auf die Beratung und auf die Leistungsanspruchnahme durch die Beratung der Krankenkassen nicht eingeschränkt wird. Da die ambulanten Hospizdienste keine Leistungserbringer im Sinne der GKV sind, auf welche der Versicherte einen Leistungsanspruch hat, sondern Angebote darstellen, die wesentlich auf dem Ehrenamt aufbauen, ist eine entsprechende Anpassung der Formulierung in § 39b Satz 1 und Satz 2 vorzunehmen.

§ 39b Satz 1 und Satz 2 neu sind wie folgt zu ergänzen:

„Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen **bei der Auswahl und Inanspruchnahme** von Leistungen und **Angeboten** der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs-, Versorgungs- und **Begleitungsangebote**.“

Im Gesetzestext ist klarzustellen, dass die Informationsweitergabe über die Beratungsergebnisse an Leistungserbringer einen aktiven Beauftragungsakt des Versicherten voraussetzt.

§ 39b Satz 6 neu ist daher wie folgt zu formulieren:

„Der Versicherte kann die Krankenkasse beauftragen, die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen zu informieren; alternativ händigt die Krankenkasse dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus“.

Privatversicherte im Basistarif haben Anspruch auf die Beratungsleistung nach § 39b. Der Beratungsanspruch ist für alle Gruppen von Privatversicherten sicherzustellen.

Krankenkassen sollen bei der Durchführung ihrer Aufgabe der Hospiz- und Palliativberatung mit anderen Beratungsangeboten kooperieren können.

In § 39b ist folgender Satz 10 zu ergänzen:

„Die Krankenkassen können dabei mit Trägern regionaler Beratungsstellen und – angebote oder mit nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen kooperieren“.

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

Gesetzentwurf

In § 73 Absatz 2 Satz 1 wird geregelt, dass die vertragsärztliche Versorgung auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V umfasst.

Bewertung

Dieser Ergänzung bedarf es unbedingt; sie hätte schon mit Einführung der Spezialisierten Palliativversorgung im GKV-WSG vorgenommen werden müssen, denn die Versicherten haben einen Anspruch auf diese Leistung.

§ 87 Bundesmantelvertrag i.V. mit § 87a Absatz 2 Satz 3: Einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Gesetzentwurf

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollen im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung vereinbaren. Diese sollen umfassen: 1. Inhalte und Ziele dieser Versorgung in Abgrenzung zu anderen Leistungen, 2. Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen Leistungserbringer, 3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen sowie 4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung.

Auf der Grundlage dieser Vereinbarung, zu welcher die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer Stellung nehmen kann, ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung entsprechend anzupassen. Der Bewertungsausschuss muss dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten Leistungen, über die Qualifikation der Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität und über die Auswirkungen auf die Verordnung von SAPV berichten. Das BMG kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.

Analog zur zahnärztlichen Versorgung soll künftig auch die vertragsärztliche Versorgung auf der Grundlage der Kooperationsverträge nach § 119b Absatz 1 in stationären Pflegeeinrichtungen vergütet werden. Nach der gesetzlichen Neuregelung in § 87 Absatz 2a letzter Satz neu wird der Bewertungsausschuss beauftragt, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab bis zum 31. Dezember 2015 mit Wirkung zum 1. April 2016 anzupassen, um die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinierungsleistungen sachgerecht abzubilden und zu bewerten. Aus der Begründung geht hervor, dass dazu sowohl Zuschläge auf bestehende Gebührenordnungspositionen erhoben als auch neue Gebührenordnungspositionen gefasst werden können. Dabei sollen auch die Abrechnungsmöglichkeiten für die qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung ist der Nachweis eines Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V. Im Gegenzug zu dieser Neuregelung entfällt die bisher zum Ende des Jahres 2016 befristete Möglichkeit für die regionalen Verhandlungspartner, nach § 87a Absatz 2 Satz 3 Zuschläge vereinbaren zu können. Davon unberührt bleibt die allgemeine Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen etwa für Hausbesuche oder Heimbefuche vereinbaren zu können.

Bewertung

Caritas und Diakonie begrüßen die Erweiterung des Bundesmantelvertrags und die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) um Voraussetzungen für die Abrechnung einer besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung ausdrücklich. Von den 145.900 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten verfügen mit Stand zum 31.12.2013 nur 3.787 über die Zusatzbezeichnung des Palliativmediziners, d.h. nur 2,6 Prozent. Es ist dringend geboten, Anreize für eine bessere palliativmedizinische Versorgung zu bieten. Der Gesetzentwurf sieht hierfür eine Fortentwicklung des EBM vor. Es ist sachgerecht, diese Anpassung der Gebührenordnungspositionen mit entsprechenden Anforderungen an die Qualifizierung zu verknüpfen. Unklar aber ist, was in § 87 Abs. 1b neu unter einer „besonders“ qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung zu verstehen ist. Im anschließenden Satz, der in den Nummern 1 bis 4 die Anforderungen näher definiert, wird nur noch von einer „qualifizierten Versorgung“ gesprochen, was aus Sicht von Caritas und Diakonie auch ausreichend ist. Wir begrüßen, dass im Bundesmantelvertrag Vereinbarungen zu Inhalten und Zielen der Versorgung (§ 87 Absatz 1b Nr. 1 neu) zu treffen sind, Qualifizierungsanforderungen an die Ärztinnen und Ärzte zu beschreiben sind (§ 87 Absatz 1b Nr. 2 neu) sowie Maßnahmen zur Sicherung der

Versorgungsqualität festzustellen sind (§ 87 Absatz 1b Nr. 4 neu). Wichtig ist, dass in § 87 Absatz 1b Nummer 3 neu Anforderungen an die Koordination der Versorgungsabläufe sowie an die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Hospizdiensten, Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen zu definieren sind. Die Ärztinnen und Ärzte müssen insbesondere für Aufgaben der Netzwerkarbeit qualifiziert werden, was ausdrücklich Bildungsinhalt dieser Basisqualifikation sein soll. Gestrichen werden sollte aus unserer Sicht die Definition von Anforderungen an die „interprofessionelle Strukturierung“ der Versorgungsabläufe, da Ärztinnen und Ärzte nur bedingt interprofessionell steuern und somit strukturieren können. Die Kooperation der Ärztinnen und Ärzte soll nicht nur mit Leistungserbringern und Einrichtungen erfolgen, sondern auch mit anderen Begleitangeboten, wie z.B. dem ambulanten Hospizdienst.

Wir begrüßen nachdrücklich, dass der Bewertungsausschuss erstmals zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativ-medizinischen Leistungen Bericht erstatten muss. Dies wird einen Anreiz zum Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung setzen.

Caritas und Diakonie bewerten auch die zweite in § 87 Absatz 2a neu getroffene Neuregelung positiv, betreffend die Einführung eines Vergütungszuschlags oder einer neuen Gebührenposition für die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinierungsleistungen in den Kooperationsverträgen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V. Bisher war in § 87 Absatz 2j nur für die zahnärztliche Versorgung ein entsprechender Vergütungszuschlag bzw. eine neue Gebührenordnungsposition vorgesehen. Dieser hat Anreize gesetzt, um die zahnärztliche Versorgung im Pflegeheim zu verbessern. Wir erwarten eine entsprechende Entwicklung im vertragsärztlichen Bereich, wenn zusätzliche Vergütungsanreize in diesem Bereich gesetzt werden. Gleichzeitig unterstreichen wir unsere bereits wiederholt vorgetragene Forderung, dass auch der Mehraufwand der Pflegeeinrichtungen für die Koordination und Kooperation mit den Ärztinnen und Ärzten auskömmlich aus dem SGB V vergütet werden muss.

Lösungsvorschlag

Es ist ausreichend, im Bundesmantelvertrag Anforderungen an die Koordination der Versorgungsabläufe sowie an die aktive Kooperation mit anderen an der Palliativversorgung beteiligten Partnern zu stellen. Da die Kooperation neben Einrichtungen auch Dienste umfassen kann und soll, ist dies entsprechend zu ergänzen.

§ 87 Absatz 1b Satz 1 Nummer 3 soll lauten:

„Anforderungen an die Koordination ~~und interprofessionelle Strukturierung~~ der Versorgungsabläufe sowie **an** die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen, **Diensten, den ambulanten Hospizdiensten sowie mit** betreuenden Angehörigen“

§ 92: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses/ Ambulante Palliativpflege als Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege

Gesetzentwurf

Mit der neuen Nummer 5 in § 92 Absatz 7 Satz 1 wird der G-BA beauftragt, die Richtlinie über die Verordnung der häuslichen Krankenpflege weiterzuentwickeln und das Nähere zur ambulanten Palliativversorgung festzulegen. Dabei ist anzumerken, dass der Referentenentwurf noch die Terminologie „allgemeine ambulante Palliativversorgung“ verwandt hat. Der Gesetzentwurf spricht nur noch von „ambulanten Palliativversorgung“. Ausweislich der Gesetzesbegründung betrifft die Weiterentwicklung der HKP-Richtlinie vor allem die Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege, die eine im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen sollen. In die Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie soll der Sachverstand der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene einbezogen werden.

Bewertung

Nach Auffassung von Caritas, Diakonie und den anderen Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege sollte der pflegerische Teil der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung keine eigenständige Leistungsform begründen, sondern Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege (HKP) und mithin der Regelversorgung sein. Um zwischen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die in § 37b geregelt ist, und der ambulanten Palliativversorgung als Regelversorgung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege angemessen differenzieren zu können, sollte der Gesetzestext die gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommene Streichung des Wortes „allgemeine“ wieder rückgängig machen und sich der Terminologie der „allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ bedienen. Der Gesetzentwurf weist der häuslichen Krankenpflege in der ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen, diese Rolle zu. Er greift damit eine Forderung der Caritas, der Diakonie und der anderen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf.

Im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege ist es bei schwerstkranken und / oder sterbenden Menschen erforderlich, dass eine regelmäßige Symptomkontrolle durchgeführt wird und symptomlindernde Interventionen erfolgen und überwacht werden. Spezifische Aufgaben von Pflegediensten im Rahmen der AAPV in der letzten Lebensphase des Patienten sind z.B. die Begleitung bei manifesten Depressionen, Angstzuständen, Verwirrtheit, Delir und bei Verschlechterung der Symptome. In dieser letzten Phase sind intensivere Pflegemaßnahmen, häufigere Beratungsgespräche, Krisenintervention und die fallbezogene Koordination besonders vonnöten. Um die AAPV fachgerecht umsetzen zu können, muss die HKP-Richtlinie aus Sicht

von Caritas, Diakonie und den anderen Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege auch darüber hinaus um folgende Leistungsbereiche erweitert werden: Einstellung und Überwachung der Medikation mittels Schmerzpumpe einschließlich Kassettenwechsel, i.v.-Infusion zur Medikamentengabe, spezifische Wundversorgung mit dem Ziel der Symptomlinderung, Erstgespräch mit Patienten und Zugehörigen, spezifische Beratungselemente mit dem Schwerpunkt einer psycho-sozialen, spirituellen und palliativen Begleitung und Beratung bei Symptomen der Angst, Panik oder bei Wahrnehmungsstörungen. Hierbei ist in den Blick zu nehmen, dass die häusliche Palliativversorgung von Kindern durch häusliche Kinderkrankenpflegedienste unter systemischen Gesichtspunkten erfolgt. Eltern und Geschwister der erkrankten Kinder werden in die Pflege des erkrankten Kindes mit einbezogen und familien-dynamische Prozesse begleitet. Hierbei handelt es sich nicht um systemfremde Leistungen, sondern unmittelbar der pädiatrischen Palliativpflege zuzuordnenden Leistungsbestandteile.

Die geplante Gesetzesänderung beinhaltet die Einfügung einer neuen Nummer 5 in § 92 Absatz 7 Satz 1 SGB V, die eine gesetzliche Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorsieht, das Nähere zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung festzulegen. Hierzu zählen laut Gesetzesbegründung neben der Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen auch die Leistungen der Palliativpflege, die eine im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen sollen. Daneben soll auch der Kreis der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen erweitert werden. Beides wird von Caritas und Diakonie begrüßt. Bei den Änderungen der HKP-Richtlinie ist auch darauf zu achten, dass die besonderen Belange der Kinder angemessen Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sind für den Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sind jedoch weitere gesetzliche Änderungen erforderlich.

Der Gesetzentwurf stellt zwar durch die Einfügung von Satz 3 in § 27 Absatz 1 klar, dass auch die palliative Versorgung zur Krankenbehandlung der Versicherten gehört. Der Kabinettsentwurf hat diese von uns im Referentenentwurf geforderte klarstellende Ergänzung in § 37 aufgenommen, was wir begrüßen. Analog bedarf es auch im Leistungserbringungsrecht einer gesetzlichen Klarstellung, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung auch Regelungsinhalt Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege ist. § 132a SGB V ist daher auch entsprechend zu ergänzen.

Der Gesetzentwurf weist der häuslichen Krankenpflege in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen, eine erhebliche Bedeutung zu. Dies erfordert verlässliche Angebotsstrukturen und eine auskömmliche Finanzierung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege, damit die allgemeine Palliative Versorgung auch flächendeckend umgesetzt werden kann. Die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege kann nur sichergestellt werden, wenn es dem zugelassenen Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglicht wird, seine Aufwendungen zu finanzieren. Zu streichen ist in § 132a Absatz 2 Satz 5 somit, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind, weil dies intendieren könnte, dass der Preis das

hauptsächliche oder alleinige Kriterium darstellt. Diese Formulierung findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die Versicherten haben einen Rechtsanspruch auf Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe. Sofern die Krankenkassen für die Versorgung mit Haushaltshilfen Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen schließen, müssen deren Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung angemessen vergütet werden.

Die Vertragspartner haben beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zu beachten, dass die GKV nicht mehr ausgibt, als sie einnimmt. Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, tragen auch Caritas und Diakonie grundsätzlich mit. Gleichzeitig muss es Leistungserbringern möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Medizinisch notwendig und zweckmäßig ist eine Leistung immer dann, wenn sie vom Vertragsarzt verordnet wird. Dieses Kriterium ist für die Häusliche Krankenpflege gegeben, da sie stets vom Arzt verordnet wird. Weiterhin muss die Leistungsvergütung angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde gerade im Pflegestärkungsgesetz I in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert. Er ist entsprechend auch in § 132a Absatz 2 zu ergänzen.

Lösungsvorschläge

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Um deutlich zu machen, dass es sich bei der Erweiterung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege um eine Leistung der Regelversorgung handelt, sollte § 92 Absatz 7 Nummer 5 wie folgt ergänzt werden:

„5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur **allgemeinen** ambulanten Palliativversorgung“

Die besonderen Belange von schwerstkranken Kindern sind zu berücksichtigen; deshalb ist § 92 Absatz 7 Nr. 5 neu wie folgt zu ergänzen.

„5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. **Hierbei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.**

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Es bedarf in § 132a Abs.1 einer gesetzlichen Klarstellung, dass die allgemeine ambulante Palliativpflege auch Regelungsinhalt von § 132a ist.

§ 132a Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege **einschließlich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung** abzugeben.

Es bedarf in §132a Absatz 2 in Satz 1 einer gesetzlichen Klarstellung, dass die allgemeine ambulante Palliativpflege auch Regelungsinhalt von § 132a ist. Nach der Rechtsprechung des BSG sind die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dies ist in §132a Absatz 2 Satz 5 sowie in den neu einzufügenden Sätze 6 bis 8 wie folgt zu formulieren:

„(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege **einschließlich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung**, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. **Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten.**“

§ 119b: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Gesetzentwurf

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden durch die Ersetzung der „Kann“-Regelung zum Abschluss von Kooperationsverträgen durch eine „Soll“-Vorschrift stärker zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Vertragsärztinnen und -ärzten verpflichtet. Ausweislich der Begründung sollen die vollstationären Pflegeeinrichtungen künftig die Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten aktiv koordinieren, um die ambulante ärztliche Betreuung in der Einrichtung zu gewährleisten. Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen soll die mit der neuen Regelung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen evaluieren und der Bundesregierung die Ergebnisse der Evaluation bis zum 31. Dezember 2017 berichten.

Bewertung

Die Neuregelung wird mit Nachdruck abgelehnt. Caritas und Diakonie kritisieren, wie schon in vorausgegangenen Stellungnahmen zu § 119b SGB V, dass der Auftrag zur Sicherstellung der

vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung nach dem Wortlaut des Gesetzestextes nicht eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen wird. Die Ersetzung der bisherigen „Kann“-Vorschrift zum Abschluss eines Kooperationsvertrags mit Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzten durch eine „Soll“-Vorschrift erlegt den vollstationären Pflegeeinrichtungen nunmehr eine Pflicht auf, bei entsprechendem Bedarf Verträge mit Vertragsärzten und Vertragszahnärzten zu schließen. Dies bedeutet, dass den Pflegeeinrichtungen die Einschätzung des Bedarfs an ärztlicher Versorgung sowie die Sicherstellung der Deckung eben dieses Bedarfs durch Abschluss von Kooperationsverträgen aufgegeben werden. Dies ist nicht hinnehmbar. Die Sicherstellung der Versorgung bleibt Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1 SGB V. Die Formulierung in § 119b Absatz 1 Satz 1, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen von der Pflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsverträgen nicht berührt wird, wird geradezu konterkariert. Zur Klarstellung fordern wir den Gesetzgeber auf, die Initiative zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuweisen.

An der Evaluation der Neuregelung durch die Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen müssen zwingend auch die stationären Pflegeeinrichtungen durch Stellungnahmen beteiligt werden, denn die zusätzlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen, die in den Kooperationsverträgen zwischen den Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt werden, werden nicht nur von den Ärzten, sondern auch den Pflegeeinrichtungen erbracht.

Lösungsvorschlag

§ 119b Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend.“

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. § 119b Absatz 1 Sätze 3 und 4 sind daher zu streichen.

In § 119 Absatz 3 ist folgender Satz 2 neu einzufügen:

„Den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist bei der Evaluation Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Evaluation mit einzubeziehen.“

§ 132d: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Gesetzentwurf

Um den Abschluss von Verträgen zu beschleunigen, wird für die SAPV ein Schiedsverfahren eingeführt. Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.

Des Weiteren wird in § 132d Absatz 3 neu geregelt, dass die Krankenkassen über die allgemeine und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch Selektivverträge auf der Grundlage der §§ 73b und 140a abschließen können.

Bewertung

Caritas und Diakonie haben sich stets für die Einführung eines Schiedsverfahrens für die Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingesetzt und begrüßen somit die Neuregelung zur Schiedsperson. Allerdings greift die Regelung zu kurz, denn das Schiedsverfahren bezieht sich nur auf das Zustandekommen von Verträgen zwischen den Vertragspartnern, nicht jedoch auf die einzelnen Regelungen zur Versorgung mit SAPV, wie z.B. insbesondere über Vergütungen und deren Abrechnung. Der Grund dafür dürfte darin liegen, dass in § 132d weiterhin kein Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit Leistungsanbietern der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung normiert wird. Caritas und Diakonie haben sich seit Einführung dieses Leistungsanspruchs der Versicherten dafür eingesetzt, dass die Krankenkassen entsprechende Verträge mit Leistungsanbietern schließen müssen. Die Anzahl der Vertragsabschlüsse zeigt, dass es noch „weiße Flecken“ vertragsfreier Regionen gibt. Dies zeigt, dass die Krankenkassen ihrem Auftrag einer bedarfsgerechten Versorgung noch nicht hinreichend nachgekommen sind. Dies muss im anstehenden Gesetzgebungsverfahren nachjustiert werden.

Caritas und Diakonie setzen sich dafür ein, dass die noch bestehenden „weißen Flecken“ in der Landschaft der Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geschlossen werden. Dies soll grundsätzlich im Rahmen kollektivvertraglicher Regelungen geschehen. Sofern jedoch bereits erfolgreiche Selektivverträge, insbesondere an der Schnittstelle zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung geschlossen wurden, sollen diese auch weiterhin Bestand haben können. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass durch Selektivverträge vorhandene und bewährte Strukturen nicht gefährdet werden.

Lösungsvorschlag

In § 132d wird ein Kontrahierungszwang für den Abschluss von SAPV-Verträgen eingeführt. In § 132d Absatz 1 Satz 1 wird der Halbsatz „soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist“ gestrichen.

In § 132d Absatz 3 neu ist nach Satz 2 zu ergänzen: „Dabei soll auf vorhandene und bewährte Strukturen aufgebaut werden“.

§ 132g: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Gesetzentwurf

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe können Versicherten in ihrer Einrichtung eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Dazu sollen sie über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe während des Sterbeprozesses eingegangen werden. Es sollen dabei mögliche Notfallsituationen besprochen werden und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei einer Änderung des Versorgungs- und Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden. In die Fallbesprechung soll grundsätzlich der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder ein anderer Vertragsarzt einbezogen werden. Auf Wunsch der Versicherten können auch die Angehörigen oder andere Vertrauenspersonen beteiligt werden. Neben der individuellen Beratung sieht die gesundheitliche Versorgungsplanung auch die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vor. Zur Sicherstellung einer umfassenden medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und seelsorgerlichen Begleitung sollen auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote in die individuelle Versorgungsplanung einbezogen werden. Die Einrichtungen können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und den Trägern der Einrichtungen der Eingliederungshilfe das Nähere zu Inhalten und Anforderungen der Versorgungsplanung vereinbaren. Dabei ist der KBV, der DKG, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen Menschen und der Menschen mit Behinderung, dem MDS, dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Auf der Grundlage der Vereinbarung trägt die Krankenkasse des Versicherten die notwendigen Kosten für die Leistungen der Pflegeeinrichtung und der Einrichtung der Eingliederungshilfe. Bei den Leistungseinheiten ist sowohl die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter(innen) als auch die Zahl der durchgeführten Beratungen zu berücksichtigen. Das Nähere zur Kostenerstattung und zu den erstattungsfähigen Kosten wird in der Vereinbarung geregelt. Die ärztlichen Leistungsbestandteile sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Sofern die ärztliche Leistung im Rahmen eines Vertrags zur spezialisierten ambulanten Vergütung erfolgt, ist deren Vergütung in diesem Vertrag zu vereinbaren.

Bewertung

§ 132g Abs. 1: Gegenstand und Inhalte der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Caritas und Diakonie begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen als auch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe Möglichkeit erhalten, eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende gemeinsam mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern zu gestalten. Als problematisch erachten wir allerdings, dass der von den Krankenkassen für die gesundheitliche Versorgungsplanung vorgesehene Finanzrahmen trotz Ausweitung auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch den Gesetzentwurf gleichgeblieben ist

Aufgrund von inhaltlichen Unterschieden soll die Regelung für beide Bereiche getrennt bewertet werden.

Wir unterstützen zudem die Forderung des Bundesrats, klarzustellen, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende auch einem Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten des Versicherten auf dessen Wunsch angeboten werden kann, wenn der Versicherte zu einer selbstbestimmten Entscheidung zum Zeitpunkt der notwendigen Beratung nicht mehr in der Lage ist.

Nachstehend sollen nun die zentralen Inhalte des § 132g Absatz 1 und Absatz 2 SGB V neu aus der Perspektive der stationären Pflege bewertet werden.

Vorab sei redaktionell angemerkt, dass Pflegeeinrichtungen nicht, wie in § 132g Absatz 1 Satz 1 neu formuliert, zugelassene Einrichtungen „im Sinne des § 43 des Elften Buches“ sind. § 43 SGB XI bezieht sich auf die Leistungen, die Versicherte in vollstationären Einrichtungen erhalten. Die Zulassung einer Einrichtung zur Pflege erfolgt jedoch durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI.

Der Bereich der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein äußerst sensibler Bereich. Menschen kommen in aller Regel erst in ihrer allerletzten Lebensphase in eine

vollstationäre Pflegeeinrichtung, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist. In dieser Phase sind sie bereits höchst vulnerabel. Eine gesundheitliche Versorgungsplanung erfordert daher von einer vollstationären Pflegeeinrichtung die erforderliche Fachlichkeit, hohe Sensibilität und Sorgfalt. Bereits heute gehört die Frage, ob ein Mensch eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung abgeschlossen hat, zum Standardrepertoire beim Heimeinzug. Es ist positiv zu bewerten, wenn die Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten durch eine gezielte Beratung zu einer verlässlichen Klärung der Wünsche bezüglich der medizinischen und pflegerischen Behandlung am Lebensende beitragen können. Da eine solche Beratung höchst intensiv und zeitaufwändig ist, ist es auch sachgerecht, diesen Aufwand zu vergüten. Sie wird in der Regel sowohl eine Erstberatung als auch Folgeberatungen bis zum Abschluss einer Vollmacht umfassen. Angesichts der komplexen Materie müssen an einer solchen Beratung grundsätzlich die behandelnde Hausärztin/der behandelnde Hausarzt oder die Vertragsärztin/der Vertragsarzt beteiligt werden. Eine gesundheitliche vorausschauende Versorgungsplanung soll explizit dazu dienen, von den Bewohnerin/dem Bewohner nicht gewollte Krankenhausaufenthalte in der Sterbephase zu vermeiden. Die Vorausplanungsgespräche müssen aber aus der Sicht des Betroffenen ähnlich wie das Angebot der Abfassung einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht stets freiwillig bleiben.

Der Gesetzentwurf beinhaltet zudem durchaus Stichworte zu wesentlichen Elementen der gesundheitlichen Versorgungsplanung, die Bestandteil der Vorschläge von Caritas und Diakonie sind. Genannt seien vor allem 1. die individuelle Fallbesprechung, 2. die Besprechung von Notfallsituationen und 3. die Einbeziehung von anderen regionalen Betreuungs- und Versorgungsangeboten. Die Vorschläge des Gesetzentwurfs werden nachfolgend anhand des Konzepts von Caritas und Diakonie bewertet.

Das Konzept von Caritas und Diakonie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen in stationären Einrichtungen in der letzten Lebensphase

Aus Sicht von Caritas und Diakonie gehört die Etablierung und Sicherstellung von Angeboten und Hilfestellungen zu einer umfassenden palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen Versorgung und psycho-sozialen Betreuung einschließlich seelsorgerlichen bzw. spiritueller Begleitung im Sinne einer Vorausplanung zur gesundheitlichen Versorgung für die letzte Lebensphase incl. der damit verbundenen Dokumentation.. Diese umfasst aus unserer Sicht zwei Grundelemente:

1. Beratungsleistungen i.S. eines „advance care planning“ und
2. ein fallbezogenes Koordinationsmanagement.

Wir lehnen daher die Interpretation des Bundesrats ab, der die Leistung der neuen gesundheitlichen Versorgungsplanung auf das Beratungselement verengt. Die Bundesregierung verweist in ihrer Gegenäußerung zum Beschluss des Bundesrats (vgl. Nummer 10 der Gegenäußerung) zu Recht darauf, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sowohl die umfassende Beratung als auch die Koordinierung der notwendigen palliativ-medizinischen, palliativpflegerischen und psycho-sozialen Versorgungsleistungen umfasst.

Ad 1. Beratungsleistungen als Element der Vorausplanung gesundheitlicher Versorgung in der letzten Lebensphase

Die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase beinhaltet eine Beratung im Sinne von „advance care planning“. Dies umfasst nicht nur das Abfassen einer Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht und/oder eine Patientenverfügung, sondern vielmehr einen fortlaufenden Beratungs- und Dokumentationsprozess zur medizinischen und pflegerischen sowie psychosozialen und seelsorgerlichen Betreuung und Versorgung. Die Beratung ist grundsätzlich als individuelle Fallbesprechung unter Beteiligung des behandelnden Arztes auszugestalten und umfasst dann zwei Bereiche:

1. Die Besprechung der krankheitsspezifischen Situation und Behandlungsmöglichkeiten während des Sterbeprozesses sowie die Abstimmung zu Maßnahmen und Vorgehen in eventuellen Notfallsituationen.
2. Die Darstellung einzelner geeigneter Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psycho-sozialen Versorgung entsprechend § 132g Absatz 1 Satz 2 SGB V neu sowie die Absprache zur gewünschten Versorgung.

Da sich im Krankheitsverlauf die Vorstellungen über die Behandlung und Versorgung verändern können, sind regelmäßige Überprüfungen und Anpassungen entsprechend den Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen der Betroffenen vorzunehmen.

Ausweislich der Begründung soll die Besprechung medizinischer Abläufe während des Sterbeprozesses die Patientinnen und Patienten dazu anleiten, Vorstellungen über Ausmaß, Intensität und Grenzen medizinischer Interventionen einschließlich Therapieverzicht sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen für die letzte Lebensphase zu entwickeln. Das Ergebnis einer solchen Fallbesprechung kann dann in eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht einfließen. Es ist sinnvoll und nachdrücklich zu begrüßen, dass Verwandte und andere Vertrauenspersonen auf Wunsch der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in solche Beratungen mit einbezogen werden können.

Wenig sinnvoll ist hingegen die in § 132g Absatz 1 Satz 6 SGB V neu vorgesehene Vorbereitung der Übergabe in Notfallsituationen an bestimmte Krankenhäuser und Rettungsdiensten. Im Rahmen eines Beratungsgesprächs kann der Patient höchstens zum Ausdruck bringen, in welches Krankenhaus er im Notfall bevorzugt eingeliefert werden will. Die konkrete Abstimmung im Fall des Notfalles muss dann zwischen dem behandelnden Arzt, der Pflegeeinrichtung und dem Krankenhaus bzw. dem Rettungsdienst erfolgen. Ethische Fallbesprechungen müssen dann auch unter Beteiligung des behandelnden Hausarztes und der Pflegeeinrichtung im Krankenhaus erfolgen können, denn die Ergebnisse der Beratungen müssen jederzeit und somit auch außerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung umgesetzt werden können. Eine vorausschauende Abstimmung von individuellen Notfallsituationen mit jeglichen Krankenhäusern und Rettungsdiensten ist in Bezug auf den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin nicht praktikabel. Caritas und Diakonie empfehlen daher, § 132g Absatz 2 Satz 3 SGB V neu zu

streichen. Zudem schlagen wir vor, den Begriff „Notfallsituation“ durch „Notfallplanung- und beratung“ zu ersetzen, denn bei einer vorausschauenden Versorgungsplanung geht es um ein angemessenes Reagieren auf eine akute Verschlimmerung eines Krankheitszustandes.

Bei der vorausschauenden Gesundheitsplanung ist es wichtig, mit dem Patienten bzw. der Patientin zu besprechen, in welchen Situationen der Übergang von einer kurativ-medizinischen zu einer palliativ-medizinischen Versorgung und von einer aktivierenden Pflege zu einer palliativen Pflege und einer verstärkten psycho-sozialen Begleitung erfolgen soll. Wir begrüßen, dass der Gesetzentwurf in § 132g Absatz 1 Satz 3 dieses Element im Rahmen des vorausschauenden Versorgungsplanungsgesprächs klar herausarbeitet. Es ist sinnvoll, dass das Versorgungsplanungsgespräch mehrfach angeboten werden kann, wenn sich der Versorgungs- oder Pflegebedarf grundlegend verändert hat.

Insgesamt muss das Instrument der Versorgungsplanung flexibel einsetzbar sein und ggf. auch einseitig und unabhängig von der Beteiligung des Arztes allein durch die Pflegeeinrichtung durchgeführt werden können, denn dort ist der Lebensmittelpunkt des Menschen. Wenn sich die Umstände schnell verändern, muss mittels einer Fallbesprechung sofort darauf reagiert werden können. Der Hausarzt wird nicht in jeder Situation verfügbar sein, wie z.B. während seiner Sprechstunden in der Praxis.

Ad 2. Fallbezogenes Koordinationsmanagement als Element der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Das zweite zentrale Element der Vorausplanung einer gesundheitlichen Versorgung für die letzte Lebensphase stellt ein fallbezogenes Koordinationsmanagement dar. Dabei müssen Einrichtungen sowohl bezogen auf den Einzelfall als auch auf ihre Organisationsstruktur die Koordinierung und Vernetzung aller für die gesundheitliche Versorgung des Versicherten am Lebensende relevanter Leistungserbringer sowie der ehrenamtlichen Begleiter sicherstellen.

Im Einzelnen umfasst das fallbezogene Koordinationsmanagement und die hierfür erforderliche Versorgungsplanung folgende Elemente:

- Vernetzung und Koordinierung aller für die Versorgung am Lebensende erforderlicher Akteure: Dazu zählen der ambulante Hospizdienst, die versorgenden Ärzte einschließlich Palliativmediziner, ggf. das SAPV-Team, Sanitätshäuser, Apotheken, Therapeuten und Seelsorger und Krankenhäuser.
- Beratung der Angehörigen: In das fallbezogene Koordinationsmanagement einzubeziehen sind auch die Angehörigen, denn sie benötigen gerade in der letzten Lebensphase eines sterbenden pflegebedürftigen Menschen vielfach Beratung und Unterstützung, auch um ggf. in die Lage versetzt werden zu können, sensible Entscheidungen gemeinsam mit und für ihre Angehörigen in der letzten Lebensphase treffen zu können.
- Ethische Fallbesprechungen und Konsile: Im Einzelfall können ethische Fallbesprechungen und Konsile geboten sein, an welchen zusätzlich zum hausinternen

Personal auch externe Fachleute hinzuziehen sind. Dabei kann es auch geboten sein, dass hausinternes Pflegepersonal von vollstationären Pflegeeinrichtungen an ethischen Fallbesprechungen und Konsilen im Krankenhaus teilnimmt.

Die hier beschriebene Koordination und Vernetzung muss sowohl fallbezogen als auch institutionenbezogen erfolgen. Diese Netzwerkarbeit ist in § 132g Absatz 2 Satz 4 SGB V nur ansatzweise neu beschrieben, wonach die Einrichtungen andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote in die Beratung einbeziehen sollen, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerlichen Begleitung sicherzustellen. Für diese Vernetzungsarbeit müssen jedoch entsprechende personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden, um die Palliativversorgung von Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wirklich zu verbessern.

Zusammenfassend schlagen Caritas und Diakonie vor, dem Element der Beratung und dem Element des fallbezogenen Koordinationsmanagements jeweils einen eigenen Absatz in § 132g zu widmen. Beratung einschließlich der vorausschauender Fallbesprechungen soll in Absatz 1 geregelt werden und das fallbezogene Koordinationsmanagement in Absatz 2.

Personalausstattung für die gesundheitliche Versorgungsplanung

Die Gesetzesbegründung weist aus, dass für die gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende auf 50 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für das Beratungsangebot ein zusätzlicher mittlerer Personalbedarf von 1/8 Stelle anzusetzen ist (S. 21). Das entspräche einem Personalschlüssel von 1:400. Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass anfangs nur ca. 50 Prozent der Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten werden. Caritas und Diakonie gehen davon aus, dass zur Sicherstellung einer nachhaltigen Verbesserung der palliativen Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne der in § 132g Absatz 1 und Absatz 2 beschriebenen Versorgungsplanung am Lebensende in der notwendigen Qualität ein Stellenanteil von ca. 1,5 bis 2 Vollzeitkräften pro 100 Bewohner notwendig ist. Bei 764.000 Heimbewohnern und einem Personalschlüssel von 1,5: 100 Plätzen würden auf die GKV Ausgaben in Höhe von ca. 550 Mio. Euro zukommen, bei einer 50prozentigen Inanspruchnahme der Leistungen entsprechend 275 Mio. Euro. In diese Kalkulation sind die Kosten für die stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe noch nicht mit eingerechnet. Jedoch hat sich das Kostentableau des Gesetzentwurfs gegenüber dem Referentenentwurf nicht verändert: Sowohl im Referentenentwurf als auch im Kabinettsentwurf wird von einem „unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrag“ ausgegangen, obwohl im Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf noch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe hinzugekommen sind. Der Gesetzentwurf sieht jedoch für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase somit nur einen Betrag in einem vom BMG von ca. 33 Mio. Euro vor. Caritas und Diakonie fordern den Gesetzgeber auf, für eine gute Palliativversorgung der Menschen in vollstationären Pflege- und

Wohneinrichtungen am Lebensende auch den entsprechenden finanziellen Rahmen zur Verfügung zu stellen.

Die Organisationshoheit über die Beratung obliegt grundsätzlich der vollstationären Pflegeeinrichtung bzw. der Einrichtung der Eingliederungshilfe. Sie kann diese auch durch Kooperation und Vernetzung mit regionalen Beratungsstellen sicherstellen. Beispielhaft werden in der Begründung hier ambulante Hospizdienste oder stationäre Hospize sowie SAPV-Teams genannt. Aus Sicht von Caritas und Diakonie haben die stationären Hospize keinen gesetzlichen Auftrag zur Beratung. Ihre Benennung sollte daher aus der Begründung gestrichen werden.

§ 132g Abs. 3 SGB V neu: Vereinbarungen über die Inhalte und Anforderungen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Das Nähere über Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung soll nach § 132g Absatz 3 durch Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erfolgen. Zu den Anforderungen gehören nach Auffassung von Caritas und Diakonie auch die Qualifikationsvoraussetzungen der Berater(innen). Seitens der Pflegeeinrichtungen schlagen wir vor, dass die Beratung nur unter Verantwortung einer Fachkraft mit palliativer Weiterbildung durchgeführt werden darf. Auch die an der Beratung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sollten über eine entsprechende Qualifikation in der palliativen und hospizlichen Versorgung verfügen.

Wir begrüßen darüber hinaus, dass im Falle einer Nichteinigung über die Vertragsinhalte ein Schiedsverfahren ausgelöst werden kann.

Nachdrücklich positiv bewerten wir, dass sich die Kosten für die Leistungseinheiten nach Absatz 4 nicht nur aus der Zahl der durchgeführten Beratungen ergeben, sondern auch aus der Vorhaltung von entsprechend qualifiziertem Personal. Die meisten Menschen, die am Ende ihres Lebens in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung einziehen bzw. in einer stationären Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe leben, sterben auch dort oder im Krankenhaus. Daher kommt eine solche Beratungsleistung letztlich jedem Bewohner und jeder Bewohnerin einer Einrichtung zugute. Es ist gleichfalls sachgerecht, dass die Beratungsleistung der Ärzte in diesem geteilten Budget aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgt oder ggf. aus dem ärztlichen Budget des SAPV-Teams nach § 132d.

Insgesamt erachten wir es als sachgerecht, die neue Leistung nach 3 Jahren zu evaluieren und unterstützen den entsprechenden Beschluss des Bundesrates.

Caritas und Diakonie weisen nachdrücklich darauf hin, dass Sterbebegleitung eine umfassende palliativ-pflegerische Versorgung in der letzten Lebensphase erforderlich macht. Für sterbende Menschen ist es wichtig, dass jemand rund um die Uhr für sie am Bett da ist und ihnen Zeit widmet, u.v.a., um zu beruhigen und mit Ängsten vor dem Sterben besser umgehen zu können. Oftmals haben sie auch einen erhöhten grundpflegerischen Aufwand, wie z.B. das Befeuchten

des Mundes. Oftmals ist auch ein erhöhter behandlungspflegerischer Aufwand gegeben, z.B. Medikation mittels Schmerzpumpe einschließlich Kassettenwechsel, i.V. Infusionen zur Medikamentengabe oder spezifische Wundversorgung bei exulzierenden Tumoren etc. Dieses Element ist in diesem Gesetzentwurf nicht hinreichend berücksichtigt, worauf wir in unserer Bewertung zu § 92 SGB V ausführlich hingewiesen haben.

In diesem Zusammenhang weisen Caritas und Diakonie auf das Grundproblem hin, dass die medizinische Behandlungspflege nach geltender Rechtslage in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus den gedeckelten Pflegesätzen des SGB XI zu finanzieren ist. Dies stellt eine ungerechtfertigte Benachteiligung von Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben und sterben dar. Caritas und Diakonie fordern daher eine systemkonforme Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V.

Bewertung der Inhalte aus der Perspektive der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Die Zahl älterer und sterbender Menschen mit (lebenslangen) kognitiven und oder mehrfachen Behinderungen steigt kontinuierlich an. Aufgrund der demographischen Entwicklung und den positiven Auswirkungen einer verbesserten medizinischen Versorgung ist ihre Lebenserwartung deutlich gestiegen. Zudem entwickelt sich in Deutschland nach den durchgeführten Euthanasieverfahren im Dritten Reich erstmals eine Gesamtgeneration von älter werdenden Menschen mit (lebenslangen) kognitiven Behinderungen.¹

Vor diesen Hintergrund unterstützen wir nachdrücklich, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung nicht nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen angeboten werden kann, sondern auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, denn Menschen mit Behinderung möchten auch dort in Würde sterben, wo sie über viele Jahre ihren Lebensmittelpunkt hatten.

§ 132g Abs. 1 und 2 SGB V neu

Palliative Care, Hospizarbeit und die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen stehen vor neuen Anforderungen, um tragfähige Begleit- und Assistenzkonzepte für die zunehmende Anzahl älterer Menschen mit Behinderungen in der Sterbephase zu entwickeln. Jeder Mensch, ganz gleich ob mit oder ohne Behinderung, ist einzigartig in seinem Menschsein. Dies muss in der jeweiligen Begleitung Berücksichtigung finden und handlungsleitend bei der partizipativ-ethischen Gesprächs- und Entscheidungskultur für Menschen mit Behinderung am Lebensende sein. Für die Zukunft sehen Caritas und Diakonie

¹ Eine Studie der Katholischen Hochschule NRW für den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (WL) hat die Altersstruktur von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen in verschiedenen Wohnformen untersucht. Während im stationären Wohnen aktuell 16 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner 60 Jahre oder älter sind, wird im Jahr 2030 knapp die Hälfte in diesem Alter sein. Eine ähnliche Entwicklung wird sich auch im Bereich ambulanter Wohnangebote vollziehen. Schätzungen gehen von einem Anstieg der ab 60-jährigen von derzeit 7 Prozent auf 36 Prozent aus. Dieckmann, F. et al. (2010)

es daher als eine wichtige Aufgabe an, Menschen mit Behinderungen einen gleichberechtigten Zugang zu Palliativpflege und Hospizleistungen zu ermöglichen.² Dies muss mit der konzeptionellen Weiterentwicklung der Leistungserbringerstrukturen korrespondieren.

Der hohe Abstraktionsgrad der Prozessinhalte erfordert eine für die Menschen mit Behinderung nachvollziehbare und verständliche „Übersetzung“. Menschen mit lebenslangen kognitiven Behinderungen leben oft über Jahre bzw. Jahrzehnte in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe. Aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen benötigen sie unterschiedliche barrierefreie „Beratungsformate“ (z.B. Einsatz von Bildkarten, Symbolsprache, Einzelgespräche, Gespräche mit einer zusätzlicher Person ihres Vertrauens, gemeinsame Gespräche mit anderen Mitwohnenden, Seminare etc.) Zudem finden Beratungsgespräche meist zu ganz unterschiedlichen Anlässen bzw. unterschiedlichen Zeitpunkten und nicht unbedingt in der Sterbephase des Menschen mit Behinderung statt.

Die Beratungseinheiten gliedern sich i. d. R. in mindestens drei Bestandteile: a) die methodisch-didaktische Vorbereitung und Auswahl geeigneter alternativer Kommunikationsformen, b) das Beratungsgespräch selbst, c) die Nachbereitung. Menschen mit Behinderungen müssen sich die beratende Person selbst auswählen können. Die Beratungsleistungen sind den Grundsätzen der Partizipation und Selbstbestimmung (gegebenenfalls der assistierten Selbstbestimmung) verpflichtet. Verfahren und Dokumentation müssen den Maßstäben der barrierefreien Aufbereitung entsprechen. Der Aufklärungspflicht des Leistungserbringers obliegt es auch, über Grenzen der Leistungserbringung zu informieren.

§ 132g Abs. 3 SGB V neu: Vereinbarungen über die Inhalte und Anforderungen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Nach unserer Auffassung sind die Grundsätze und Maßstäbe für die Beratungsgespräche unter Beteiligung der Selbsthilfe bzw. der Patientenvertretungen zu entwickeln, denn die in § 132g SGB V beschriebenen Prozessbestandteile und Inhalte zur Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase lassen sich nach unserer Einschätzung nicht im Maßstab von 1:1 auf die Lebenslagen von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe übertragen.

Diese für die Durchführung von Beratungsgesprächen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erforderlichen Qualitätsstandards und Qualifizierungsanforderungen sind angemessen zu finanzieren. Neben personellen und sächlichen Vorhaltekosten sind bspw. auch Fahrtkostenzuschläge für Wohnverbundsysteme zu berücksichtigen.

Caritas und Diakonie halten es aus diesen Gründen zum jetzigen Zeitpunkt für sachgerecht, jeweils eigene Vereinbarungen für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII/ SGB IX und Pflegeeinrichtungen nach SGB XI abzuschließen.

² Ein gleichberechtigter Zugang von Menschen mit Behinderungen zu Palliativ- und Hospizleistungen stützt sich insbesondere auf Art. 25 und 26 der UN Behindertenrechtskonvention.

Lösungsvorschlag

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht im Sinne des § 43 SGB XI zugelassen, sondern durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI.

In § 132g Absatz 1 Satz 1 wird „§ 43“ daher durch „§ 72“ ersetzt.

In § 132g Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Notfallsituationen“ durch „Notfallplanung und -beratung“ ersetzt.

Es ist aus Sicht der Praxis nicht sinnvoll, die Vorbereitung der Übergabe der Versicherten in möglichen Notfallsituationen an relevante Krankenhäuser und Rettungsdienste gesetzlich explizit zu regeln;

§ 132g Absatz 2 Satz 3 wird ersatzlos gestrichen.

Die Beratungsleistung einschließlich der vorausschauenden Fallbesprechung soll in Absatz 1 geregelt werden. Die ersten beiden Sätze des jetzigen Absatzes 2 Gesetzentwurf sind in Absatz 1 zu integrieren.

Das fallbezogene Koordinationsmanagement soll in Absatz 2 geregelt werden. Dieser ist wie folgt zu formulieren.

„Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 kooperieren und vernetzen sich mit anderen regionalen Betreuungs- und Versorgungsangeboten, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerlichen Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase einschließlich ethischer Fallbesprechungen sicherzustellen. Sie schaffen strukturelle Rahmenbedingungen, um eine hospizliche Kultur in der Einrichtung zu gewährleisten. Dies umfasst auch die Beratung und Unterstützung der Angehörigen.“

Es sind jeweils getrennte Vereinbarungen für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII/ SGB IX und für die vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI abzuschließen.

§ 132g Absatz 3 Satz 1 soll wie folgt formuliert werden:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in jeweils getrennten Vereinbarungen für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII/ SGB IX und für die vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2.

§ 284: Sozialdaten bei den Krankenkassen

Gesetzentwurf

Mit der Ergänzung in § 284 Absatz 1 wird klargestellt, dass die Krankenkassen die für die Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Hospiz- und Palliativberatung nach § 39b erforderlichen Sozialdaten erheben und speichern dürfen.

Bewertung

Die neue Nummer 16, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz in § 284 SGB V eingeführt werden soll, betrifft die Erhebung und Speicherung von Daten im Zusammenhang mit der Beratung und Hilfestellung der Krankenkassen bei Bezug von Krankengeld. Die Erhebung und Speicherung von Daten im Zusammenhang mit der Palliativ- und Hospizberatung nach § 39b steht in keinem inhaltlichen Zusammenhang mit den Regelungen zum Krankengeld und soll daher in einer eigenen neuen Ziffer 17 erfasst werden.

Artikel 2: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 28 SGB XI: Leistungsarten, Grundsätze i.V. mit § 75 SGB XI: Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

Gesetzentwurf

In § 28 wird ein neuer Absatz 5 eingefügt, wonach geregelt wird, dass Pflege grundsätzlich die Sterbebegleitung als Leistung mit einschließt. Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben davon unberührt. Die Ergänzung der Sterbebegleitung als Leistung der Pflege wird in den Regelungen zu den Rahmenverträgen auf Landesebene nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 entsprechend nachvollzogen.

Bewertung

Es ist ausdrücklich als positiv zu bewerten, dass in § 28 Absatz 5 SGB XI neu normiert wird, dass die Pflege grundsätzlich auch die Sterbebegleitung als Leistung umfasst und dass diese Leistung auch Eingang in die Landesrahmenverträge nach § 75 finden soll. Bei der Sterbebegleitung ist zu ergänzen, dass den religiösen Bedürfnissen nach einer seelsorgerlichen Betreuung entsprechend Rechnung zu tragen ist.

Nach Auffassung von Caritas und Diakonie greift es jedoch zu kurz, die Verbesserung der Palliativversorgung am Lebensende begrifflich und leistungsrechtlich auf die Sterbebegleitung zu

reduzieren. Sterbebegleitung kann im engeren Sinn als Begleitung während der eigentlichen Sterbephase, die oft mit finaler Phase assoziiert wird, verstanden werden. Es muss jedoch darum gehen, die Pflege-, Begleitungs- und Betreuungsprozesse in der letzten Lebensphase so zu gestalten, dass eine gute Palliativversorgung und hospizliche Begleitung ermöglicht werden. Eine symptomlindernde Pflege sowie eine intensivere psycho-soziale und spirituelle Begleitung sind schon im Vorfeld der eigentlichen Sterbephase erforderlich. Caritas und Diakonie schlagen daher vor, den Begriff der Sterbebegleitung zu einer Trias von „palliativer Versorgung, hospizlicher Begleitung und Sterbebegleitung“ zu erweitern. Insbesondere unsere vollstationären Pflegeeinrichtungen haben sich in den letzten Jahren aufgrund immer kürzerer Verweildauern auf den Weg gemacht, ihre pflegerische Versorgung den veränderten Bedürfnissen der ihr anvertrauten Menschen anzupassen. Viele Einrichtungen haben auf den vermehrten Bedarf palliativer Versorgung reagiert. Im Rahmen ihrer begrenzten Ressourcen haben sie beispielsweise die palliative Fortbildung der Mitarbeitenden verstärkt und die Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden und ambulanten Hospizdiensten noch weiter intensiviert. Impulse der Hospizbewegung wie die Etablierung einer Abschieds- und Erinnerungskultur wurden aufgegriffen und in die Pflegeprozesse integriert. Erfahrungen haben gezeigt, dass solche konzeptionellen Ansätze einer kontinuierlichen Weiterentwicklung und Unterstützung bedürfen.

Sterbebegleitung in vollstationären Einrichtungen

Bisher gehörte die Sterbebegleitung de jure nur im vollstationären Bereich - nicht jedoch im ambulanten und teilstationären Bereich - zum Aufgabenspektrum der Einrichtungen. Sie ist gemäß der Landesrahmenverträge Bestandteil der sozialen Betreuung. De facto gehört die Sterbebegleitung jedoch - auch weit über die soziale Betreuung hinaus - fest zum Leistungsgeschehen der grundpflegerischen und behandlungspflegerischen Versorgung. Bei den grundpflegerischen Leistungen besteht die fachliche Herausforderung darin, von der aktivierenden Pflege – der eigentlichen Aufgabe der Pflegeeinrichtung – zu einer palliativen Pflege überzuleiten. Hier kommt es in der Praxis immer wieder zu ethischen Konflikten in Grenzsituationen, etwa wenn es darum geht, die Nahrungsaufnahme beim Übergang in die Sterbephase zu reduzieren oder die Flüssigkeitszufuhr zu begrenzen und auf die Befeuchtung und Pflege des Mundraums zu konzentrieren. An dieser Stelle ist es hilfreich, wenn das Gesetz ausdrücklich feststellt, dass die Pflege neben der Aktivierung ausdrücklich auch die Sterbebegleitung und palliative Versorgung umfasst.

Gerade in der letzten Lebensphase und insbesondere in der Sterbephase ist ein hoher zeitlicher und damit personeller Aufwand für eine würdevolle Begleitung des Sterbens und der Sterbenden erforderlich. Dieser Mehraufwand ist vor allem auch in der Behandlungspflege spürbar. Am meisten benötigen die Sterbenden jedoch eine intensive psycho-soziale Begleitung und Betreuung. Auch ihre An- und Zugehörigen haben in dieser Phase einen deutlich erhöhten Gesprächsbedarf, z.B. betreffend Fragen über die individuelle Notfallsituation. Außerdem besteht ein hoher Koordinierungsaufwand mit den behandelnden Ärzten, ggf. dem SAPV-Team, dem ambulanten Hospizdienst und dem Seelsorger. Ggf. ist eine ethische Fallbesprechung erforderlich. Angesichts sinkender Verweildauern in der stationären Altenpflege ähnelt die stationäre Pflegeeinrichtung mit Blick auf die vielen sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner

zunehmend einem stationären Hospiz.³ Das Problem besteht darin, dass die Personalschlüssel trotz der gestiegenen Anforderungen über all die Jahre unverändert geblieben sind. Dies bedeutet, dass die zusätzliche personalintensive Zeit, die für die Sterbebegleitung aufzubringen ist, den Einrichtungen nicht refinanziert wird. Insbesondere in der Nacht steht in der Einrichtung zu wenig Personal zur Verfügung, um sterbenden Menschen eine adäquate Begleitung zu gewährleisten.

Die Novellierungen des vorliegenden Gesetzentwurfs ermöglichen nun, durch explizite Aufnahme der Sterbebegleitung in den Leistungskatalog nach § 28 SGB XI in Verbindung mit der Erweiterung der Regelungsinhalte für die Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 2, die Personalschlüssel entsprechend zu verbessern. Da sich die Leistungssätze, welche die Versicherten als Zuschuss aus der Pflegekasse erhalten, jedoch nicht erhöhen, wird jegliche Verbesserung der Personalsituation aufgrund der entsprechenden Verteuerung des Pflegesatzes zu Lasten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gehen. Deren Eigenanteile an der Finanzierung ihres Heimplatzes werden steigen. Damit bleiben vollstationäre Pflegeeinrichtungen als Sterbeorte gegenüber den stationären Hospizen benachteiligt, in denen auskömmliche Tagessätze ein würdevolles Sterben mit guter Personalausstattung ermöglichen.

Dies sei anhand eines Beispiels verdeutlicht: In einem stationären Pflegeheim beträgt das Gesamtheimergeld für die Pflegestufe I 2.244 Euro pro Monat, für die Pflegestufe II 2.816 Euro und für Pflegestufe III 3.225 Euro und für die Pflegestufe III mit Härtefall 3.593 Euro. Demgegenüber wird für das stationäre Hospiz ein Tagessatz von 271 Euro bezahlt. Monatlich beträgt die Differenz zwischen dem Pflegesatz in einem stationären Hospiz somit 5.915 Euro in Pflegestufe I, 5.350 Euro in Pflegestufe II, 4.947 Euro in Pflegestufe III und immerhin noch 4.583 Euro in der Pflegestufe III mit Härtefall. Auch wenn im Pflegeheim nicht in jedem Einzelfall ein so hoher Versorgungsaufwand wie im Hospiz entsteht, zeigt die monatliche Differenz in der Finanzausstattung zwischen Hospiz und Pflegeheim, dass die Finanzausstattung für die Sterbebegleitung im Pflegeheim unzureichend ist und dringend verbessert werden muss.

Im Vorfeld der Eckpunkte und des Referentenentwurfs zu diesem Gesetz hatten sich alle Verbände der Freien Wohlfahrtspflege dafür ausgesprochen, für die Sterbebegleitung, die Verbesserung der Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in den vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Vergütungszuschlag in einem neuen § 87c SGB XI

³ In einer Untersuchung zur Verweildauer, in die 2800 verstorbene Bewohner (2007 bis 2009) einbezogen wurden, verstarben die Hälfte der erfassten Bewohner innerhalb eines Zeitraums von ca. 15 Monaten. Knapp ein Fünftel der Bewohner überlebt die ersten vier Wochen nach dem Einzug nicht. Von den männlichen Bewohnern sind 50 % bereits nach knapp 5 Monaten verstorben. Das Durchschnittsalter der verstorbenen Bewohner liegt bei 86,7 Jahren. (Gero Techtmann; Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege – Eine empirische Erhebung als Ausgangspunkt veränderter Handlungsschwerpunkte im Ev. Johanneswerk e.V. (Teil 1); TUP Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 5.2010, S. 346 - 352

vorzusehen. Vorbild für diesen Vergütungszuschlag ist der bestehende Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung nach § 87b SGB XI, denn dieser wird allein von der Pflegekasse und nicht von den Versicherten getragen. Der Gesetzentwurf schlägt einen anderen Weg ein, den wir konstruktiv in § 132g SGB V durch ergänzende Vorschläge begleiten wollen (s. oben). Caritas und Diakonie betonen, dass für ein würdevolles Sterben in den vollstationären Pflegeeinrichtungen, aber auch im ambulanten Bereich, dringend Rahmenbedingungen für eine bessere Personalausstattung geschaffen werden müssen.

Der Bundesrat führt in seiner Stellungnahme zu den Änderungen in den §§ 28 und 75 SGB XI aus, dass mit diesen eine erhöhte Leistungserwartung verbunden ist. Des Weiteren weist er darauf, dass eine ergänzte Leistungserwartung die Frage von Mehrkosten und ihrer Gegenfinanzierung aufwirft, und fordert, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Regelung zu treffen sei, bei der es eine weitere finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und der Träger der Sozialhilfe vor dem Hintergrund des bestehenden Teilleistungssystems der Pflegeversicherung zu vermeiden gelte. Diese Forderung unterstützen Caritas und Diakonie nachdrücklich.

Sterbebegleitung im häuslichen Bereich

Auch im Bereich der ambulanten Pflege muss es Leistungsverbesserungen geben, um den Grundsatz umzusetzen, dass die Pflege auch die Sterbebegleitung umfasst. Eine wesentliche Leistungsverbesserung betrifft den Bereich der Häuslichen Krankenpflege. Dazu haben wir oben im Rahmen der Bewertung des § 92 SGB V ausführlich Stellung genommen. Viele sterbende Menschen, die im Rahmen der AAPV und SAPV versorgt werden, haben in ihren letzten Lebenstagen zusätzlich einen intensiven Bedarf an Pflege und Begleitung, der nicht über die Sachleistung nach § 36 SGB XI und die Häusliche Krankenpflege abgedeckt werden kann. Hierzu zählt ein hoher Aufwand an Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung, die bestmögliche Schmerzlinderung und die Rufbereitschaft des ambulanten Pflegedienstes. Caritas und Diakonie sowie die anderen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege haben vorgeschlagen, zur Deckung dieses Bedarfs ggf. die Ersatzpflege nach § 39 SGB XI aufzustocken. Sofern der zur Verfügung stehende Jahresbetrag für die Ersatzpflege bereits aufgebraucht ist, soll ein Anspruch auf einen weiteren vollen Jahresbetrag bestehen. Menschen, die noch keinen Anspruch auf SGB XI-Leistungen haben, soll eine kurzfristige Einstufung in die Pflegeversicherung ermöglicht werden. Dafür sollen die verkürzten Begutachtungsfristen nach § 18 Abs. 3 SGB XI gelten.

Sterbebegleitung in der Tagespflege/teilstationären Pflege

Die geplante Normierung, dass die Pflege nach § 28 Absatz 5 SGB XI neu nun grundsätzlich auch die Sterbebegleitung als Leistung umfasst, ist für die Tagespflege kritisch zu hinterfragen. Die Sterbebegleitung in der Tagespflege durchzuführen ist wenig realistisch, da davon auszugehen ist, dass sterbende Menschen dann doch eher im häuslichen Umfeld verbleiben und dort versorgt werden wollen. Hinzu kommt, dass für die teilstationäre Pflege keine kostenerstattungsfähigen Leistungen beschrieben werden.

Lösungsvorschläge

Die Erweiterung der Pflege um die Aufgabe der Sterbebegleitung greift zu kurz. Es ist zudem zu ergänzen, dass den Bedürfnissen nach psycho-sozialer und seelsorgerlichen Begleitung Rechnung zu tragen ist.

§ 28 Absatz 5 Satz 1 soll daher wie folgt ergänzt werden:

„Pflege schließt allgemeine **palliative Versorgung, hospizliche Begleitung** und Sterbebegleitung mit ein; **dabei sind auch die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach psychosozialer und seelsorgerlichen Begleitung zu berücksichtigen.** Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“

Ist der Jahresbetrag der Ersatzpflege bereits ausgeschöpft, wenn eine Person in die Sterbephase kommt, kann der Höchstbetrag der Ersatzpflege nochmals um den maximal für ein Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Betrag aufgestockt werden. Bestand vor der Sterbephase noch keine Pflegebedürftigkeit, soll die Möglichkeit einer Einstufung auf dem Weg der verkürzten Begutachtungsfristen erfolgen.

§ 39 ist nach Absatz 2 um folgenden Absatz 3 neu zu ergänzen. Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4:

„Versicherte haben für ihre Sterbebegleitung Anspruch auf Mittel der Ersatzpflege. Sind die Mittel der Ersatzpflege nach Absatz 1 Satz 3 in voller Höhe im Kalenderjahr in Anspruch genommen worden, kann der Leistungsbetrag um bis zu höchstens 1.612 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Versicherte, die noch nicht für die voraussichtliche Dauer von mindestens sechs Monaten pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind, erhalten eine vorläufige Pflegestufe. § 18 Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend. **Es entfällt die Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.**“

§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI ist entsprechend der Ergänzungsvorschläge zu § 28 Absatz 5 Satz 1 SGB XI anzupassen, auf die ambulante und vollstationäre Pflege einzuschränken und wie folgt zu ergänzen:

„1. Den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich **der allgemeinen palliativen Versorgung, hospizlichen Begleitung** und Sterbebegleitung **bei der ambulanten und vollstationären Pflege** sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen.“

§ 114 i.V. mit § 115: Qualitätsprüfungen und Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Gesetzentwurf

Vollstationäre Einrichtungen werden ab dem 1.1.2016 nach § 114 Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 neu verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- oder Palliativnetz zu informieren. In § 115 Absatz 1b SGV XI wird entsprechend ergänzt, dass die Landesverbände der Pflegekassen sicherzustellen haben, dass diese Information für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt wird.

Bewertung

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf sollen u.a. Anreize zum weiteren Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt und die Kooperation und Vernetzung in den relevanten Versorgungsbereichen gefördert werden. Des Weiteren wird ausgeführt, dass der Hilfebedarf schwerkranker und sterbender Menschen von Fall zu Fall unterschiedlich sei und sich auch im Verlauf der letzten Lebensphase verändern könne. Daher sei eine vernetzte Versorgung wichtig, die ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote gewährleistet.

Insbesondere die Notwendigkeit der fallbezogenen Koordination und Vernetzung wird auch von Caritas und Diakonie eingefordert, damit schwerkranke und sterbende Menschen entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Bedürfnisse versorgt und betreut werden können. Dieses Ziel kann jedoch für die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen mit den vorgeschlagenen Maßnahmen zur Erweiterung bestehender Mitteilungspflichten um Informationspflichten zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen und deren Veröffentlichung nicht erreicht werden.

So kann ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote neben der ärztlichen Versorgung entsprechend dem individuellen Bedarf nur gewährleistet werden, wenn diese Angebote (z.B. SAPV, ambulante Hospizdienste, Seelsorge/spirituelle Angebote, Physiotherapie, Psychotherapie) in der Region vorhanden und für die einzelne Bewohnerin/den einzelnen Bewohner im Bedarfsfall auch zugänglich sind. Nur wenn beides gegeben ist, können die fallbezogenen Kooperationsbemühungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgreich sein.

Des Weiteren erfordert sowohl die fallbezogene Vernetzung als auch die fallunabhängige/strukturelle Vernetzung mit den anderen Angeboten Ressourcen. Verschiedene Mitgliedseinrichtungen von Caritas und Diakonie haben sich im Rahmen von Modellprojekten, teilweise angestoßen und teilweise finanziell erheblich gefördert durch die Diözesen bzw. Landeskirchen, zu palliativ-kompetenten Pflegeheimen weiterentwickelt. Diese Good-Practice

Praxiserfahrungen zeigen, dass Verbesserungen in der Versorgung am Lebensende möglich sind, wenn den vollstationären Pflegeeinrichtungen entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen, um die Nachhaltigkeit einer hospizlichen Kultur sicherzustellen. Wir teilen den Befund aus der Problembeschreibung des Gesetzentwurfs, dass in der Regelversorgung die Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung und die Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern noch zu wenig ausgeprägt sind (S. 1 und S. 13).

Drittens ist bei der im Gesetzentwurf gewählten Formulierung nicht klar, was Veröffentlichungsinhalt sein soll, zumal es bereits seit dem 01.01.2014 Mitteilungs- und Veröffentlichungspflichten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung gibt. Bei der postulierten Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Es gibt bisher eine Vielfalt in der Praxis, aber keine gesetzliche Definition von einem Hospiz- und Palliativnetz. Auch die Gesetzesbegründung zu § 114 Abs. 1 bleibt hier sehr vage, indem sie ausführt „sie schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten ein, geht aber auch darüber hinaus, indem sie etwa ambulante Hospizdienste einbezieht.“

Aus den genannten Gründen und da die Einrichtungen schon heute die Möglichkeit haben, über Kooperationen mit palliativen und hospizlichen Angeboten über das Freitextfeld zu informieren, halten Caritas und Diakonie die Neuregelungen für entbehrlich. Die Ergänzungen in §§ 114 und 115 sind daher ersatzlos zu streichen.

Lösungsvorschlag

Die Neuregelungen in § 114 und § 115 SGB XI sind ersatzlos zu streichen.

Artikel 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17b Absatz 1 KHG

Gesetzentwurf

Palliativstationen und -einheiten im Krankenhaus erhalten durch die vorgesehene Regelung die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten. Sie können einseitig den Kostenträgern erklären, ob sie solche Entgelte vereinbaren wollen.

Bewertung

Gemeinsam mit den kirchlichen Krankenhausverbänden DEKV und KKVD bewerten wir diese Regelung als äußerst positiv. Sie gewährleistet den Krankenhäusern das alleinige Wahlrecht in der Finanzierungsform ihrer jeweiligen Versorgungskonzepte auf den Palliativstationen. Die Anerkennung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen wurde in den letzten Jahren durch die Verhandlungspraxis der Krankenkassen vor Ort zusehends erschwert. Bei den Budgetverhandlungen wurden die Kliniken stark unter Druck gesetzt, um sie in die Abrechnung über das Fallpauschalensystem zu drängen. Viele Krankenhäuser bewerten die DRG-Systematik mit ihren bekannten systemimmanenten Anreizen zur Verweildauerverkürzung und Normierung von Behandlungsleistungen in diesem sehr patientenindividuell zu gestaltenden Versorgungsbereich jedoch als deplatziert und versorgungspolitisch nicht zielführend. Dank der neuen Regelung werden die in dieser Streitfrage von den Krankenkassen bisher herbeigeführten Schlichtungsverfahren zukünftig unnötig. Den Krankenhäusern wird damit ermöglicht, die Versorgungsvielfalt im Rahmen der stationären Palliativmedizin auf Basis der existierenden unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten patientenzentriert zu gestalten. Um den Hospizgedanken flächendeckend in die allgemeine Krankenhausversorgung zu integrieren, bedarf es allerdings noch weiterer Anstrengungen und neuer gesetzgeberischer Impulse. Die Förderung von Palliativstationen allein reicht nicht aus, um allen Patienten und Angehörigen eine angemessene Sterbebegleitung im Krankenhaus zu ermöglichen und eine flächendeckende, zwischen Krankenhaus und ambulantem Versorgungsbereich gut verzahnte palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung vor allem im ländlichen Bereich zu gewährleisten.

Caritas und Diakonie betonen, dass der Gesetzentwurf noch nicht ausreicht, um allen Patienten und Angehörigen auch auf Normalstationen eine angemessene Sterbebegleitung zu ermöglichen. Um eine flächendeckende, zwischen Krankenhaus und ambulantem Versorgungsbereich gut verzahnte palliativmedizinische Versorgung zu gewährleisten, muss die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus ausgebaut werden. Die Förderung von Palliativstationen allein greift zu kurz. Diese Form der spezialisierten Palliativbehandlung ist nicht in allen Krankenhäusern vorhaltbar.

Hierfür ist einerseits eine darauf ausgerichtete berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung des notwendigen Personals erforderlich, da entsprechende Kompetenzen größtenteils noch nicht im Rahmen der Ausbildung erworben wurden. Um die dafür erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen realisieren zu können, sollte der Gesetzentwurf ein spezifisches Förderprogramm mit bundesweit für die Krankenhäuser abrufbaren Finanzierungsmitteln vorsehen.

Außerdem bedarf es stationsübergreifender Palliativdienste im Krankenhaus, die als multiprofessionelle Teams die palliative Mitbehandlung und Begleitung der betroffenen Patienten übernehmen. Hierbei kommt der psychologischen Unterstützung besondere Bedeutung zu. Solche Palliativdienste können insbesondere auch zur Optimierung der Nahtstelle zwischen Krankenhaus und verlässlicher Weiterversorgung im häuslichen Umfeld beitragen und entsprechen dem Wunsch vieler Patienten, soweit möglich zuhause sterben zu können. Vor

allein in (ländlichen) Regionen ohne ausreichende ambulante Palliativversorgungsangebote kann der Palliativdienst diese Brückenfunktion übernehmen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass ambulante Hospizdienste im Auftrag des Krankenhausträgers tätig werden. Hospizdienste erfüllen ihre Aufgabe jedoch grundsätzlich auf Wunsch und im Auftrag des Versicherten. Der Gesetzentwurf sollte dahingehend entsprechend korrigiert werden.

C. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN: Gute Versorgung am Lebensende sichern – Palliativ- und Hospizversorgung stärken (BT-Drs. 18/4563)

Antrag

Die Fraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN hat einen sehr differenzierten Vorschlag zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung vorgelegt. Die GRÜNEN fordern, die Beratung und Begleitung zu verbessern, indem alle Versicherten einen Anspruch auf individuelle Pflegeberatung und ein unabhängiges Case-Management erhalten. Notwendig sei auch eine Verbesserung der Information der Versicherten über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer Palliativ- und Hospizversorgung. Gemeinsam mit den Ländern und Kommunen sei das bürgerschaftliche Engagement besser zu unterstützen, um mehr Ehrenamtliche für die hospizliche Begleitung zu gewinnen. In diesem Zusammenhang sei auch die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste zu verbessern. Zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau der Palliativ- und Hospizversorgung solle neben der SAPV eine Säule der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) aufgebaut werden. Gleichzeitig müssten die weißen Flecken in der Landschaft der SAPV-Versorgung unter Einbeziehung der Länder und Kommunen geschlossen werden. Die GRÜNEN fordern, die Finanzierung der stationären Hospize auf eine breitere Basis zu stellen. Ein weiterer Schwerpunkt des Antrags liegt auf der Verbesserung der Palliativversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen und in den Krankenhäusern. Einen Beitrag dazu könne die Einführung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente in beiden Einrichtungsformen leisten. Bis zur Einführung solcher Instrumente solle den stationären Pflegeeinrichtungen vorübergehend ein Vergütungszuschlag gewährt werden. Auch die § 119b-Verträge zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen müssten auf den Prüfstand gestellt werden, da die gesetzlichen Regelungen wenig Wirksamkeit entfaltet hätten. Zuletzt fordern die GRÜNEN, die Forschung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung stärker zu fördern und die Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich gezielt zu unterstützen, u.a. durch den Aufbau weiterer Lehrstühle zur Palliativversorgung.

Bewertung

Caritas und Diakonie unterstützen den Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu weiten Teilen. Grundsätzlich teilen wir die Einschätzung, dass sich die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland noch zu einseitig auf Menschen mit Krebserkrankungen konzentriert und zu wenig die Bedarfe anderer chronisch unheilbarer und lebenslimitierender Erkrankungen in den Blick nimmt. Caritas und Diakonie unterstützen zudem nachdrücklich die Forderung, dass die Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen und wohnungslosen Menschen in den Blick genommen werden müssen. Caritas und Diakonie schlagen in diesem Zusammenhang konkret vor, § 39a Absatz 1 und 2 (stationäre und ambulante Hospizleistungen) sowie § 39b (Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen) um die besonderen Bedarfe dieser Gruppen entsprechend zu ergänzen.

Im Folgenden wird der Antrag der GRÜNEN im Einzelnen bewertet.

Ad 1. Information, Beratung

Caritas und Diakonie unterstützen das Petitum der GRÜNEN, der Trauerarbeit von Angehörigen künftig einen höheren Stellenwert einzuräumen und unterstützen den Vorschlag der GRÜNEN, die Selbsthilfe nach § 20h SGB V in diesem Bereich auszubauen.

Caritas und Diakonie haben in ihren Stellungnahmen zum Familienpflegezeitgesetz ebenso wie die GRÜNEN gefordert, dass die drei Monate, für welche Beschäftigte sich für die Begleitung eines nahe Angehörigen in der Sterbephase freistellen lassen können, nicht auf die Höchstdauer von 24 Monaten der kombinierbaren Freistellungen nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz angerechnet werden, sondern zusätzlich in Anspruch genommen werden können. Wir unterstreichen diese Forderung im Zusammenhang mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nochmals.

Caritas und Diakonie haben sich in ihrer obigen Stellungnahme zum Gesetzentwurf dezidiert für ein Fallmanagement ausgesprochen, dessen Ziel die Abstimmung, Bündelung und bruchlose Koordination von Leistungen für die Versicherten sein soll. Nach unserer Auffassung muss ein solches Case-Management qualitätsgesichert sein und alleine den Interessen des Versicherten verpflichtet. Das Case-Management soll dort erfolgen, wo die Menschen leben, wie z.B. in der stationären Pflegeeinrichtung. Diese soll dafür Sorge tragen, alle relevanten Akteure in die Versorgung einzubinden und sich innerhalb der regionalen Versorgungsstruktur adäquat strukturell zu vernetzen, um passgenaue, auf die individuellen Bedarfe zugeschnittene Angebote unterbreiten zu können.

Ad 2. Bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt

Wir teilen die Zustandsbeschreibung der GRÜNEN, dass die Vernetzung stationärer Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser mit den ambulanten Hospizdiensten noch ausbaufähig ist. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass gerade die kirchlichen Einrichtungen hohe Anteile an Ehrenamtlichen aufweisen und das bürgerschaftliche Engagement stark fördern.

Unsere kirchlichen Krankenhäuser unterstützen nachdrücklich die Forderung der GRÜNEN, ambulante Hospizdienste besser ins Krankenhaus einzubinden. Diesem Petitum wurde im vorliegenden Gesetzentwurf bereits Rechnung getragen. Wir wiederholen in diesem Zusammenhang unsere Forderung, im Gesetzestext zu korrigieren, dass ambulante Hospizdienste im Auftrag des Krankenhausträgers tätig werden. Ambulante Hospizdienste werden grundsätzlich nur im Auftrag und auf Wunsch des Versicherten tätig.

Der Antrag der GRÜNEN greift die langjährige Kritik von Caritas und Diakonie auf, dass ambulante Hospizdienste erst eine Förderung erlangen können, wenn sie 1 Jahr lang Sterbebegleitungen erbracht haben. Die fehlende Anschubfinanzierung erschwert Neugründungen von ambulanten Hospizdiensten von kleineren Trägern, denn diese müssen ihre Mitarbeiter ein Jahr lang bezahlen, bevor sie die Förderung erhalten. Der Gesetzgeber hat nun

diese Kritik aufgegriffen und sieht eine zeitnahe Förderung vor. Da das Wörtchen „zeitnah“ ein unbestimmter Rechtsbegriff ist, setzen sich Caritas und Diakonie für eine Vorfinanzierung der Sterbebegleitungen mit anschließender Spitzabrechnung im Folgejahr ein (s. Bewertung zu § 39a Absatz 2).

Ad 3. Leistungsangebot und -ansprüche

Caritas und Diakonie teilen die Bewertung der GRÜNEN, dass der Ausbau der SAPV zwar von Jahr zu Jahr fortschreitet, jedoch immer noch viele weiße Flecken in Deutschland zu verzeichnen sind. Als Lösung fordern wir zusätzlich zur im HPG vorgeschlagenen Schiedsperson einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen.

Caritas und Diakonie begrüßen, dass sich die GRÜNEN für einen Auf- und Ausbau der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) einsetzen. Der Gesetzentwurf hat hierfür die Grundlagen geschaffen, indem in § 37 SGB V nun ein Rechtsanspruch der Versicherten auf diese Leistung geschaffen wird, was unserer Forderung aus der Bewertung des RefE entspricht. Ebenso sieht der Gesetzentwurf eine Erweiterung der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege vor, was Caritas und Diakonie immer gefordert hatten und ausdrücklich begrüßen. Die GRÜNEN weisen darauf hin, dass die Kostenträger die Bewilligung von HKP seit Jahren sehr restriktiv handhaben. Diese Beobachtung können Caritas und Diakonie aus ihrer Praxis bestätigen. Die GRÜNEN weisen darauf hin, dass bestehende gut funktionierende Verträge zwischen SAPV und AAPV, wie in Westfalen-Lippe auch nach der neuen Gesetzessystematik Bestand haben sollte. Auch dies unterstützen Caritas und Diakonie im Sinne einer Bestandsschutzsicherung

Die GRÜNEN weisen in ihrem Antrag auf die teilweise unzureichende Versorgung von Privatversicherten außerhalb des Basistarifs mit SAPV-Leistungen hin. Diese Problemanzeige erreicht auch Caritas und Diakonie immer wieder. Auch der Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses weist dieses Problem in jedem seiner Jahresberichte aus, was auf eine Lücke in der Versorgung schließen lässt. Caritas und Diakonie unterstützen den Lösungsvorschlag der GRÜNEN, die SAPV in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif aufzunehmen.

Die Forderung der GRÜNEN nach einer Finanzierung der stationären Hospize durch die gleichzeitige Anhebung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV von 7 auf 9 Prozent und im GRÜNEN-Antrag ins Auge gefasste Erhöhung der zuschussfähigen Kosten von 90 auf 95 Prozent ist durch den Gesetzentwurf eingelöst worden. Caritas und Diakonie haben sich für beide Finanzierungsmodi proaktiv eingesetzt.

Ad 4. Stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser

Caritas und Diakonie teilen die Einschätzung der GRÜNEN, dass die Palliativversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen dringend verbesserungsbedürftig ist. Ziel muss eine Personalausstattung sein, die es den Einrichtungen ermöglicht, den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung zu entsprechen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen dürfen nicht als Orte des Sterbens gegenüber den stationären Hospizen

benachteiligt werden, in denen auskömmliche Tagessätze und gute Personalausstattung ein würdevolles Sterben ermöglichen. In der letzten Lebensphase ist eine intensive Personalpräsenz der Pflegemitarbeitenden erforderlich. Insbesondere entsteht ein hoher zeitlicher Mehraufwand für die Behandlungspflege im Rahmen der Palliativpflege, für die erforderliche intensive psychosoziale Begleitung der Sterbenden, für die strukturelle Vernetzung und Koordination aller beteiligten Akteure (Ärzte, ambulante Hospizdienste, ggf. SAPV-Team, Seelsorge etc.), Gespräch mit Angehörigen bzw. Zugehörigen und ggf. für ethische Fallbesprechungen sowie ethische Supervisionen. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen bei der Wahrnehmung ihrer genuinen Aufgabe der Sterbebegleitung entsprechend unterstützt werden. Die GRÜNEN fordern die Einführung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente. Caritas und Diakonie unterstützen die Forderung nach einer Entwicklung solcher Instrumente jedenfalls für den stationären Bereich. Dies jedoch kann nicht die Lösung des Problems sein, denn der Einsatz von mehr Personal bedeutet in einem Teilleistungssystem wie dem SGB XI zugleich auch automatisch höhere Eigenanteile. Die GRÜNEN haben dieses Problem ebenfalls gesehen und fordern daher bis zur Einführung einer verbindlichen Personalbemessung einen Vergütungszuschlag, mit dem die Versicherten nicht belastet werden dürfen. Die Wohlfahrtsverbände unter dem Dach der BAGFW haben einen solchen Vergütungszuschlag nach § 87c SGB XI gleichfalls erwogen, damit die Versicherten durch die Verbesserung der Palliativversorgung nicht noch stärker belastet werden und gegenüber der Versorgung im stationären Hospiz benachteiligt werden. Die Einführung eines Vergütungszuschlages wird daher von Caritas und Diakonie als eine Option angesehen. In erster Linie verfolgen Caritas und Diakonie jedoch den Weg, eine bessere Palliativversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen über das SGB V herbeizuführen. Die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach dem im Gesetzentwurf vorgesehenen § 132g SGB V ist daher entsprechend inhaltlich auszugestalten und mit auskömmlichen finanziellen Ressourcen zu versehen. In diesem Zusammenhang unterstreichen wir die langjährige Forderung von Caritas und Diakonie sowie der übrigen Wohlfahrtsverbände, die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V zu refinanzieren.

Wie die GRÜNEN bewerten auch Caritas und Diakonie die Regelungen des § 119b SGB V zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung als unzureichend. Ebenso wie die GRÜNEN fordern wir, dass nicht nur die Ärzte einen Vergütungszuschlag für die Versorgung von pflegebedürftigen Heimbewohnern erhalten, sondern auch die Pflegeeinrichtungen, da ihnen durch die Kooperation und Koordination ebenfalls ein zusätzlicher, bisher nicht refinanzierter Aufwand entsteht.

Ad 5. Forschung

Caritas und Diakonie teilen die Einschätzung des Antrags der GRÜNEN, dass die Forschung zur Palliativversorgung in Deutschland stark verbesserungsfähig sei, wie die Studien der Leopoldina und auch der Konrad-Adenauer-Stiftung ausweisen.

Nachdrücklich unterstützen wir den Ansatz der GRÜNEN, die bestehenden Ausbildungs- bzw. Studiencurricula aller Gesundheitsberufe dahingehend zu prüfen, ob grundlegende Kompetenzen der Palliativ- und Hospizversorgung darin hinreichend abgebildet sind. Wir teilen

die Auffassung der GRÜNEN, dass das Fach Palliativmedizin, das 2009 in der Approbationsordnung verankert wurde, in der medizinischen Lehre von untergeordneter Bedeutung geblieben ist, was vor allem auch auf die geringe Anzahl von Lehrstühlen für dieses Fach in Deutschland zurückzuführen ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf auf der Ebene der Länder.

D. Antrag der Fraktion DIE LINKE Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern (BT-Drs. 18/5202)

Antrag

Im Antrag der Fraktion die Linke wird gefordert, den Rechtsanspruch auf eine allgemeine Palliativversorgung gesetzlich so auszugestalten, dass jede Bürgerin und jeder Bürger diesen unabhängig von der Art der Erkrankung, von der Behinderung, von dem individuellen Lebensort, der Wohnform sowie der Versicherungsform in Anspruch nehmen kann. Des Weiteren wird ein flächendeckender, barrierefreier Ausbau von Hospizangeboten, insbesondere im ambulanten Bereich sowie im ländlichen Raum und deren interkulturelle Ausgestaltung für unverzichtbar gehalten. Daneben wird gefordert, notwendige Maßnahmen zur qualitativen Verbesserung der Palliativversorgung und Sterbebegleitung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu ergreifen sowie eine nationale Palliativstrategie zu erarbeiten.

Bewertung

Caritas und Diakonie unterstützen die Forderung, dass der Rechtsanspruch auf eine allgemeine Palliativversorgung gesetzlich so ausgestaltet werden sollte, dass jeder diesen unabhängig von der Art der Erkrankung, von der Behinderung, von dem individuellen Lebensort, der Wohnform sowie der Versicherungsform in Anspruch nehmen kann. Hierzu gehört unserer Auffassung nach auch, dass neben der SAPV die AAPV als Rechtsanspruch des Versicherten im SGB V im Rahmen der Regelversorgung verankert wird. Auch wir sehen die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der Finanzverantwortung des SGB V. Daneben darf das erweiterte Angebot der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen nicht zu weiter steigenden Eigenanteilen der Bewohnerinnen und Bewohner und für deren Angehörige führen. Hier stimmen wir mit dem Antrag der Linken überein. Der vorliegende Gesetzentwurf eines Hospiz- und Palliativgesetz bietet hier keine zufriedenstellende Antwort.

Nach der Auffassung von Diakonie und Caritas sind regionale und zielgruppenbezogene Unterschiede in der Versorgung mit ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen zu verzeichnen. Abhilfe schaffen kann hier sicherlich eine bedarfsdeckende Finanzierung der Hospizleistungen; die geplanten Änderungen in § 39a Absatz 1 und Absatz 2 des Gesetzentwurfs gehen hier in die richtige Richtung. Wir stimmen dem Antrag der Linken zu, der eine 25 prozentige Sachkostenfinanzierung zusätzlich zu der Personalkostenfinanzierung fordert. Eine Vollfinanzierung der stationären Hospize hingegen lehnen wir ab. Hospize gründen auf dem

bürgerschaftlichen Engagement. Wir erachten die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten von 90 als 95 Prozent, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, als auskömmlich und sachgerecht. Des Weiteren ist eine stärkere Ausrichtung der Hospizangebote an den Belangen von Menschen mit Behinderung, mit psychischen Beeinträchtigungen, mit einem Migrationshintergrund, suchtkranken und wohnungslosen Menschen Rechnung sowie Kindern notwendig.

Caritas und Diakonie teilen die Einschätzung der LINKEN, dass die Sterbebegleitung und Palliativversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen dringend verbesserungsbedürftig ist. Ziel muss eine Personalausstattung sein, die es den Einrichtungen ermöglicht, den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung zu entsprechen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen dürfen nicht gegenüber den stationären Hospizen strukturell benachteiligt werden, in denen auskömmliche Tagessätze und gute Personalausstattung ein würdevolles Sterben ermöglichen. In der letzten Lebensphase ist eine intensive Personalpräsenz der Pflegemitarbeitenden erforderlich. Insbesondere entsteht ein hoher zeitlicher Mehraufwand für die Behandlungspflege im Rahmen der Palliativpflege, für die erforderliche intensive psychosoziale Begleitung der Sterbenden, für die strukturelle Vernetzung und Koordination aller beteiligten Akteure (Ärzte, ambulante Hospizdienste, ggf. SAPV-Team, Seelsorge etc.), Gespräch mit Angehörigen bzw. Zugehörigen und ggf. für ethische Fallbesprechungen sowie ethische Supervisionen. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen bei der Wahrnehmung ihrer genuinen Aufgabe der Sterbebegleitung entsprechend unterstützt werden. Dafür müssen entsprechende personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, wie von Caritas und Diakonie zu § 132g SGB V neu ausgeführt.

Die LINKEN fordern die Festlegung von Personalbemessungsstandards für eine hochwertige Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Caritas und Diakonie unterstützen die Forderung nach einer Entwicklung von Personalbemessungsinstrumenten für den Bereich der vollstationären Pflege, unabhängig davon, dass wir den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht als das richtige Selbstverwaltungsgremium für diese Entscheidungen ansehen. Die Einführung von Personalbemessungsstandards kann jedoch nicht die Lösung des Problems sein, denn der Einsatz von mehr Personal bedeutet in einem Teilleistungssystem wie dem SGB XI zugleich auch automatisch höhere Eigenanteile für den Versicherten oder subsidiär eine Erhöhung der Sozialhilfekosten. Hier bedarf es weiterer Schritte.

Ein nicht unerheblicher Anteil der im Krankenhaus sterbenden Menschen stirbt nicht auf einer Palliativstation. Im Krankenhaus muss deshalb die allgemeine Palliativversorgung ausgebaut werden, der Ausbau von Palliativstationen reicht hier nicht aus. Die Festlegung von Qualitäts- und Personalbemessungsstandards, um sicherzustellen, dass in jedem Krankenhaus ausreichend Palliativ-Care-Fachkräfte zur Verfügung stehen, ist sicherlich ein erster Schritt in die richtige Richtung. Dabei darf es jedoch nicht bleiben. Es muss auch geklärt werden, wie diese in einem DRG- System finanziert werden sollen.

Im Hinblick auf die Koordination der Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung möchten wir zu bedenken, dass es hier nicht nur einer koordinierten ärztlichen Leistung, bedarf

sondern auch einer koordinierten pflegerischen Leistung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. Diese ist in den Regelungen zur häuslichen Krankenpflege explizit zu verankern und auch als eigenständige Leistung zusätzlich zu finanzieren.

Caritas und Diakonie unterstützen die gemeinsame Erarbeitung einer allgemeinen nationalen Palliativstrategie wie dies in gegenwärtigen Chartaprozess III geschieht und bringen sich dort zusammen mit einer Vielzahl an Akteuren aktiv ein.

Berlin/ Freiburg, den 13. September 2015

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46, elisabeth.fix@caritas.de

Erika Stempfle, Referentin im Arbeitsfeld ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste/ambulante Altenhilfe; Diakonie Deutschland, Tel. 030 65211 1672, erika.stempfle@diakonie.de

Thomas Hiemenz, Projektleitung „Bei uns soll keiner alleine Sterben“, Deutscher Caritasverband Freiburg, Tel. 0761 200 381, thomas.hiemenz@caritas.de