

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

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. Schwerstkranke 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, 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 Trauer 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 Referentenentwurfs 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 Referentenentwurfs 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 Personalausstattung 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 seelsorgerische Betreuung 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 Referentenentwurf 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 Referentenentwurf vorgesehenen Ansatz eines § 132f SGB V „Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende“. Caritas und Diakonie unterstützen den Lösungsansatz über § 132f SGB V grundsätzlich. Für die Vorausplanung gesundheitlicher Versorgung zum Lebensende muss jedoch auch eine ausreichende finanzielle Ausstattung zur Verfügung gestellt werden. Wir kalkulieren hierfür 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. Darüber hinaus setzen wir uns dafür ein, dass die Grundpflege im Rahmen der AAPV auch in den Fällen verordnet werden kann, in denen durch Häusliche Krankenpflege keine Krankenhausvermeidung oder -verkürzung erfolgt. 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 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 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 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 führen. Die Notwendigkeit der fallbezogenen Koordination und Vernetzung wird auch von Caritas und Diakonie eingefordert, damit schwerkranke und sterbende Menschen entsprechend ihrer individuellen Wünschen und Bedürfnissen versorgt und betreut werden können. Dieses Ziel kann jedoch nicht 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..

B. Zu den Änderungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 27: Krankenbehandlung

Referentenentwurf

Der Referentenentwurf 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.

§ 39a Abs. 1: Stationäre Hospizleistungen

Referentenentwurf

Der Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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 Abs. 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 wäre unserer Auffassung nach zu prüfen, ob es für die Kinderhospize einer eigenen Rahmenvereinbarung bedarf oder nur gesonderter Abschnitte der Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize. An einer gesonderten Rahmenvereinbarung bzw. an einer Prüfung von deren Notwendigkeit sind alle Rahmenvereinbarungspartner zu beteiligen, zumal nicht geklärt ist, ob nicht doch alle Rahmenvereinbarungspartner auch gleichzeitig zu den für die Wahrnehmung der Interessen der Kinderhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen zählen.

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.

Caritas und Diakonie sprechen sich für eine entsprechende Fristsetzung zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungsinhalte in der Rahmenvereinbarung nach § 39 Abs. 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.

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.

Die Prüfung, ob es für die Kinderhospize einer eigenen Rahmenvereinbarung bedarf oder nur gesonderter Abschnitte in der Rahmenvereinbarung sollte durch alle Rahmenvereinbarungspartner erfolgen, deshalb ist § 39a Absatz 1 Satz 5 2. Halbsatz in einem Satz 6 neu wie folgt zu fassen:

Zur Versorgung in Kinderhospizen kann auch eine gesonderte Rahmenvereinbarung ~~mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Kinderhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen~~ abgeschlossen werden ~~kann.~~“

§ 39a Abs. 2: Ambulante Hospizleistungen

Referentenentwurf

Für die Rahmenvereinbarungen zur ambulanten Hospizarbeit nach § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V werden ergänzende Neuregelungen getroffen. So 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 hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Koordinierungs- und Beratungsaufwands der hauptamtlichen Mitarbeiter 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 behinderte Menschen 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 Referentenentwurf 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.

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 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 hauptamtlichen Mitarbeitern, insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Koordinierungs- und Beratungsaufwands der hauptamtlichen Mitarbeiter aufgrund steigender Fallzahlen, vorgeschlagen. Damit wird den Partnern der Rahmenvereinbarung auferlegt zu überprüfen, ob das festgelegte Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen 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 sehen aus ihrer Praxis heraus zudem noch einen weiteren Regelungsbedarf, die fehlende Berücksichtigung der Sachkosten betreffend. 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 Gruppenraummieten, 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.

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

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 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 Personal- **sowie Verwaltungs- und Sachkosten**. Der Zuschuss 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 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 hauptamtlichen Mitarbeitern sicherzustellen, ist in § 39 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

Referentenentwurf

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 Referentenentwurfs, 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.

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 Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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.

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

Referentenentwurf

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

Referentenentwurf

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 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 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 Referentenentwurf 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-pflegerischen 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/Allgemeine Ambulante Palliativpflege als Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege

Referentenentwurf

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 allgemeinen ambulanten Palliativversorgung festzulegen. Ausweislich der Gesetzesbegründung betrifft dies vor allem die Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege, die eine im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen sollen. In die Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie soll der Sachverstand der maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung 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. Der Gesetzentwurf weist der häuslichen Krankenpflege in der allgemeinen 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 Referentenentwurf stellt zwar durch die Einfügung von Satz 3 in § 27 Abs.1 klar, dass auch die palliative Versorgung zur Krankenbehandlung der Versicherten gehört. Dennoch halten wir es für erforderlich, auch eine entsprechende klarstellende Ergänzung in § 37 Häusliche Krankenpflege Absatz 1 und Absatz 2 vorzunehmen. Analog bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung auch Regelungsinhalt von § 132a SGB V Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege ist.

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.

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

§ 37 Absatz 1 Satz 2 ist um den letzten Halbsatz und § 37 Absatz 2 um einen Satz 2 neu zu ergänzen, um klarzustellen, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung der Versicherten Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege ist. Daneben ist ein erweiterter Rechtsanspruch des Versicherten auf Häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1 im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativpflege zu statuieren.

§ 37 ist daher wie folgt zu formulieren:

§ 37 Häusliche Krankenpflege

„(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie 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. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung **und die allgemeine ambulante Palliativversorgung der Versicherten. Im Rahmen der palliativ-pflegerischen Versorgung hat der Versicherte auch dann einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, wenn Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann.** Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist. **Die Begrenzung des Anspruchs des Versicherten**

auf bis zu vier Wochen je Krankheitsfall gilt nicht für die Häuslichen Krankenpflege im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung der Versicherten.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie 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. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. **Zur Häuslichen Krankenpflege gehört auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung der Versicherten.“**

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

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 Abs. 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 Abs. 2 Satz 5 sowie in den neu einzufügenden Sätze 6 bis 9 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

Referentenentwurf

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.

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.

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.

§ 132d: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Referentenentwurf

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“.

§ 132f: Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

Referentenentwurf

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI können Versicherten in ihrer Einrichtung eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende 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 Notfallszenarien 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 Vorausplanung auch die Abstimmung von Notfallszenarien mit relevanten Rettungsdiensten und Krankenhäusern vor. Zur Sicherstellung einer umfassenden medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und seelsorgerischen 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 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 und behinderten Menschen,

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. 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

§ 132f Abs. 1: Gegenstand und Inhalte der Gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende

Caritas und Diakonie begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten, eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende gemeinsam mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern zu gestalten. Der in der Überschrift zu § 132f SGB V gewählte Begriff der „Versorgungsplanung“ ist sehr allgemein gehalten. Es sollte aus unserer Sicht klar zum Ausdruck kommen, dass die Beratung und die auf den Beratungsergebnissen aufbauende Versorgungsplanung auf dem Element der Vorausplanung beruhen. Wir schlagen daher vor, die Überschrift zu § 132f SGB V umzutitulieren in „Vorausplanung gesundheitlicher Versorgung zum Lebensende“.

Vorab der eigentlichen Bewertung der Inhalte von § 132f SGB V neu sei redaktionell angemerkt, dass Pflegeeinrichtungen nicht, wie in § 132f 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 Vorausplanung zum Lebensende 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 Vorausplanung erfordert daher von einer vollstationären Pflegeeinrichtung höchste Umsicht. 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, diese zu vergüten. Sie wird in der Regel sowohl eine Erstberatung als auch Folgeberatungen bis zum Vertragsabschluss 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 kann auch dazu dienen, von den Bewohnerin/dem Bewohner nicht gewollte Krankenhausaufenthalte in der Sterbephase zu vermeiden.

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

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 seelsorgerischer bzw. spiritueller Begleitung wesentlich zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende. Dies greift der Referentenentwurf in § 132f Absatz 1 Satz 2 SGB V neu auf, wonach die Einrichtungen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufzeigen sollen.

Die Beratung soll grundsätzlich als individuelle Fallbesprechung unter Beteiligung des behandelnden Hausarztes bzw. anderer Ärzte ausgestaltet werden. Die Fallbesprechung soll sich auf zwei Elemente konzentrieren: 1. auf die Besprechung medizinischer Abläufe während des Sterbeprozesses und auf eventuelle Notfallszenarien. Nach § 132f Absatz 1 Satz 6 neu sollen diese Notfallszenarien darüber hinaus mit relevanten Krankenhäusern und Rettungsdiensten abgestimmt werden. 2. auf die Abstimmung einzelner geeigneter Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psycho-sozialen Versorgung.

Ad. 1. 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 § 132f Absatz 1 Satz 6 SGB V neu vorgesehene Abstimmung der Notfallszenarien mit Krankenhäusern 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 Notfallszenarien mit jeglichen Krankenhäusern und Rettungsdiensten ist in Bezug auf den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin nicht praktikabel. Caritas und Diakonie empfehlen daher, § 132f Absatz 1 Satz 6 SGB V neu zu streichen. Zudem schlagen wir vor, nicht den Begriff des Notfallszenarios zu verwenden, denn dieser ist assoziiert mit einer plötzlichen, nicht beherrschbaren Notfallsituation. Dies steht einer vorausschauenden Versorgungsplanung, bei der es um ein angemessenes Reagieren auf eine akute Verschlimmerung eines Krankheitszustandes geht, entgegen. Wir schlagen daher vor, den Begriff „Notfallszenario“ durch den Begriff „Notfallplanung und -beratung“ zu ersetzen.

Ad 2. 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 Referentenentwurf dieses Element klar herausarbeitet.

Es ist sinnvoll, dass die Fallbesprechung mehrfach angeboten werden kann. Sie soll allerdings flexibel einsetzbar sein und auch einseitig von der 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. Die Pflegeeinrichtung soll daher im Rahmen der Fallbesprechung eine individuelle Notfallberatung rund um die Uhr vorsehen.

Um eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende vornehmen zu können, bedarf es vor allem der Koordination und Vernetzung der vollstationären Pflegeeinrichtung mit allen dafür relevanten Akteuren: den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem ambulanten Hospizdienst, dem SAPV-Team, den therapeutischen Behandlern, den Apotheken, Sanitätshäusern und nicht zuletzt auch den Seelsorgern. Diese Koordination und Vernetzung muss sowohl fallbezogen als auch institutionenbezogen erfolgen. Diese Netzwerkarbeit ist in § 132f Absatz 1 Satz 7 beschrieben, wonach die Einrichtungen andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote in die Beratung einbeziehen sollen, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung sicherzustellen. Auch für diese Vernetzungsarbeit müssen entsprechende personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden, um die Palliativversorgung von Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wirklich zu verbessern.

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. 19). Das entspräche einem Personalschlüssel von 1:400. Der Referentenentwurf geht davon aus, dass zunächst nur ca. 50 Prozent der Pflegeeinrichtungen die gesundheitliche Versorgungsplanung zum

Lebensende anbieten werden. Caritas und Diakonie gehen davon aus, dass zur Sicherstellung einer nachhaltigen Verbesserung der palliativen Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Sinne der 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. Der Referentenentwurf sieht jedoch für die Beratung zum Lebensende nur einen Betrag in einem vom BMG so bezeichneten Umfang des „unteren mittleren zweistelligen Millionenbereichs“ vor, d.h. maximal 33 Mio. Euro. Caritas und Diakonie fordern den Gesetzgeber auf, für eine gute Palliativversorgung der Heimbewohnerinnen und -bewohner am Lebensende auch den entsprechenden finanziellen Rahmen zur Verfügung zu stellen.

Die Organisationshoheit über die Beratung obliegt grundsätzlich der vollstationären Pflegeeinrichtung. 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.

§ 132f Abs. 2: Vereinbarungen über die Inhalte und Anforderungen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende

Das Nähere über Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung soll nach § 132f Absatz 2 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 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, sterben auch dort oder im Krankenhaus. Daher kommt eine solche Beratungsleistung letztlich jedem Heimbewohner und jeder Heimbewohnerin 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.

Lösungsvorschlag

Die Überschrift zu § 132f wird geändert und wie folgt formuliert:

„Vorausplanung gesundheitlicher Versorgung zum Lebensende“.

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

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

In § 132f Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Notfallszenarien“ durch „Notfallplanung und -beratung“ ersetzt. § 132f Absatz 1 Satz 6 wird ersatzlos gestrichen.

Für eine Verbesserung der Palliativversorgung, hospizlichen Begleitung und Sterbebegleitung ist eine aktive Netzwerkbildung durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung erforderlich. Dies soll auch im Gesetzestext klar zum Ausdruck kommen.

§ 132f Absatz 1 Satz 7 soll daher wie folgt formuliert werden:

„**Die vollstationären Pflegeeinrichtungen kooperieren mit anderen regionalen Betreuungs- und Versorgungsangeboten**, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen.“

§ 284: Sozialdaten bei den Krankenkassen

Referentenentwurf

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

Referentenentwurf

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 seelsorgerischen 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.¹ 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.

¹ 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

Die Novellierungen des vorliegenden Referentenentwurfs 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 verändern, 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 Sterbeorte zweiter Klasse gegenüber den stationären Hospizen, 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.

Aus diesem Grund setzen sich Caritas und Diakonie dafür ein, dass eine Verbesserung der Sterbebegleitung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht mit einer Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner einhergeht.

Aus diesem Grund haben sich alle Verbände der Freien Wohlfahrtspflege im Vorfeld der Eckpunkte und des Referentenentwurfs zu diesem Gesetz 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 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 Referentenentwurf schlägt einen anderen Weg ein, den wir konstruktiv in § 132f 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.

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 eher im häuslichen Setting verbleiben und dort versorgt werden. 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 seelsorgerischer 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 seelsorgerischer 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

Referentenentwurf

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 SGB 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 gefördert durch die Diözesen bzw. Landeskirchen, zu palliativ-kompetenten Pflegeheimen weiterentwickelt. Diese Good-Practice Praxiserfahrungen zeigen, dass 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 Referentenentwurfs, 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 Referentenentwurf 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 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

Referentenentwurf

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.

Berlin/ Freiburg, den 7. April 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