

VDAB – Reinhardtstraße 19 – 10117 Berlin

Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin
nur per E-Mail an:
michael.thiedemann@bundestag.de

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0128(23) gel. VB zur öAnhörnung am 21.09. 15_HPG 18.09.2015</p>
--

**Verband Deutscher Alten-
und Behindertenhilfe e.V.**
Gemeinnütziger Fachverband
mit Sitz in Essen
Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 / 200 590 790
Fax 030 / 200 590 79-19
berlin@vdab.de
www.vdab.de

Berlin, 17. September 2015

VDAB zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit, zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Hospiz- und Palliativgesetz Stellung nehmen zu können.

Vom geplanten Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), welches jetzt auf den Weg gebracht wurde, sind auch der Bereich der stationären und ambulanten Pflege und damit Mitgliedseinrichtungen des VDAB direkt betroffen.

Die Pflege- und Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Es stellen sich seit Jahren grundsätzliche Fragen, wie der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen zu begegnen ist. Bislang ist die Pflege in den meisten Fällen nur „Anhängsel oder Vehikel“ zur Umset-

zung. Das muss sich aus unserer Sicht zukünftig ändern. Die Pflege muss als wichtiger Teil der gesamten Gesundheitsversorgung und daher auch der Hospiz- und Palliativversorgung gesehen werden.

Pflege trägt mit ihrer Beratung, der Koordinations- und pflegerischen Leistungen schon jetzt maßgeblich auch zur Hospiz- und Palliativversorgung bei. Derzeit findet der zusätzliche Erfüllungsaufwand der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der bestehenden Versorgung in diesem keinerlei Berücksichtigung.

Leider wird hier zukünftig - wie auch im vorliegenden Gesetzesentwurf - beispielsweise in puncto Vergütung der Leistungen nur unzureichend Rechnung getragen. Hier gilt es insbesondere, der Abkopplung der Pflegevergütung von der allgemeinen Lohnentwicklung Rechnung zu tragen. Hier könnte der Gesetzgeber die Gelegenheit nutzen, nicht nur höhere Löhne in der Pflege zu fordern, sondern auch die Grundlagen dafür zu schaffen (Abschaffung der Beitragssatzstabilität). Dies wäre ein wichtiges Signal der Wertschätzung gegenüber der Pflege durch die Politik.

Es sind den Pflegeeinrichtungen keine zusätzlichen Anforderungen zuzumuten, ohne dass diese mit entsprechenden personellen sowie finanziellen Mitteln ausgestattet werden: **Immer mehr Aufgaben, müssen mit mehr personellen Ressourcen, die auch finanziert werden, einhergehen.**

Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Dem vorliegenden Gesetzesentwurf fehlt jedoch ein Lösungsvorschlag, die palliative Versorgung auch dort strukturell zu stärken.

Der VDAB sieht die dringende Notwendigkeit, eine Schlechterstellung von sterbenden Menschen im Pflegeheim im Vergleich zu sterbenden Mensch in einem stationären Hospiz zu vermeiden. Die Krankenkassen dürfen sich nicht weiter aus ihrer Verantwortung stellen, Behandlungspflege im Pflegeheim zu finanzieren. Denn nur mit Aufhebung des bisherigen Systembruchs kann für die zwingende Angleichung der Rahmenbedingungen gesorgt werden. Und nur so kann auch eine würdevolle Sterbebegleitung unabhängig vom Aufenthaltsort geleistet werden.

Zusätzlich könnten im Rahmen des Gesetzesverfahrens wichtige Gesetzeslücken geschlossen werden, um alle Versicherten im Anschluss insbesondere an Krankenhausaufenthalten eine lückenlose Anschlussversorgung zu gewähren.

Zu den vorgesehenen Änderungen nehmen wir wie folgt Stellung und schlagen wichtige Ergänzungen vor:

Zum SGB V

Anspruch auf häusliche Krankenpflege: Krankenvermeidungs- bzw. - verkürzungspflege, § 37 SGB V

Die Genehmigungspraxis im Bereich § 37 Abs. 1 SGB V steht im Widerspruch zu dem, was politisch gewollt ist. Die Kostenübernahme für Krankenhausvermeidungspflege wird in der Regel verweigert. Die nachfolgende Darstellung macht diese Entwicklung eindrucksvoll klar.

Leistungsart	Jahr (absteigend)							
	1993	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Kranken-, Behandlungspflege insgesamt	1.573.257	2.162.805	2.174.963	1.914.739	3.174.019	3.052.292	2.884.942	2.442.189
Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989, § 198 RVO/§ 25 KVLG	275.523	399.017	127.451	15.597	12.497	11.900	8.599	6.137
Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 4 SGB V/§ 8 KVLG 1989	94.581	91.335	16.611	2.353	3.351	1.706	2.825	2.047
Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989	1.179.472	1.630.204	2.025.469	1.895.233	3.155.243	3.035.919	2.869.351	2.409.935
Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989	23.681	42.249	5.432	1.556	2.928	2.767	4.167	24.070

Quelle: www.gbe-bund.de

Zur Erklärung: In der Zeit zwischen 1993 und 2000 wurde mit Einführung der Pflegeversicherung die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege seitens der Kassen neu formuliert. Mit Einführung der DRGs gehen Kassen davon aus, dass es eine Krankenhausverkürzung gar nicht mehr gibt.

Die vorgesehenen Regelungen im HPG schaffen keine Abhilfe für ein drängendes Problem in der Praxis, das eine Versorgungslücke entstehen lässt, insbesondere nach Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Therapien wie Chemotherapien oder nach Unfällen. Hier ist vielmehr auf Folgendes hinzuweisen: § 37 SGB V regelt den Anspruch der Versicherten auf häusliche Krankenpflege. Diese umfasst die medizinische Behandlungspflege nach Abs. 2 sowie die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung in Verbindung mit der Behandlungspflege gem. Abs. 1. In akuten Situationen, die kurzfristiger Natur sind und nicht die Dauer von mindestens sechs Monaten übersteigen (wie es ja auch gerade bei einer Diagnose mit einer kürzeren Lebenserwartung als ein halbes Jahr der Fall wäre), haben Versicherte keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Es fehlt die Möglichkeit, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung auch ohne Behandlungspflege verordnen zu können. Auch wenn die Grundpflegeleistung medizinisch indiziert ist, erhält der Patient keine derartigen Leistungen.

➔ Diese Versorgungslücke kann dadurch geschlossen werden, dass ein eigenständiger Anspruch der Versicherten auf Grundpflege als Leistung der Krankenkasse gegeben wird.

➔ Konkreter Änderungsvorschlag in § 37 Abs. 1

(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 **sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für**

den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.

§ 87 Absatz 1b

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens (...) die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren.(...) Dazu gehören Inhalte und Ziele dieser Versorgung, die Anforderungen an die Qualifikation ärztlicher Leistungserbringer, Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Steuerung der Versorgungsabläufe und Maßnahmen der Sicherung der Versorgungsqualität.

Der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die Ausführung zu den Anforderungen einer „interprofessionellen Strukturierung der Versorgungsabläufe“ ist problematisch. Dieser Auftrag dürfte die Ärzteschaft überfordern, da dazu leistungsrechtliche Grundlagen anderer Leistungserbringer bekannt sein müssen und den Entscheidungen zu Grunde zu legen sind.

- ➔ Die Anforderung an die „interprofessionelle Strukturierung“ sollte daher gestrichen werden.

In § 87 Abs. 1b sind in Punkt 3 die Beteiligten aufgeführt, wobei die ambulanten Pflegedienste bis dato vergessen wurden.

- ➔ Da ambulante Pflegedienste keine „Einrichtungen“ sind, sind sie gesondert zu benennen.

Auch den Leistungserbringern der Pflege sollte Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Sie sind Erbringer der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich und enger Kooperationspartner der Ärzte und spielen somit eine zentrale Rolle bei der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung.

- ➔ Als Stellungnahmeberechtigte sind auch die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ins Gesetz aufzunehmen.

§ 92 Absatz 7

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

Laut dem vorliegenden Referentenentwurf führt die Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 92 Absatz 7 SGB V) zu einem einmaligen geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Mit dem § 92 wird auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege eine Regelung verändert, die den ureigenen Bereich der ambulanten Pflege betrifft. Die Pflege selbst wird aber bei Entscheidungen, welche diese Regelungen unmittelbar beeinflussen, kaum berücksichtigt: So werden die Leistungserbringer der Pflege bei Änderungen des Paragraphen gehört, haben aber selbst kein Stimmrecht. Es bleibt also auch weiterhin dabei, dass es dadurch Entscheidungen zu Lasten Dritter – also der Pflege – geben wird. Ein für uns als Vertreter auch von ambulanten Pflegediensten unhaltbarer Zustand.

Ein einmaliger geringfügiger Erfüllungsaufwand, wie im Referentenentwurf erläutert, ist hier nicht gegeben. Vielmehr handelt es sich um eine auf Dauer zu erbringende, zusätzliche Leistung, die auch als solche vergütet werden muss. Erst dann, wenn es eine eindeutige Regelung zur Vergütung gibt, kommen - so zeigt es sich in der Praxis im Bereich MRSA - diese Leistungen auch tatsächlich zur Umsetzung und bei dem Patienten an. Es besteht aus unserer Sicht die Gefahr, dass es bei einer erneuten Regelung ohne Vergütung keine Umsetzung auf Länderebene gibt.

Nimmt man diesen Bereich als Gesetzgeber also ernst, muss man dies auch über die Vergütung und eine eindeutige gesetzliche Regelung hierzu deutlich zum Ausdruck bringen. Aus diesem Grund muss es neben der Neuregelung des §92 SGB V zu einer Folgeregelung im §132a Absatz 2 SGB V über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, MRSA und der ambulanten Palliativversorgung kommen.

→ Wir schlagen daher die folgende Ergänzung vor:

§ 132a Absatz 2: „Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, **MRSA und ambulanter Palliativversorgung** über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern.“
(...)

Grundsatz der Beitragssatzstabilität abschaffen

Und weil § 92 unmittelbare Auswirkungen auf die Vergütung von Pflegediensten hat, muss die Vergütung insgesamt auf eine leistungsgerechte Basis gestellt werden. Aus diesem Grund ist die Beitragssatzstabilität in §§ 84 Abs. 2 Satz 6, 70 SGB XI und 71 SGB V zu streichen.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität macht es der ambulanten Pflege unmöglich, sich erfolgreich auf dem sehr angespannten Arbeitsmarkt zu bewegen und zementiert die finanzielle Schlechterstellung von Pflegekräften in Zeiten eklatanten Fachkräftemangels. Über Jahre hinweg haben die Kassen unter Verweis auf diesen Grundsatz die Steigerung der Vergütungen/Pflegesätze auf die Höhe der Grundlohnsumme begrenzt. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Pflegekräfte systematisch von Lohnsteigerungen abgekoppelt werden. Dies steht im offenen Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach keine Berufsgruppe von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt werden darf. Die privaten Unternehmer in der Pflege und allen voran der pflegerische Mittelstand würden gerne mehr bezahlen. Tatsache ist jedoch, dass sie nur das an ihre Mitarbeiter weitergeben können, was sie von den Kassen vergütet bekommen.

Wir haben bereits heute einen Mangel an Pflegekräften. Das liegt sowohl an den Rahmenbedingungen als auch an der Bezahlung. Im Ergebnis gibt es für die Pflegekräfte derzeit wenig Anreize, im Beruf zu bleiben. Das ist für die professionelle Pflege insgesamt keine zufriedenstellende Situation. Vor allem, wenn man den Vergleich mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens zieht: Hier werden durch Gesetz Einkommenssteigerungen weit über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinaus beschlossen. Sonderzahlungen der Kassen in Milliardenhöhe gehen immer wieder an niedergelassene Ärzte und an die Kliniken. Die professionelle Pflege bleibt immer außen vor. Sie hat jedoch ein Recht, gleich behandelt zu werden.

Grundlage der Vergütungsverhandlungen in der Häuslichen Krankenpflege ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied (Grundlohnsumme). Dazu wird ein Durchschnitt aus den beitragspflichtigen Lohnerhöhungen der aktiven Kassenmitglieder und den Erhöhungen der beitragspflichtigen Renteneinkommen gebildet. Letztere liegen nach aller Erfahrung unter denen der aktiv Versicherten. Diese Differenz geht dann zu Lasten der Vergütungen der Pflegedienste und in der Folge zu Lasten ihrer Mitarbeiter. Denn die Kassen bestehen darauf, ihnen nur Vergütungssteigerungen in Höhe der Zunahme der Grundlohnsumme zuzugestehen, anstatt sich an der allgemeinen Einkommensentwicklung zu orientieren. Die Folge ist, dass die Pflegedienste ihren Mitarbeitern in vielen Bundesländern nur geringere Lohnerhöhungen bieten können als in anderen Wirtschaftszweigen. Das macht den Beruf inzwischen finanziell unattraktiv und in der Perspektive erst recht. Das Recht von Richtern und Staatsanwälten auf eine Teilhabe an der allgemeinen Lohnentwicklung muss auch für Pflegekräfte gelten. Anders ist es unmöglich, auch in Zukunft sicher zu stellen, dass derjenige, der Professionelle Pflege braucht, sie auch bekommt.

Und auch Sie als Abgeordnete sind nicht von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt.

- Aus diesem Grund muss aus Sicht des VDAB der Satz „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.“ sowohl im SGB XI als auch im SGB V ersatzlos gestrichen werden.

§ 119b Absatz 1

Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll dadurch verbessert werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen künftig Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Dies war bisher lediglich als gesetzliche Möglichkeit vorgesehen ("Kann"-Regelung in § 119b Absatz 1 SGB V). Ziel des Gesetzgebers ist, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine koordinierte Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gewährleisten, um die palliativmedizinische Versorgung in den Einrichtungen zu verbessern. Künftig wird für die Teilnahme von Vertragsärzten an Kooperationsverträgen eine unbefristete und obligatorische Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen.

Des Weiteren soll der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen die mit der Regelung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen evaluieren und bis Ende 2017 der Bundesregierung berichten.

Der Sicherstellungsauftrag, Menschen in den Pflegeeinrichtungen ärztlich zu versorgen, ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der ihr zugehörigen Ärzte. Es wird durch diese Regelung versucht, ärztliche Aufgaben auf die Pflege zu übertragen, das zudem zusätzlich und ohne finanzielle Förderung.

- Die Regelung ist wie folgt zu ändern:

Abs. 1: „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.“

Abs. 3: „Den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist bei der Evaluation Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Evaluation mit einzubeziehen.“

§ 132d Absatz 1

Im Fall 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 vertrags-schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.

Die Kosten des Schiedsverfahren tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.

Die zukünftige Möglichkeit der Streitschlichtung über eine solche Stelle begrüßen wir, da wir um die Bedeutung aus der Praxis als Einigungsinstanz wissen.

§ 132d Absatz 3 *angefügt: Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b (hausarztzentrierte Versorgung) oder 140a abschließen. Die Empfehlungen nach Absatz 2 und die Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.*

Im Hinblick auf den Kooperationsgedanken ist es wichtig, dass auch die Pflege in die Verträge einbezogen und ihre Leistungen entsprechend vergütet wird. Wir setzen uns dafür ein, eine Verpflichtung zur Aufnahme der Pflege als eigenständiger Partner in diese Verträge zu schaffen, da die palliative Versorgung auch immer die Pflege betrifft und diese daher bei jedem Vertrag dieser Art mit ihrem Fachwissen und besonderen Leistungen einen wichtigen Beitrag für die kooperative Versorgung leisten kann. Bisher hat dies nicht in der Praxis funktioniert und muss nun mit Leben erfüllt werden.

→ Immer wenn Pflege beteiligt ist, muss sie auch als Vertragspartner einbezogen werden.

§ 132 g (neu) Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase *Ziel dieses neuen Paragraphen ist es, die Synchronisierung und Integrierung der Akteure im Rahmen einer aktiven Kooperation miteinander zu erreichen. Neben einer spezifischen ärztlichen Versorgung soll die Organisation und die Koordination verschiedener Leistungen und Leistungserbringer sowie deren Zusammenarbeit gewährleistet werden.*

Wir begrüßen die Neuaufnahme des §132g und den damit verbundenen Kooperationsgedanken und die Vernetzung unterschiedlicher Akteure, weisen aber auch hier darauf hin, dass entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt werden müssen.

Abs. 3: Hier müssen die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ebenfalls ein Recht zur Stellungnahme erhalten.

Abs. 4 *„Die Krankenkasse des Versicherten trägt die **notwendigen Kosten** für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 2 erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtung. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen.“*

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist höchst intensiv und zeitaufwändig. Aus Sicht des VDAB müssen die Grundsätze der Vergütun-

gen sowie ihrer Strukturen und Abgrenzungen in die Regelung übernommen werden: Erst dann kann es zu einer Vergütung kommen.

- Es bedarf daher dringend einer Vergütungsvereinbarung, da der Versicherte sonst nicht zu seinen Leistungen kommen wird.

Zum SGB XI

§ 28 Absatz 5 – Leistungen der Pflegeversicherung

Die Vorschrift wird dahingehend ergänzt, dass Pflege die Sterbebegleitung mit einschließt. In der Folge dieser Ergänzung wird die Sterbebegleitung als zu regelnder Inhalt in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI ergänzt.

In § 28 Absatz 5 müsste neu unter der eigenständigen Nummer 16 als Leistung der Pflegeversicherung die „Sterbebegleitung“ aufgenommen und diese nicht – wie im vorliegenden Gesetzesentwurf – in die bisherigen Pflegeleistungen eingeschlossen werden. Denn die Sterbebegleitung ist höchst intensiv und zeitaufwändig und sollte daher eigene Erwähnung finden – sie ist kein „Anhängsel“ der Pflege. Es reicht deshalb auch nicht aus, durch eine ausdrückliche Erwähnung der Sterbebegleitung in den leistungsrechtlichen Grundsätzen des § 28 SGB XI und den Landesrahmenverträgen die Träger von Pflegeeinrichtungen gem. § 75 SGB XI einseitig zur Leistungserbringung zu verpflichten, ohne Aussagen zur Finanzierung zu treffen.

- Ein Mehr an unentgeltlich zu erbringenden Leistungen ist den Pflegeeinrichtungen nicht mehr zuzumuten. Dies geht nur mit mehr Ausstattung an Ressourcen und Personal und muss gesetzlich klar geregelt werden.

Der Bundesrat führt hierzu in Drucksache 18/5170 zutreffend aus:

„Der Bundesrat stellt fest, dass eine Ergänzung des Leistungskatalogs des § 28 SGB XI und der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI um Maßnahmen der Sterbebegleitung über eine reine gesetzgeberische Klarstellung hinausgeht. (...)

Dies betrifft sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich. Eine regelhafte Sterbebegleitung wird auch von den ambulanten Pflegediensten wesentlich mehr erfordern als sie derzeit erbringen (können), da der Einsatz in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen in den meisten Fällen nur punktuell erfolgt. Es ist daher bereits fraglich, ob die Ergänzung des Regelleistungskatalogs den ambulanten Bereich in gleicher Weise umfassen kann.

Für den stationären Bereich ist dabei auch Folgendes zu beachten: Die Versorgung von Menschen mit Pflege- und / oder Betreuungsbedarf umfasst in einem zunehmenden Maße auch medizinische Versorgungsaspekte. Insbesondere in

stationären Pflegeeinrichtungen haben sich die Versorgungsbedarfe aufgrund des zunehmenden Alters der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Multimorbidität verändert und zu einem Anstieg der Kosten der medizinischen Behandlungspflege geführt. Von einem weiteren Anstieg ist auszugehen. Die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich ist aber Bestandteil der Pflegeleistungen der Pflegeversicherung (§41 Absatz 2 SGBXI, § 42 Absatz 2 SGB XI, § 43 Absatz 2 SGB XI). Mehrkosten können daher grundsätzlich nur durch eine entsprechende Erhöhung der Pflegesätze zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen beziehungsweise der Träger der Sozialhilfe ausgeglichen werden, während an anderen Lebensorten eine Leistungsgewährung nach dem SGBV und damit außerhalb des Teilleistungssystems erfolgen würde.

Erforderlich ist daher, die Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern unter Beachtung der Belange der Betroffenen auf den Prüfstand zu stellen.“

Der VDAB hat schon wiederholt kritisiert, dass die Finanzierung der Behandlungspflege aus Mitteln der Pflegeversicherung systemwidrig ist. Eine stichhaltige Begründung, warum man auch weiterhin an diesem Systembruch festhält, lässt der Gesetzesentwurf wohl auch deshalb vermissen, weil es keine gibt.

Es sollte also nicht dabei bleiben, dass die Krankenkassen ohne Begründung auch weiterhin ihrer Finanzierungsverantwortung im stationären Pflegebereich nicht gerecht zu werden brauchen. Die Anregung des Bundesrats aufzunehmen, wäre ein Geraderücken des Systems, damit sich hier die Krankenkassen nicht weiter aus ihrer Verantwortung ziehen können.

Da der Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner Grenzen gesetzt sind, wird die Versorgung am Lebensende in Heimen nicht die gewünschte qualitative Entwicklung nehmen können, wie sie im Gegensatz dazu sterbende Menschen in stationären Hospizen erfahren. Damit werden vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu Sterbeorten zweiter Klasse degradiert.

➔ § 43 Inhalt der Leistungen ist daher wie folgt zu ändern

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, ~~und die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.~~

➔ Dementsprechend ist die „medizinische Behandlungspflege“ auch in §§ 42 und 41 zu streichen.

§ 114 Abs. 1 Qualitätsprüfungen und § 115 Absatz 1b Satz 1 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

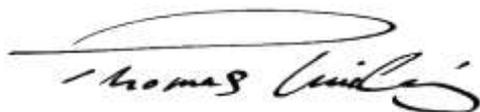
Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz nachzuweisen und im Anschluss darüber (zusammen mit den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen) zu informieren, wie sie ab dem 1. Juli 2016 auch die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz regeln.

Die Regelung schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, ambulanten Hospizdiensten sowie spezialisierten Diensten und Einrichtungen ein, schießt aber über das Ziel hinaus. Denn die Zusammenarbeit ist überhaupt nur möglich, wenn diese Akteure im regionalen Umfeld vorhanden sind und diese sich in einem weiteren Schritt in einem Netzwerk verbinden. Diese Voraussetzung ist schon mal gar nicht bundesweit gegeben. Und es liegt auch nicht in der Macht und Pflicht der Pflegeeinrichtungen, dafür zu sorgen. Die Pflege wird also für etwas in Anspruch genommen, wo sie gar keine Handlungshoheit hat.

- ➔ Der VDAB fordert, dass die Einrichtungen hier nicht weiterhin für etwas in der Öffentlichkeit gerade stehen müssen, worauf sie nur bedingt Möglichkeiten der Einflussnahme haben. Die geplante Regelung ist zu streichen.
- ➔ Sollte der Gesetzgeber jedoch eine so zentrale Rolle der Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Informationen im Bereich Hospiz und Palliativversorgung haben, dann muss der Pflege diese Rolle auch bei der Vergütung zuteil werden. Aber diese bleibt der Gesetzgeber ihr - bei dem jetzt vorliegenden Gesetzesentwurf - schuldig.

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen den Anstoß zu einer konstruktiven Diskussion über den Entwurf zum Hospiz- und Palliativgesetz gegeben zu haben und freuen uns auf den fachlichen Austausch.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Knieling
Bundesgeschäftsführer