

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**

### **Grundsätzliche Anmerkungen**

Am 29. April 2015 wurde durch die Bundesregierung der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) beschlossen. Ziel des Gesetzes ist, insbesondere die allgemeine Hospiz- und Palliativarbeit auszubauen und eine flächendeckende Versorgung zu verwirklichen. Ein zentrales Element der ambulanten Versorgung liegt in der zusätzlichen Vergütung ärztlicher Koordination der palliativmedizinischen Leistungen. Die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize sollen verbessert und die ganzheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende soll in Pflegeheimen als „erweitertes Leistungsspektrum“ eingeführt werden. Krankenhäuser sollen die Palliativversorgung einfacher ausbauen können. Versicherte sollen gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung beraten werden. Im Wesentlichen sollen die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 10.11.2014 veröffentlichten Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland umgesetzt und Maßnahmen vorgeschlagen werden, die sowohl die gesetzliche Krankenversicherung als auch die soziale Pflegeversicherung betreffen. Die Bestrebungen des Gesetzgebers werden seitens des Paritätischen grundsätzlich begrüßt.

Der Paritätische hat sich als Spitzenverband im Rahmen der in der der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Verbände zur allgemeinen Palliativversorgung wie folgt positioniert: Der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer hat sich in den letzten hundert Jahren grundlegend verändert. Während früher der Tod als ein Teil des Lebens akzeptiert wurde und in das alltägliche Leben integriert war, werden heute Tod und Sterben aus dem Alltag ausgegliedert und zunehmend an „Spezialisten“ in den Einrichtungen und Diensten, wie z.B. Krankenhaus, Hospiz oder die stationäre Pflegeeinrichtung, delegiert.

Die leistungs- und konsumorientierte Gesellschaft klammert Fragen der Vergänglichkeit, der Begrenztheit des Lebens oder der Bewältigung von Verlust tendenziell aus. Auch die moderne Medizin richtet sich hauptsächlich darauf aus, den Tod zu bekämpfen und weniger darauf, Sterben gut zu begleiten.

Mit der Hospizbewegung wurde dieser Entwicklung der Verdrängung von Tod, Sterben und Trauer aus dem Alltag entgegengetreten. Der Paritätische unterstützt diesen Wandel in der öffentlichen Meinungsbildung und fördert ihn im Rahmen seiner sozi-

alpolitischen Positionierungen und konzeptionellen Verbandsarbeit. Es geht vor allem darum, sterbenden Menschen zu ermöglichen, in der vertrauten bzw. selbst gewählten Umgebung zu bleiben. Eine gute Palliativversorgung muss daher zur Regelleistung von Diensten und Einrichtungen werden, die sterbende Menschen begleiten. Die Mitarbeiter in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen müssen hierfür über entsprechende Palliativkompetenzen und ausreichend zeitliche Ressourcen verfügen. Eine solche Qualifikation und eine entsprechende personelle Ausstattung ist erforderlich, um sterbende Menschen und ihre Zugehörigen<sup>1</sup> entsprechend ihrer körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse versorgen und begleiten zu können.

Der vorliegende Gesetzesentwurf kann die Situation von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern, greift aber aus Sicht des Paritätischen in folgender Hinsicht zu kurz:

- **Der Gesetzesentwurf soll die allgemeine Palliativversorgung stärken. Der Paritätische sieht es als einen Schritt in die richtige Richtung an, die einschlägigen Regelungen für die häusliche Krankenpflege in § 37 Abs. 2 SGB V wie vorliegend anzupassen. Allerdings muss dann folgerichtig § 132a Abs. 2 SGB V wie folgt erweitert werden:**

*§ 132a Abs.2 SGB V: Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und allgemeiner ambulanter palliativer Versorgung, 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 Beratungsbedarf und der Multikulturalität der Versicherten, die am Lebensende durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, muss in geeigneter Weise Rechnung getragen werden.** Der Paritätische fordert analog des Entwurfes zu § 132g SGB V zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende durch Pflegeheime eine Förderung der allgemeinen palliativen Beratungsangebote ambulanter Pflegedienste (auch für Hospizdienste, die bereits multikulturell ausgerichtet sind), ggf. auch als Substitution der im Entwurf vorgesehenen vertragsärztlichen Koordination palliativmedizinischer Versorgung (§ 87 Abs. 1b SGB V). Der Paritätische greift diesen Punkt in dieser Stellungnahme unter § 39a Abs. 2 SGB V auf. In dieser Beratung muss es möglich sein, unter Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede eine geeignete ambulante Hospiz- und Palliativbetreuung anbieten zu können. Anders als im stationären Bereich scheinen kulturkreisbezogene Angebote in der häuslichen Versorgung nicht besonders ausgeprägt zu sein. Der Paritätische fordert, dass dieser Aspekt in der finanziellen Förderung der Krankenkassen besonderes berücksichtigt wird, denn besondere An-

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Zugehörige“ umfasst nicht nur Verwandte (wie der Begriff Angehörige), sondern auch Freunde, Nachbarn, Kollegen, Bekannte etc..

gebote bedürfen mit Blick auf Qualifikation und personelle Ausstattung einer besonderen Förderung.

**Zu den vorgeschlagenen Regelungen des Referentenentwurfs nimmt der Paritätische im Einzelnen wie folgt Stellung:**

**Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**§ 37 Absatz 2 SGB V/Häusliche Krankenpflege**

**Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:**

**„(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen.“**

***Bewertung***

Mit der Erweiterung kommt der Gesetzgeber der Forderung des Paritätischen nach, die Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) in die Regelleistungen der ambulanten Hauskrankenpflege zu integrieren. Leistungen der AAPV sollen über einen Zeitraum von vier Wochen hinaus verordnet werden können, was sachgerecht ist. Die Erweiterung wird begrüßt.

Allerdings möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Durchsetzung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V für Menschen mit Behinderung, die pflegebedürftig sind und in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gem. §§ 53/54 SGB XII leben, sich jedoch sehr schwierig gestaltet. Ihnen wird ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege oftmals unrechtmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen abgesprochen. Dieser faktische Leistungsausschluss muss durch gesetzliche Klarstellungen in diesem Gesetz behoben werden, da er ansonsten auf die Palliativ- und Hospizversorgung durchgreifen wird. Um zu verhindern, dass dieses Defizit in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung noch weiter verstärkt wird, ist klar zu stellen, dass Menschen mit Behinderung unabhängig vom Wohnort Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenversicherung haben müssen. Durch die Neufassung des § 37 SGB V sollte darüber hinaus auch gewährleistet sein, dass bezüglich der Frage, ob einem pflegebedürftigen Menschen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer stationären Einrichtung (Wohnstätte/betreute Wohngemeinschaft) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (im konkreten Fall durch die Krankenkasse) zu finanzieren sind, eine Prüfung des Einzelfalles stattfindet. Dies gibt auch die HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Diese vorgegebene Einzelfallprüfung findet in der Praxis jedoch nicht statt, weil die Krankenkassen auf die Abgeltung der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekassen verweisen.

## **§ 39a Abs. 1 SGB V/Stationäre Hospize**

**Absatz 1 wird wie folgt geändert:**

**aa) In Satz 2 werden die Wörter „zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert“ durch die Wörter „zu 95 Prozent“ ersetzt.**

**bb) In Satz 3 werden die Wörter „7 vom Hundert“ durch die Angabe „9 Prozent“ ersetzt.**

**cc) In Satz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „zu denen auch eine gesonderte Vereinbarung nach Satz 4 abgeschlossen werden kann“ eingefügt.**

**dd) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:**

**„In der Vereinbarung sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarung ist spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“**

### ***Bewertung***

Der Paritätische begrüßt die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten der Krankenversicherungen von 90 % auf 95 % und die Erhöhung des Mindestzuschusses auf 9 % der monatlichen Bezugsgröße. Der notwendigen Verbesserung der finanziellen Ausstattung stationärer Hospize sowie dem Ausgleich regionaler Unterschiede wird dadurch Rechnung getragen. Es ist auch folgerichtig, dass den regionalen Unterschieden der zuschussfähigen Leistungen mit bundesweit geltenden Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität entgegengetreten werden soll. Der Paritätische spricht sich in diesem Zusammenhang dafür aus, dass insbesondere für die Personalqualifikation eine zielgruppenspezifische Komponente berücksichtigt wird, die wiederum in die Vergütung einfließen muss.

## **§ 39a Abs. 2 SGB V/Ambulante Hospizdienste**

**Absatz 2 wird wie folgt geändert:**

**aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen.“**

**bb) Im neuen Satz 5 wird das Wort „Personalkosten“ durch die Wörter „Personal- und Sachkosten“ ersetzt.**

**cc) Im neuen Satz 7 wird das Wort „Personalkosten“ durch die Wörter „Personal- und Sachkosten“ ersetzt.**

dd) Im neuen Satz 9 werden vor dem Wort „ausreichend“ die Wörter „und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt: „Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Jahr erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. Die Vereinbarung ist spätestens zum... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“

### **Bewertung**

Die Klarstellung, dass ambulante Hospizdienstleistungen im Krankenhausbereich erbracht werden können, wird ausdrücklich begrüßt. Gleiches jedoch sollte auch für Einrichtungen für Menschen mit Behinderung (gem. §§ 53/54 SGB XII) möglich sein. Allerdings sollte es besser heißen „[...] im Auftrag des Versicherten und in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung (gem. §§ 53/54 SGB XII) [...]“, um Zuständigkeitsproblemen zuvorzukommen.

Die zeitnahe finanzielle Förderung durch die Krankenkassen wird – ebenso wie die zuletzt geforderte Sachkostenberücksichtigung bei der Förderung – begrüßt. Im § 39a Abs. 2 muss die finanzielle Situation von ambulanten Hospizdiensten aber grundsätzlich nachgebessert werden. Gefordert wird, dass ambulante Hospizdienste einen Zuschuss von 25 % ihrer gesamten Kosten erhalten. Zur Planungssicherheit dieser Hospizdienste gehören neben der Berücksichtigung der Personalkosten zwingend auch der Sachkosten- und der Regie- und Verwaltungskostenbereich. Diese Kosten stehen untrennbar mit der Begleitung im Zusammenhang. Denkbar ist auch eine durch die gesetzlichen Krankenversicherungen getragene Regelung analog des Zuschlages § 87b SGB XI, mit der dort die zusätzliche Betreuungsleistung in Pflegeheimen durch die soziale Pflegeversicherung gefördert wird.

### **§39b SGB V/Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen**

Nach § 39a wird folgender § 39b eingefügt:

**„§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Be-**

ratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.“

### **Bewertung**

Der Paritätische gibt zu bedenken, dass eine gute Beratung auch von einem niedrigschwelligem Zugang abhängt. D.h., diese Form der Hospiz- und Palliativberatung sollte auch von Beratungsstellen erbracht werden können, die „näher“ dran sind. Dafür in Fragen kommen u.a. ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize oder reguläre Pflegedienste. Kassen sollten insoweit ermächtigt werden, mit diesen Angeboten zur Erfüllung dieser Aufgaben zu kooperieren.

### **§ 87 Abs. 1b SGB V/Koordination palliativmedizinischer Versorgung durch Vertragsärzte**

Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierenden palliativmedizinischen Versorgung und deren 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 Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen,
4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

[...]

### **Bewertung**

Um die Palliativversorgung auch in der Regelversorgung zu stärken, ist der Ansatz des ärztlichen „Gatekeepings“ grundsätzlich zu begrüßen. Der Paritätische verweist ferner darauf, dass die in der Regelversorgung tätigen und nicht spezialisierten ambulanten Pflegedienste eine stark ausgeprägte Schnittstellenfunktion in der häuslichen Versorgung haben und daher die qualifizierte Einbindung dieser Dienste – etwa über die Erweiterung der verordnungsfähigen Leistungen der HKP-Richtlinie gem. § 92 Abs. 7 SGB V, wie sie ja auch mit diesem Gesetzesentwurf angedacht ist – notwendig ist. Außerdem sind im Bereich des SGB XI die Eigenbeteiligungsmöglichkeiten der Leistungsempfänger zu beachten. Dies ist aus Sicht des Paritätischen in den „Inhalten und Zielen der qualifizierten koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ zu berücksichtigen. Insbesondere § 87 Abs. 1b Satz 2 Nr. 3 ist deswegen unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste wie folgt anzupassen:

3. *„Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Grundlagen die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen“*,

### **§ 92 Abs. 7 SGB V/HKP-Richtlinien**

**Satz 1 wird wie folgt geändert:**

**bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt: „5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.“**

**Satz 2 wird wie folgt geändert:**

**In Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungserbringern“ die Wörter „und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene“ eingefügt.**

### **Bewertung**

Der Paritätische begrüßt die Regelungen zur Erweiterung der HKP-Richtlinien, mit der auch lt. der Gesetzesbegründung eine Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege einhergehen sollen. Es ist allerdings unverständlich, warum gegenüber dem Referentenentwurf der Terminus „allgemeine ambulante Palliativversorgung“ abgeändert wurde. Aus unserer Sicht ist zur Abwendung von Kohärenzen zwischen der SAPV und AAPV zwingend an „allgemeine“ festzuhalten. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass dazu auch die Erweiterung der Leistungen um i.v.-Infusionen zur Medikamentengabe, die Versorgung der Schmerzpumpe am Portzugang oder Broviac-Katheter, aber auch spezifische Beratungs- und Koordinierungselemente usw. gehören.

Der Kreis der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen soll erweitert werden, was der Paritätische begrüßt.

Der Paritätische fordert an dieser Stelle analog des im Entwurf aufgeführten § 132g SGB V, mit dem vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine „ganzheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende“ als erweitertes Leistungsspektrum anbieten und abrechnen können, die Etablierung einer gleichgelagerten Beratungsleistung für Pflegedienste im Sinne der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 und 2 SGB V in den verordnungsfähigen Leistungen. Diese Maßnahmen müssen in Verbindung mit der ärztlichen Koordination gem. des geänderten § 87 Abs. 2 SGB V gesehen werden.

Die von der Bundesregierung nicht weiterverfolgte Empfehlung des Bundesrates, die Änderung der HKP-Richtlinie nach zwei Jahren zu evaluieren, wird vom Paritätischen vollumfänglich unterstützt. Wir fordern den Gesetzgeber auf, eine Regelung zur Evaluation aufzunehmen.

### **§ 119b SGB V/Kooperationsverträge mit Vertragsärzten**

**In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ ersetzt.**

**Absatz 3 wird wie folgt gefasst:**

**„(3) Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen evaluiert die mit der Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab, nach der zusätzliche ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach Absatz 2 entsprechen, verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den Bewertungsausschuss nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“**

#### ***Bewertung***

Es ist bekannt, dass die Umsetzung der bisherigen „Kann-Vorschrift“ durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen überwiegend durch das mangelnde Interesse an Kooperationsvereinbarungen der Vertragsärzte scheitert. U.A. wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich nicht eindeutig festgelegt. Die Änderung in eine Soll-Regelung wird vom Paritätischen abgelehnt und der Gesetzgeber gebeten, die Gesamtregelung vor dem Hintergrund der skizzierten Problematik grundsätzlich zu überdenken. Aus der skizzierten Problematik heraus fordert der Pa-

ritätische ein Beteiligungsrecht stationärer Einrichtungen. Dies ist über deren Spitzenverbände zu gewährleisten.

## **§ 132d SGB V/SAPV**

**Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:**

**„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 vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.“**

### ***Bewertung***

Die Einführung der Schiedsstellenlösung ist aus Sicht des Paritätischen zwingend erforderlich und wird begrüßt. Grundsätzlich setzt dies allerdings voraus, dass die vertragsschließende Krankenkasse mit dem Vertragspartner verhandelt. Verträge schließen Krankenkassen gem. § 132d Abs. 1 SGB V jedoch nur *unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist*. Wie kann sichergestellt werden, dass ein Schiedsverfahren durchgeführt wird, wenn ausschließlich der Kostenträger entscheidet, mit wem Verträge geschlossen werden? Einen Kontrahierungszwang mit allen Anbietern zu etablieren, erscheint nicht zweckmäßig und läuft der Idee der SAPV zuwider. Bei Einführung der Schiedsregelung sollte aus Sicht des Paritätischen jedoch in Erwägung gezogen werden, dass § 132d Abs. 1 SGB V insofern angepasst wird, als dass einerseits die „bedarfsgerechte Versorgung“ durch die Krankenkassen und andererseits die vertragsschließenden Parteien insgesamt transparent gemacht werden müssen. Die Erfahrung zeigt, dass mit Pflegediensten keine direkten Verträge abgeschlossen werden und die Vergütung der erbrachten Leistungen i.d.R. über das arztgesteuerte PalliativCareTeam-Modell erfolgt, d.h., der Vertragsarzt verteilt die Fallpauschalen. Dies hat sich mit Blick auf die Unterfinanzierung der SAPV-Pflegedienste nicht bewährt. Der Paritätische fordert daher die gesetzliche Klarstellung, dass Verträge nach § 132d SGB V unter Berücksichtigung der Bedarfsdeckung direkt mit zugelassenen ambulanten Pflegediensten einzeln oder in dreiseitigen Verträgen geschlossen werden müssen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die „geeignete Einrichtung“, also z.B. der ambulante Pflegedienst, auch von einer Schiedsstellenregelung Gebrauch machen kann.

## **§ 132g SGB V/Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende durch Pflegeheime**

Nach § 132f wird folgender § 132g eingefügt:

### **„§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

- (1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende beraten werden, und es sollen ihnen 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, mögliche Notfallszenarien besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativmedizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden.**
- (2) Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden. In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot nach diesem Absatz selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.**
- (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach Absatz 1. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der**

**Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.**

- (4) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 3 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach Absätzen 1 und 2 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren.“**

### ***Bewertung***

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich diesen Vorschlag. Es wird damit ermöglicht, dass sich die Versorgungsqualität in der Regelversorgung zum Lebensende erhöht.

Wir begrüßen zudem, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung nicht nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen angeboten werden kann, sondern auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, geben aber zu bedenken, dass der von den Krankenkassen hierfür vorgesehene Finanzrahmen trotz Ausweitung auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe gleich geblieben ist.

Eine derartige Versorgungsplanung und Beratung ist intensiv und zeitaufwändig und es ist daher auch sachgerecht, diese zu vergüten. Sie wird in der Regel sowohl eine Erstberatung als auch Folgeberatungen, z.B. bis zum Abschluss einer Vollmacht, umfassen.

Die gesundheitliche Versorgung für die letzte Lebensphase umfasst zwei Grundelemente: Beratungsleistungen i.S. eines „advance care planning“ und 2. ein fallbezogenes Koordinationsmanagement. Die Bundesregierung selbst verweist in ihrer Gegenäußerung zum Beschluss des Bundesrats darauf, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sowohl die umfassende Beratung als auch die Koordinierung der notwendigen palliativ-medizinischen, palliativpflegerischen und psycho-sozialen Versorgungsleistungen umfasst.

Das „advance care planning“ umfasst nicht nur das Abfassen einer Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht und/oder eine Patientenverfügung, sondern vielmehr einen fortlaufenden Beratungs- und Dokumentationsprozess zur medizinischen und pflegerischen sowie psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung und Versorgung. Da sich im Krankheitsverlauf die Vorstellungen über die Behandlung und Versorgung verändern können, sind regelmäßige Überprüfungen und Anpassungen entsprechend den Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen der Betroffenen vorzunehmen.

Das Koordinationsmanagement bezieht sich sowohl auf den Einzelfall als auch auf ihre Organisationsstruktur, die Koordinierung und Vernetzung aller für die gesundheitliche Versorgung des Versicherten am Lebensende relevanten Leistungserbringer sowie der ehrenamtlichen Begleiter.

Der Gesetzesbegründung zu Folge sei für die gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende auf 50 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für das Beratungsangebot ein zusätzlicher mittlerer Personalbedarf von 1/8 Stelle anzusetzen. Das entspricht einem Personalschlüssel von 1:400. Der Gesetzentwurf geht ferner davon aus, dass zu Beginn nur ca. 50 Prozent der Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten werden.

Dementgegen fordert der Paritätische, dass zur Sicherstellung einer nachhaltigen Verbesserung der palliativen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ein Stellenanteil von ca. 1,5 bis 2 Vollzeitkräften pro 100 Bewohner notwendig ist. Die dafür erforderlichen Ausgaben der Krankenkassen (voraussichtlich rd. 0,25 Mrd. €, wenn zunächst 50 % der Einrichtungen – wie vom Gesetzgeber unterstellt – diese Leistungen anbieten) sind angesichts der Tatsache, dass 39 % der Menschen in Pflegeheimen versterben (Gießener Studie), nicht ernsthaft unbegründbare Kosten. Diese Leistung hilft, das Sterben in Pflegeheimen menschenwürdiger zu gestalten.

Der Paritätische weist darüber hinaus auf folgende Punkte hin:

- In Abs. 1 muss es heißen: *„Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 72 des Elften Buches [...].“*
- Die in Abs. 2 genannte Fallbesprechung setzt die Bereitschaft des Vertragsarztes voraus. Insoweit korreliert die erfolgreiche Umsetzung unter Umständen mit § 87 Abs. 2 SGB V und ggf. mit § 119b SGV. Eine Klarstellung dieser Verzahnung im Gesetzestext trägt aus Sicht des Paritätischen dem Vernetzungscharakter Rechnung.
- Ferner heißt es in Abs. 2: *„[...]Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden.[...]“*. Das Pflegeheim hat keinen weiterreichenden Einfluss auf die weiteren Leistungserbringer. Die besprochenen Notfallszenarien sollten – wie üblich – Bestandteil der Übergabe sein. Eine Abstimmung

bzw. „Vorbereitung“ im Vorfeld ist praktisch nicht zu garantieren, insbesondere weil die genannten Leistungserbringer flächendeckend kaum eine dafür geeignete Struktur anbieten oder weil ggf. nicht klar ist, welcher Leistungserbringer im Notfall dann zuständig ist. Insoweit empfiehlt der Paritätische, diesen Teilsatz ersatzlos zu streichen.

- Ferner heißt es in Abs. 2: *„Andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen.“* Der Paritätische spricht sich dafür aus, „umfassende“ zu streichen, da eine „umfassende“ Versorgung im Auge des Betrachters liegt und mithin unwägbar ist. Dies erschwert die erforderlichen Rahmenvertragsverhandlungen gem. Abs. 2.

## **Artikel 3 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 28 SGB XI/Leistungsarten, Grundsätze**

**Es wird folgender Absatz 5 angefügt:**

**„(5) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“**

#### ***Bewertung***

§ 28 Abs. 5 SGB XI sollte aus Sicht des Paritätischen wie folgt gefasst werden: *„Pflege schließt die palliativpflegerische Begleitung und Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“*

Der Begriff Sterbebegleitung ist in Bezug auf die Stärkung der allgemeinen Versorgung zu unspezifisch und wäre ggf. aus Sicht der Kostenträger bereits erfüllt, wenn eine Pflegeeinrichtung eine Kooperation mit einem ambulanten Hospizdienst nachweist. Die Ergänzung der „palliativpflegerischen Begleitung“ stellt sicher, dass pflegerische Maßnahmen in der gesamten Phase des Lebensendes Teil der Leistungsarten und Grundsätze sind.

### **§ 75 SGB XI/Rahmenverträge**

**In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Sterbebegleitung“ eingefügt.**

#### ***Bewertung***

Mit derselben Begründung wie zu der Änderung des § 28 SGB XI spricht sich der Paritätische auch an dieser Stelle für folgende Fassung aus: *„[...] einschließlich der palliativpflegerischen Begleitung und Sterbebegleitung“*. Die palliativpflegerische Begleitung ist unter Umständen vor der eigentlichen Sterbebegleitung über einen längeren Zeitraum erforderlich.

Mit dem Hinweis aus der Gesetzesbegründung, dass „*der Regelungsauftrag für die Vereinbarungspartner zum Inhalt der Pflegeleistungen [...] um die ausdrückliche Nennung der Sterbebegleitung ergänzt wird*“, verweist der Paritätische auf die Notwendigkeit, darüber hinaus in der Gesetzesbegründung die gem. § 75 Abs. 3 SGB XI zusätzlich zu berücksichtigenden Personalbedarfe bzw. Pflegezeiten klarzustellen. Pflegeeinrichtungen muss es ermöglicht werden, auf dieser Grundlage eine angemessene Refinanzierung sicherzustellen. Es muss festgehalten werden, dass mit der Intention des Gesetzesvorhabens weitergehende Anforderungen gestellt werden.

## **§ 114 Qualitätsprüfungen**

### **§ 114 Absatz 1 wird wie folgt geändert:**

**a) Satz 6 wird wie folgt gefasst: „Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:**

- 1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,**
- 2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie**
- 3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.“**

**b) In Satz 7 wird nach dem Wort „Versorgung“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.**

### ***Bewertung***

Es gibt seit dem 01.01.2014 bereits Veröffentlichungs- und Mitteilungspflichten zur zahnärztlichen und fachärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung. Die Erweiterung der Pflichten um Angaben zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz, scheint sachgerecht und wird nicht beanstandet.

Berlin, den 15. September 2015

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, <http://www.der-paritaetische.de>

Ansprechpartner:

Thorsten Mittag, Referent für Altenhilfe und Pflege und rechtliche Betreuung,  
[altenhilfe@paritaet.org](mailto:altenhilfe@paritaet.org)