

Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung  
in Deutschland (HGP)

## Stellungnahme des Arbeiter-Samariter-Bundes Deutschland e.V.

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
18(14)0128(8)  
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.  
15\_HPG  
15.09.2015

### Einleitung

Schwerstkranke und sterbende Menschen benötigen – ganz besonders in ihrer letzten Lebensphase – fachlich kompetente, menschliche, verlässliche und kontinuierliche Begleitung und Zuwendung. Hauptamtliche und ehrenamtliche hospizlich-palliative Behandlung und Begleitung sind deshalb wichtig und dringend verbesserungsbedürftig. So können sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Umgebung eine umfangreiche und hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung mit ausreichender Schmerzmedikation und Symptomkontrolle sowie eine bestmögliche Unterstützung der Angehörigen gewährleistet werden.

Die moderne Palliativversorgung hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht. Bislang reichen dennoch die gesetzlich definierten Angebote und die Umsetzungspraxis im Alltag nicht aus. Heterogene Bedarfslagen, individuelle Anforderungen und eine Versorgungsstruktur, die eine uneingeschränkte Bereitschaft zur Vernetzung mit anderen Akteuren der Versorgung erfordern, benötigen verlässliche Rahmenbedingungen und belastbare gesetzliche Vorgaben. Die Betroffenen und ihre Vertrauenspersonen müssen die Möglichkeiten hospizlich-palliativer Versorgung kennen und im gesetzlich vorgegebenen Rahmen nutzen können.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf zum Hospiz- und Palliativgesetz (HGP) sollen die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung ausgebaut werden. Es geht nicht allein darum, sterbenden Menschen ein Lebensende in vertrauter Umgebung zu ermöglichen, sondern darüber hinaus um den Anspruch auf eine umfassende, dem fachlichen Stand entsprechende, qualitativ hochwertige Versorgung durch Ärzte und Pflegefachkräfte. Dazu gehören, neben der Einbindung der Hospizdienste, Pflegekräfte mit einer palliativmedizinischen Ausbildung und ausreichenden zeitlichen Ressourcen ebenso wie schmerztherapeutisch und palliativmedizinisch ausreichend ausgebildete Ärzte. Eine umfassende palliative Versorgung ist nur mit einer ausreichenden ärztlichen Beteiligung zu erreichen.

### Bewertung

Insgesamt sind die im Gesetzesentwurf dargestellten Veränderungen zu begrüßen. Ein Ausbau der Versorgung mit Hospizplätzen ist ebenso sinnvoll wie deren verbesserte Finanzierung. Auch die angestrebten Angebotsausweitungen im ambulanten Pflegesektor sind hilfreich und nützlich.

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeheimen und Krankenhäusern muss ein unmissverständliches Obligatorium sein: Pflegeheime und Krankenhäuser müssen diese Möglichkeiten der Sterbebegleitung nachweislich praktizieren.

Allerdings fällt die Gewichtung bei der Förderung der Palliativversorgung in den Pflegeheimen unzureichend aus. Der Gesetzentwurf berücksichtigt nicht im erforderlichen Maß, dass die Mehrzahl aller Menschen in stationären Einrichtungen stirbt. Weder die Anzahl der vorgehaltenen Hospizplätze noch die Zahl der AAPV- und SAPV-Teams stellt bisher eine nennenswerte Versorgungsalternative zum Sterben in Institutionen dar.

Um eine den Bedarf deckende Sterbebegleitung und palliative Versorgung sicherzustellen, ist daher eine deutlich stärkere als im Gesetzentwurf vorgesehene Förderung und Verpflichtung zur Palliativversorgung – sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Pflegeheimen – erforderlich.

Soll eine langfristige und in der medizinischen und pflegerischen Verantwortung festverankerte und fachgerechte Palliativversorgung gewährleistet werden, muss die Begleitung, Versorgung und Behandlung sterbender Menschen integraler und bedeutsamer Bestandteil aller medizinischen und pflegerischen Ausbildungen werden. Es reicht nicht aus, dass qualifizierte hospizlich-palliative Versorgung grundsätzlich möglich ist, sie muss auch stattfinden. Fortschritte der jüngeren Vergangenheit sind noch nicht ausreichend, trotz des großen Einsatzes der in diesem Bereich haupt- und ehrenamtlich Tätigen.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung werden auch Verbesserungen im Rahmen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) angestrebt. Dies ist dringend notwendig, da sich gezeigt hat, dass die Regelungen zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) einen zu geringen Teil des Versorgungsbedarfs abdecken und es der Gesetzgeber versäumt hat, ausreichende AAPV-Regelungen als Basis für die SAPV-Versorgung zu schaffen.

Im Jahr 2012 starben in Deutschland ca. 850.000 Menschen. Angesichts der demografischen Entwicklung wird diese Zahl in den kommenden Jahren weiter steigen. Anspruchsberechtigt im Rahmen von SAPV sind bislang jedoch lediglich rund zehn Prozent der sterbenden Menschen. Für alle anderen müssen Angebote aus dem Bereich der AAPV zur Verfügung stehen. Wenn einzelne Versorgungssituationen mit einer umfangreichen Palliativ-Care-Betreuung durch ein multidisziplinäres Team begleitet werden, sind die positiven Auswirkungen immens. Die moderne Palliativversorgung ermöglicht eine Versorgung und Begleitung im häuslichen Umfeld mit vielfältigen Methoden, Schmerz zu vermeiden und die Lebensqualität zu steigern sowie die Angehörigen im Umgang mit dem schwerkranken Menschen zu unterstützen und zu beraten. Der Wunsch, bis zum Lebensende von der Familie in der vertrauten Umgebung begleitet zu werden, kann so deutlich mehr Menschen ermöglicht werden.

Auch angesichts der Diskussion um Beihilfe zur Selbsttötung oder das Töten auf Verlangen ist es wichtig, die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Begleitung nach Quantität und Qualität weiter zu verbessern und so auch die Angst vor einem einsamen und schmerzbeladenen Sterben zu mindern.

## Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Anmerkungen zu einzelnen Regelungen

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

Der ASB begrüßt die finanzielle Förderung der ambulanten Hospizdienste im Bereich der Personalkosten, verweist aber darauf, dass die Dienste einen angemessenen Zuschuss zu ihren Sachkosten erhalten müssen, da eine erfolgreiche Tätigkeit auch von der Ausstattung der Dienste mit Sachmitteln abhängig ist. Darüber hinaus muss in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, dass ambulante Hospizdienste weitestgehend vom Engagement freiwilliger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängen. Diese dürfen nicht in die Rolle hauptamtlicher Beschäftigter gebracht werden.

#### § 39b SGB V Anspruch auf Hospiz- und Palliativberatung

Der § 39b SGB V wird neu eingefügt, um die Beratung und Informationsweitergabe durch die Krankenkassen zu verbessern. Die Krankenkasse kann aber auch auf die regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote verweisen. Die Beratung der Kassen soll mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und anderen Beratungsangeboten abgestimmt werden.

Grundsätzlich ist eine Verbesserung der Beratung und der Koordinierung mit anderen Beratungsangeboten zuzustimmen, vor allem vor dem Hintergrund des Wissensdefizites bezüglich palliativer Versorgung und der medial starken Präsenz eines scheinbaren Wunsches vieler Menschen nach einem „selbstbestimmten Sterben“ im Krankheitsfall.

Bislang sind Krankenkassen mit ihren Beratungsbemühungen nicht sehr erfolgreich. Obwohl der Beratungsauftrag sowohl im SGB V als auch im SGB XI eindeutig formuliert ist, kommen die Kassen diesem Auftrag nur unzureichend nach. Es ist daher dringend erforderlich, dass Umfang, Zeitpunkt und Ort der Beratung im Gesetz definiert sind. Als weitere Möglichkeit muss der Gesetzgeber festlegen, welche Organisationen die Beratung für die Kassen übernehmen sollen, welcher fachliche Rahmen erforderlich ist und inwieweit den Organisationen ein finanzieller Ausgleich zusteht bei der Übernahme von Aufgaben und damit erfolgter Entlastung der Sozialversicherungsträger.

## **§ 87 Abs. 1b und Abs. 2a SGB V Koordination palliativmedizinischer Versorgung durch Vertragsärzte**

Der ASB begrüßt die mit einer Vergütung zu erwartenden Anreize für eine verbesserte Palliativversorgung durch Ärztinnen und Ärzte. Die Beschreibung von Qualifizierungsanforderungen für Ärztinnen und Ärzte ist ebenso sinnvoll wie die Feststellung von Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität. Der ASB regt an, dass in den Qualifizierungsmaßnahmen die Aufgaben zur Netzwerkarbeit Teil der Basisqualifikation sein müssen.

Ebenso sinnvoll ist es, wie im Gesetzesentwurf vorgesehen, zusätzliche Aufwendungen von Koordinations- und Kooperationsaufgaben durch Ärztinnen und Ärzte in Pflegeheimen gesondert zu vergüten. Der ASB weist jedoch darauf hin, dass auch der Mehraufwand der Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflegedienste für Koordination und Kooperation einer auskömmlichen Vergütung bedarf.

## **§ 92 Abs. 7 SGB V Ambulante Palliativpflege als Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege**

Eine Verbesserung der Allgemeinen Ambulanten Palliativpflege (AAPV) soll erreicht werden, indem im vertragsärztlichen Bereich zusätzliche vergütete Leistungen zur Steigerung der Qualität der Versorgung und zur Förderung von Kooperationen aller an der Versorgung Beteiligten ermöglicht werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist gesetzlich beauftragt, die Häusliche Krankenpflegerichtlinie um behandlungspflegerische Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege zu erweitern. Dies betrifft insbesondere eine Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege. Die AAPV wird somit in den Leistungskatalog der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie aufgenommen.

Es ist zu begrüßen, dass es für die Erbringung der AAPV eine klare Regelung gibt, die in bestehende und in der Regel funktionierende Verfahren eingliedert wird.

Bei der Beschreibung der Leistung muss darauf geachtet werden, dass die Palliativversorgung die bisherigen Behandlungspflegen im Bereich der HKP ergänzt. Außerdem muss es klare Regelungen und Abrechnungsmöglichkeiten für eine engere Betreuung in der letzten Lebensphase geben und weniger Pauschalregelungen für eine tägliche Betreuung. Zusätzlich sollte die ständige Erreichbarkeit im Rahmen der Palliativversorgung als eigener Punkt aufgenommen werden.

Da im G-BA Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen vertreten sind, sollte bei der Erweiterung der HKP-Richtlinie dringend die pflegerische Expertise berücksichtigt werden. Der ASB regt an, dass der G-BA gesetzlich beauftragt wird, neben der Interessenvertretung der Hospizverbände weitere Pflegefach- und Berufsverbände bei der Konkretisierung der HKP-Richtlinie einzubeziehen.

Bereits im Gesetzestext sollten konkrete Formulierungen zu den Voraussetzungen der Umsetzung in Pflegediensten beschrieben werden. Zu folgenden Bereichen regen wir ergänzende Konkretisierungen an:

1. Eine eindeutige Abgrenzung der AAPV zur SAPV
2. Definierte Leistungsbereiche der AAPV in der HKP-Richtlinie, hier sollte enthalten sein:
  - Pflegerische und psychosoziale Versorgung und Begleitung
  - Beratung und Anleitung des sterbenden Menschen sowie der beteiligten Angehörigen
  - Fallbezogene Koordination
  - Berücksichtigung des zeitlichen Mehraufwands einer bestmöglichen Versorgung
3. Qualitätskriterien an die Erbringung der AAPV in der häuslichen Krankenpflege
4. Das Verfahren zur Ergänzung der HKP-Richtlinie um den Bereich der AAPV sollte zeitlich klar definiert sein. Viele Einrichtungen erbringen jetzt schon Maßnahmen im Bereich der AAPV und haben keine Möglichkeit, mit den Kassen für die Übergangszeit Regelungen zur Finanzierung ihrer Leistung zu treffen. Daher sollte die Richtlinie ab dem 01.07.2016 in Kraft sein.
5. Eine regelhafte Ausweitung ambulanter Palliativversorgung erfordert verlässliche Angebotsstrukturen. Diese bedürfen einer auskömmlichen Finanzierung der Leistungsanbieter, wenn die Strukturen flächendeckend umgesetzt werden sollen. Es muss daher in den Vergütungsrichtlinien festgelegt sein, dass es dem Leistungsanbieter möglich ist, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seine Aufwendungen zu finanzieren.

Wenn die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase gelingen und somit dem Anspruch des Gesetzes gerecht werden soll, dann muss eine Betreuung im Rahmen der AAPV auch möglich sein, wenn Krankenhausaufenthalte durch eine umfassende häusliche Betreuung vermieden oder verkürzt werden können. Der Anspruch auf die AAPV-Leistung sollte mindestens vier Wochen bestehen.

### **§ 119b SGB V Kooperationsverträge stationärer Pflegeeinrichtungen mit Vertragsärzten**

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). Zugleich wird die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell gefördert. Ziel ist es, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine koordinierte Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gewährleisten, um die palliativmedizinische Versorgung in den Einrichtungen zu verbessern.

Der ASB lehnt diese Regelung einer Zuweisung der Kooperationsverantwortung für die Pflegeeinrichtungen ausdrücklich ab. Vertragspartner der Ärztinnen und Ärzte ist die Kassenärztliche Vereinigung. Weder kann ein Pflegeheim einen ärztlichen Behandlungs- oder Versorgungsbedarf einschätzen noch eine Honorierung von Ärztinnen und Ärzten vornehmen. Darüber hinaus ist und bleibt die Sicherstellung der Versorgung Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Abs. 1 SGB V. Um dies klarzustellen, muss in § 119b Abs. 1 eine eindeutige Aufforderung vonseiten des Gesetzgebers erfolgen, die die vertragsärztliche Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen zuweist. Darüber hinaus sollen die Kooperationen nur dann abgeschlossen werden, wenn bei den Ärzten eine Mindestqualifikation für Palliativmedizin vorliegt.

### **§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**

Um den Abschluss von Verträgen zu beschleunigen, wird für die SAPV ein Schiedsverfahren eingeführt. Dies wird vom ASB begrüßt. Die Erfahrung zeigt, dass mit Pflegediensten keine direkten Verträge abgeschlossen werden und die Vergütung in aller Regel über das arztgesteuerte Palliativ-Care-Team-Modell erfolgt. Das heißt, der Vertragsarzt verteilt die Fallpauschalen. Das System hat eine Unterfinanzierung der SAPV-Pflegedienste zur Folge und hat sich nicht bewährt. Verträge müssen zukünftig direkt mit zugelassenen ambulanten Einrichtungen geschlossen werden. Das ist auch deshalb zwingend erforderlich, damit von einer Schiedsstellenregelung Gebrauch gemacht werden kann.

### **§ 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen Beratungsangebote vorhalten, um die Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner vor dem Sterben zu mindern und ihre Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zu stärken. Es werden finanzielle Anreize für ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot gesetzt, mit dem Pflegeheime Kooperation mit anderen Versorgern und Leistungserbringern Beratungsangebote organisieren sollen.

Ein solches individuelles Beratungsangebot zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende soll auf Wunsch und Willen des Pflegebedürftigen im Rahmen einer umfassenden Fallbesprechung insbesondere auf medizinische Abläufe eingehen. Es sollen Notfallszenarien thematisiert sowie Hilfen und Angebote zur palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung aufgezeigt werden. Darüber hinaus sollen Möglichkeiten einer psychosozialen Begleitung während des Sterbeprozesses unter Hinzuziehung der Angehörigen und anderer Vertrauenspersonen dargestellt werden. Durch Abstimmung und Kooperation mit den umliegenden regionalen Versorgungsangeboten ist sicherzustellen, dass eine umfassende medizinische, pflegerische und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungsplanung gewährleistet wird.

Der ASB unterstützt die verbesserte Beratung und Begleitung von Sterbenden in den vollstationären Einrichtungen. Dies wird allerdings nur bei einer ausreichenden

finanziellen Unterstützung gelingen. Von den Krankenkassen muss die Übernahme einer auskömmlichen Finanzierung der geforderten Maßnahmen gewährleistet werden. Ohne eine klare Vorgabe (ausgebildete Fachkraft mit definierten Aufträgen) befürchtet der ASB, dass weiterhin nur unzureichend auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Sterbenden eingegangen werden kann.

Auf weitere Leistungserbringer, die im Sinne der beschriebenen Planung einbezogen werden müssen, hat das Pflegeheim keinen Einfluss und kann deren Beteiligung im Falle einer palliativen Versorgung nicht garantieren. So setzt beispielsweise eine „Fallbesprechung“ die Bereitschaft eines Vertragsarztes voraus, die ein Pflegeheim nicht herbeiführen kann.

Darüber hinaus muss das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende auch für die Patientinnen und Patienten der ambulanten Pflegedienste bereitgehalten werden. Der ASB fordert daher die Ausweitung dieser Beratungsleistung auch für den ambulanten Pflegebereich.

Einer wie dargestellt verfügbaren Versorgungsplanung bedürfen auch die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Hilfen für Menschen mit Behinderung. Der Gesetzesentwurf ist daher um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI zu ergänzen.

## Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### **§ 28 Abs. 5 SGB XI und § 75 SGB XI Leistungsarten, Rahmenverträge und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung**

In stationären Pflegeeinrichtungen sollen die Hospizkultur und Palliativversorgung weiter verbessert werden. Es wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des SGB XI gehören. Die Bedeutung von Sterbebegleitung wird auch durch ausdrückliche Benennung in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene betont.

Derzeit sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen zum Zweck der Veröffentlichung in den Transparenzberichten mitzuteilen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung geregelt sind. Um die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Beteiligten zu stärken und auch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen besser zu informieren, werden diese Mitteilungspflichten um die Pflicht der Mitteilung zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz erweitert.

Die bereits beschriebene palliative Versorgung in Pflegeeinrichtungen erfolgt schon jetzt. Eine Verbesserung der derzeitigen Situation würde sich herbeiführen lassen, wenn in Pflegeheimen neben ausgebildeten Palliativ-Fachkräften ehrenamtliche Hospizhelfer Sterbende und ihre Angehörigen begleiten.

Um Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen zu beraten, Hospizhelferinnen und -helfer auszubilden und zu unterstützen, Weiterbildungsangebote für Pflegekräfte zu initiieren und die palliative Versorgung zu organisieren und zu leisten, sind freigestellte Fachkräfte in den Pflegeheimen dringend erforderlich.

**Der ASB fordert daher:**

- **Jede stationäre Pflegeeinrichtung muss je 100 Bewohnerinnen und Bewohner über eine speziell ausgebildete Palliativ-Fachkraft verfügen.**
- **Diese Fachkraft ist auch für die Zusammenarbeit mit Hospizgruppen und anderen in der Palliativpflege eingebundenen Ehrenamtlichen als Koordinator tätig.**
- **Die Finanzierung wird ähnlich der Regelungen des § 87 b SGB XI durch die Krankenkassen getragen.**