

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0128(36)
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.
15_HPG
18.09.2015



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)
Bundestags-Drucksache 18/5170**

zum

Antrag

**Abgeordneten Birgit Wöllert, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann
und weiterer sowie der Fraktion DIE LINKE.**

**Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Men-
schenrecht sichern**

Bundestags-Drucksache 18/5202

zum

Antrag

**der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche,
Maria Klein-Schmeink und weiterer sowie der Fraktion**

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Gute Versorgung am Lebensende sichern –
Palliativ- und Hospizversorgung stärken**

Bundestags-Drucksache 18/4563

Berlin, 17. September 2015

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
I.) Gesetzentwurf der Bundesregierung	
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland	3
Zusammenfassung	3
Palliativer Versorgungsanspruch – § 27 SGB V	8
Häusliche Krankenpflege – § 37 Abs. 2a SGB V	10
Stationäre und ambulante Hospizarbeit – § 39 a SGB V	12
Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen – § 39b SGB V	13
Palliativversorgung in Pflegeheimen – § 39c SGB V	14
Palliativ-medizinische Versorgung durch Ärzte – § 87 SGB V	16
Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege – § 92 SGB V	18
Kooperationsvereinbarungen mit Haus- und Fachärzten – § 119b SGB V	21
Erweiterung der häuslichen Krankenpflege um Palliativleistungen – § 132a SGB	23
Schiedsverfahren für die SAPV – § 132d SGB V	26
Individuelles gesundheitliches Beratungsangebot in Pflegeheimen – § 132g SGB V	28
Versorgung mit Palliativpflege in Pflegeheimen – § 132h SGB V	29
Sterbebegleitung als Regelleistung des SGB XI – §§ 28,75 SGB XI	31
Informationspflichten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen – §§ 114,115 SGB XI	33
II.) Antrag der Fraktion DIE LINKE.	
Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern	35
III.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Gute Versorgung am Lebensende sichern – Palliativ- und Hospizversorgung stärken	37

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Darunter befinden sich Einrichtungen mit hospizlichem bzw. palliativem Schwerpunkt und diverse Dienste der SAPV-Versorgung, z. B. werden in Niedersachsen ca. 50 % aller SAPV-Netze bzw. Pflegedienste durch den bpa vertreten. Die Palliativpflege findet zudem regelmäßig auch in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten statt. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

I.) Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Zusammenfassung

Der bpa begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland gezielt weiterzuentwickeln und damit für Menschen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Der vorliegende Gesetzesentwurf sorgt für wichtige Verbesserungen bei der Beratung, der Unterstützung und der Versorgung von Menschen in der Sterbephase. Der bpa begrüßt auch ausdrücklich, dass der Gesetzesentwurf diverse Änderungsvorschläge, die im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Referentenentwurf seitens des bpa und anderer eingebracht worden sind, berücksichtigt. Dazu zählt insbesondere, dass die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verankert werden soll und dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung flächendeckend erbracht werden soll.

Um wirkliche Verbesserungen für die betroffenen Menschen herbeizuführen, bedarf es neben einer verstärkten Beratung sowie Vernetzung von

medizinischer und pflegerischer Versorgung vor allem der **Berücksichtigung der tatsächlich notwendigen längeren Zeit für die Pflegekräfte**, um die erforderliche fachliche psychische und physische Hilfestellung – und damit eine humane palliative Versorgung – gewährleisten zu können. Dies erfordert gezielte Verbesserungen im Leistungsrecht des SGB V und SGB XI sowie eine Definition des Leistungsanspruchs auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Dauer der alltäglichen Behandlungs- und Grundpflege verbunden mit persönlicher Zuwendung entscheidet wesentlich darüber, ob sich der Mensch auch am Lebensende gut umsorgt und betreut fühlt. Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste müssen hierfür die erforderlichen Leistungen im notwendigen zeitlichen Umfang – mit einer angemessenen Personalausstattung und einer angemessenen Vergütung – zur Verfügung gestellt bekommen. Nur so lassen sich die angestrebten Verbesserungen umsetzen. Koordinierung und Vernetzung in der Palliativpflege sind wichtig, dürfen aber nicht dazu führen, dass die verfügbare Zeit der Pflege zum Nachteil der Betroffenen weiter eingeschränkt wird.

Insbesondere die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen erbringen unter den gegenwärtigen, leistungsrechtlich erheblich eingeschränkten Bedingungen bereits palliative Leistungen im Rahmen der Pflege und Betreuung, soweit dies von den Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen gewünscht wird. Dabei entsteht aufgrund der sehr begrenzten Leistungsrechtsansprüche insbesondere im Teilleistungssystem des SGB XI und den psychosozialen Gesamtumständen bei den Betroffenen sowie den Pflegekräften ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand. Eine Verbesserung der Versorgung sterbender Menschen sowie der Begleitung ihrer Angehörigen und der Koordination der Leistungen als zusätzliche Aufgaben können nur durch die Bereitstellung der hierfür erforderlichen Ressourcen über einen **Leistungsrechtsanspruch im SGB V verbunden mit der erwünschten Leistungsdefinition** erreicht werden. Dies ist bisher nicht ausreichend gesetzlich gewährleistet.

Ausdrücklich begrüßt der bpa die Übernahme seines Vorschlages, in § 37 SGB V den Leistungsanspruch auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung aufzunehmen. Der Gesetzesentwurf schafft hier bezüglich der **ambulant** allgemeinen Palliativversorgung deutliche Verbesserungen. Systematisch hält der bpa die Beauftragung des G-BA mit der Ergänzung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit Abs. 7 SGB V für nachvollziehbar. Aber es reicht nicht aus, in der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege lediglich bestimmte zusätzliche Behandlungspflegemaßnahmen und Leistungen der Palliativpflege festzulegen. Deshalb sollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass

- der G-BA in einer gesetzlich vorgegebenen Frist die Richtlinie ändert,

- die erforderlichen Leistungen unter Beteiligung der Trägerverbände der Pflegedienste aufgenommen werden und
- die Behandlungspflegemaßnahmen zwingend den höheren Leistungsaufwand in der Sterbephase berücksichtigen.

Da der Gesetzentwurf in § 27 SGB V einen neuen Rechtsanspruch auf palliative Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung verankert, muss dieser auch in der **stationären Pflege** umgesetzt werden. In der stationären Versorgung entsteht ebenfalls ein erheblicher zeitlicher Aufwand für die palliative Pflege von immer häufiger auch hochbetagten Pflegebedürftigen. Dieser erhöhte palliativ-pflegerische Aufwand wird bisher über die begrenzten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung nicht abgedeckt. **Die Bewohner von Pflegeheimen haben das gleiche Recht auf palliative Versorgung wie Patienten in der ambulanten Pflege, im Hospiz oder im Krankenhaus. Dieses wird jedoch den vorliegenden Entwurf nicht ausreichend berücksichtigt.** Heimbewohnern droht deshalb eine zusätzliche Benachteiligung, weil sie weder ihren Rechtsanspruch auf medizinische Behandlungspflege noch ihren Rechtsanspruch auf palliative Versorgung einlösen können. Der bpa spricht sich deshalb für den Einsatz zusätzlicher, entsprechend qualifizierter Kräfte ein, die – durch die Krankenversicherung finanziert – allgemeine Palliativleistungen erbringen können. Ähnlich der Betreuungskräfte im Sinne des nach § 87b SGB XI könnte so zusätzliches Personal und zusätzliche Zeit für die bei der Begleitung am Lebensende aus zur Verfügung gestellt und die Versorgungssituation der Palliativpatienten verbessert werden.

Insofern ist es zwar zu begrüßen, dass das Beratungsangebot der vollstationären Pflegeeinrichtungen durch den geplanten § 132g SGB V von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden soll. Diese weitreichenden Beratungsaufgaben erscheinen dem bpa problematisch. Denn dazu soll auch die Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Therapieverzichts gehören. Hierbei darf jedoch nicht übersehen werden, dass die umfassende medizinische Beratung vor allem Aufgabe der behandelnden Haus- und Fachärzte bleibt.

Zusätzlich wird den **Einrichtungen die Organisations- und Koordinationsverpflichtung bei der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten** im § 119b SGB V übertragen. Dies sieht der bpa sehr **kritisch**, da die Vertragsärzte selbst über einzugehende Kooperationen entscheiden; insofern kann der Sicherstellungsauftrag nicht zwangsweise den Pflegeheimen auferlegt werden.

Auch bisher begleiten Pflegeheime ihre Bewohner beim Sterben. Allerdings ist die jetzt vom Gesetzgeber beabsichtigte verbesserte Sterbebegleitung nicht vom derzeitigen Regelangebot der stationären Einrichtungen umfasst. Deswegen bewertet der bpa die vorgesehene umfassende

Verortung der Sterbebegleitung nach § 28 Abs. 5 SGB XI ohne zusätzliche Finanzierung durch die Krankenkassen (SGB V) als grundlegend falsch. Das gilt auch für die entsprechende Erweiterung der stationären und ambulanten Rahmenverträge in § 75 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB XI um die Leistungen der Sterbebegleitung.

Der bpa weist darauf hin, dass die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch künftig nicht bei den Pflegeheimen liegt, sondern bei den Kasernenärztlichen Vereinigungen. Eine erneut wachsende abstrakte Verpflichtung der Pflegeheime alleine ist kein Garant für eine bessere Versorgung, welche eng begrenzt ist durch die nur eingeschränkt zur Verfügung stehende Betreuungszeit und die fehlende Möglichkeit der Verpflichtung weiterer und insbesondere ärztlicher Leistungserbringer.

Papier alleine betreut niemanden. Wirkliche Verbesserungen lassen sich nur dann erreichen, wenn die für die Pflege zur Verfügung stehende Zeit und damit der **Personalschlüssel erhöht** werden. Es bedarf daher auch im SGB V einer angemessenen erweiterten Berücksichtigung des pflegerischen und betreuenden Aufwands für diese zusätzlichen Aufgaben, wie es z.B. nach dem Entwurf auch für die Ärzte in § 87 SGB V ermöglicht wird. Ansonsten droht, dass durch die zusätzlichen Beratungs- und Koordinationsaufgaben noch mehr Zeit für pflegefremde Tätigkeiten eingeteilt werden muss mit der Folge einer Verschlechterung der Pflegesituation für die Betroffenen.

Pflegeheime sind auch Sterbeorte. Im Jahr 2013 starben in Deutschland 893.000 Menschen, davon 38 % in Pflegeheimen, aber weniger als 3 % in Hospizen. Bei der Betreuung Sterbender gibt es jedoch gravierende Unterschiede in der Finanzierung. So stehen für einen Platz im Hospiz ca. 6.500 Euro pro Monat zur Verfügung, während es im Pflegeheim derzeit maximal 1.612 Euro pro Monat sind (Pflegestufe III). Wenn die mit dem Gesetzentwurf bezweckten Verbesserungen der Sterbebegleitung auch in Pflegeheimen realisiert werden sollen, muss diese Differenz verringert werden. Dies geht nur über eine ausreichende Beteiligung der Krankenkassen (SGB V).

Dazu muss **auch in den stationären Pflegeeinrichtungen die verbesserte Palliativversorgung über einen Leistungsanspruch im SGB V sichergestellt werden – entsprechend der Regelung der zusätzlichen Betreuungskräfte gem. § 87b SGB XI.** Denn es kann nicht sein, dass Versicherte in ihrer Häuslichkeit und im Krankenhaus Palliativleistungen der Krankenversicherung erhalten, im Gegensatz aber die Bewohner von Pflegeheimen von diesen Leistungen der Krankenversicherung ausgegrenzt werden. Damit wird das Äquivalenzprinzip faktisch aufgehoben; denn obwohl Heimbewohner selbstverständlich weiterhin Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen, erhalten sie nicht die gleichen

Leistungen wie bei ambulanter Versorgung nach § 37 Abs. 2a SGB V. Der Rechtsanspruch auf Palliativversorgung durch die Krankenkasse nach § 27 SGB V gilt aber auch für Versicherte in Pflegeheimen.

Der Gesetzgeber sollte auch bedenken, dass die letzte Lebensphase überwiegend im Pflegeheim stattfindet. Das untermauert die Notwendigkeit, für die Sterbebegleitung im Pflegeheim auch die erforderlichen finanziellen Mittel der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen – wie es bei den Ärzten selbstverständlich ist.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Palliativer Versorgungsanspruch – § 27 SGB V

Artikel 1, Nr. 1, Gesetzestext S. 9, Begründung S. 24

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenbehandlung soll künftig auch die palliative Versorgung der Versicherten umfassen.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung in § 27 SGB V ist folgerichtig und betont den Leistungsanspruch der Versicherten auf allgemeine ambulante Palliativversorgung und -beratung, auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie auf ambulante und stationäre Hospizleistungen. Diese Präzisierung der Krankenbehandlung und deren klarstellende Erweiterung muss folglich die Grundlage für die leistungsrechtliche Ausgestaltung des medizinisch-pflegerischen Leistungsrechts – soweit dies bisher in Spezialregelungen wie z. B. der SAPV nach § 37b SGB V nicht erfolgt ist – sein.

Um die Versorgung im Rahmen der Sterbebegleitung zu verbessern – und damit dem Ziel des Gesetzes Rechnung zu tragen –, bedarf es einer Konkretisierung der leistungsrechtlichen Grundlagen der allgemeinen Palliativversorgung. Für den ambulanten Bereich ist dieses durch § 37 Abs. 2a SGB V des Gesetzentwurfs umgesetzt; für den stationären Bereich fehlt eine entsprechende Regelung allerdings.

Leistungsrechtsanspruch und Leistungsdefinition

Für die krankpflegerische Versorgung besteht ein Anspruch des Versicherten auf die allgemeine Palliativversorgung. Der in § 37 Abs. 2a SGB V konkretisierte Leistungsanspruch auf allgemeine ambulante Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ist daher zielführend. Damit werden die Krankenkassen in die Lage versetzt, den Leistungsanspruch umzusetzen und die Leistung der allgemeinen Palliativversorgung durch die Leistungserbringer in der ambulanten Pflege bereitzustellen.

Aber auch in den stationären Pflegeeinrichtungen muss die verbesserte Palliativversorgung über einen Leistungsanspruch im SGB V sichergestellt

werden. Dazu bedarf es einer Regelung entsprechend der zusätzlichen Betreuungskräfte gem. § 87b SGB XI. Durch die Krankenkassen sind zusätzliche finanzielle Mittel für eine verbesserte Personalausstattung in den Pflegeheimen zur Verfügung zu stellen. Die zusätzlichen Leistungen sind keineswegs mit der ohnehin fehlenden Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege abgegolten. Deswegen ist es erforderlich, dass auch die Bewohner von Pflegeheimen Anspruch auf palliative Versorgung gem. § 27 SGB V haben. Zur Umsetzung dessen verweist der bpa auf seine Regelungsvorschläge zu § 39c SGB V und § 132h SGB V in dieser Stellungnahme.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden folgende Sätze eingefügt:

Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten. **Bei einer Versorgung der Versicherten in einer nach § 72 Elftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Pflegeeinrichtung übernimmt die Krankenkasse die zusätzlichen Kosten für die palliative Versorgung.**

Häusliche Krankenpflege – § 37 Abs. 2a SGB V

Artikel 1, Nr. 2, Gesetzestext S. 9, Begründung S. 24

A) Neuregelung

Die häusliche Krankenpflege soll künftig auch die ambulante Palliativversorgung umfassen. Sofern es sich um häusliche Krankenpflege im Rahmen der Verkürzung oder Ersetzung von Krankenhauspflege handelt, ist auch die Grundpflege umfasst und der Ausnahmefall einer Versorgung über vier Wochen hinaus gegeben.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird die Änderung ausdrücklich begrüßt.

Darüber hinaus ist nach Ansicht des bpa noch eine Legaldefinition der allgemeinen Palliativversorgung notwendig. Denn nur mit einer solchen Legaldefinition ist der Anspruch des Versicherten auf diese Leistungen gewährleistet, die über die bisherigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege hinausgehen. Eine solche Definition ist notwendig, um die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung von den Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) abzugrenzen und eindeutige Vorgaben für die Richtlinie nach § 92 SGB V zu schaffen. Deswegen sollte im Gesetzestext – hilfsweise in der Begründung – definiert werden, dass palliative Pflege in der Häuslichkeit über die regulären Leistungen der häuslichen Krankenpflege hinausgeht und dass die allgemeine Palliativversorgung den besonderen Aufwand, die zusätzlich erforderliche psychosoziale Betreuung und Sterbebegleitung sowie die Abstimmung mit weiteren Beteiligten umfasst.

In der Begründung ist zu verdeutlichen, dass sich die Besonderheiten der allgemeinen Palliativversorgung nicht auf die Erweiterung bestimmter Leistungen der Behandlungspflege beschränken, sondern neben der Anleitung der Angehörigen und deren Beratung sowie der Koordination der unterschiedlichen Leistungserbringer ein besonderer Aufwand – vor allem bei den im Rahmen der Palliativpflege anfallenden regulären Behandlungspflegetätigkeiten – besteht. Die vom Gesetzgeber gewünschte Verbesserung bei der Zuwendung und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen lässt sich nicht ausschließlich über die bessere Vernetzung und Koordination zwischen Ärzten und Leistungserbringern

oder eine Ausweitung der Funktionspflege sicherstellen. Erforderlich ist vielmehr, dass in der Sterbesituation ein angemessenes, zusätzliches Zeitkontingent für die Durchführung der einzelnen Pflegeleistungen zur Verfügung steht. Erst dieser Dreiklang zwischen der Erweiterung der palliativen medizinischen und pflegerischen Leistungen, der verbesserten Koordination und Beratung sowie dem Leistungsanspruch auf die Bereitstellung der benötigten Zeit für die Pflegekraft wird dazu beitragen, dass die palliative Versorgung nachhaltig verbessert und für die Betroffenen die gewünschte Begleitung ermöglicht wird, ohne unnötige Krankenhausaufenthalte zu provozieren. Klarstellend ist außerdem eine Regelung aufzunehmen, welche die Versorgung des verstorbenen Versicherten ermöglicht, ohne dass mit dem Sterbezeitpunkt die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten endet. Gegenwärtig verweigern die Krankenkassen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege i. d. R. die Übernahme der Leistungen, die mit der Erstversorgung des Toten, dem Eintreffen des Arztes beim Patienten oder den erforderlichen Koordinations- und Angehörigenunterstützungsleistungen zusammenhängen.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 37 Absatz 2 SGV wird folgender Absatz 2a eingefügt:

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. **Dabei sind der besondere Aufwand, die Kooperation und Koordination mit den weiteren an der Versorgung Beteiligten angemessen zu berücksichtigen.** Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen.

Stationäre und ambulante Hospizarbeit – § 39a SGB V

Artikel 1, Nr. 3, Gesetzestext S. 9f. , Begründung S. 24f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die finanzielle Ausstattung für stationäre Hospize wird verbessert. Die Krankenkassen sollen künftig einheitlich bei Erwachsenen und Kindern 95 % der zuschussfähigen Kosten tragen. Für Kinderhospize soll es die Möglichkeit eigener Rahmenvereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Hospiz- und Palliativverbänden geben.

B) Stellungnahme

Die bessere finanzielle Ausstattung der stationären Hospize wird begrüßt. Auch die Verpflichtung zur Vereinbarung bundesweit geltender Standards der Leistungen und Qualität kann zur Verringerung regionaler Unterschiede beitragen. Der bpa unterstützt darüber hinaus, ebenso wie der Bundesrat, die Forderung nach einer gesetzlichen Verpflichtung für eigene Rahmenvereinbarungen für Kinderhospize.

Bei der – auch schon bisher möglichen – Inanspruchnahme von ambulanten Hospizdiensten in stationären Pflegeeinrichtungen sollte aus Sicht des bpa klarstellend darauf hingewiesen werden, dass in der abzuschließenden Vereinbarung nach Abs. 2 der Vorschrift auch die Belange der stationären Pflegeeinrichtungen angemessen berücksichtigt werden, insbesondere im Hinblick auf die erforderliche Abstimmung zwischen ambulantem Hospizdienst und der stationären Pflegeeinrichtung.

C) Änderungsvorschlag

§ 39a Absatz 1 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

~~Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen, zu denen auch eine gesonderte Vereinbarung nach Satz 4 abgeschlossen werden kann. Um den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen, ist eine gesonderte Vereinbarung nach Satz 4 zu schließen.~~

Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen – § 39b SGB V

Artikel 1, Nr. 4, Gesetzestext S. 10, Begründung S. 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung der Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung durch die Krankenkassen einschließlich eines Überblicks über die regional verfügbaren Anbieter und Ansprechpartner.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt den Ausbau der Beratung und die verbesserte Aufklärung. Dabei ist allerdings darauf zu achten, dass eine neutrale Beratung gewährleistet ist. Zudem sollte die Beratung sich nicht darin erschöpfen, dem Versicherten eine Liste mit regional verfügbaren Angeboten und Namen von Leistungserbringern in der Palliativpflege zu übermitteln.

Erfahrungsgemäß bestehen in der Palliativpflege große Hürden für die betroffenen Menschen, die am Lebensende stehen und sich selbst kaum noch adäquat kümmern können, aber dringend auf medizinisch-pflegerische Palliativleistungen angewiesen sind, z. B. zur Schmerzlinderung. Vorrangig wären die Krankenkassen zu verpflichten, die Versorgungsstruktur der allgemeinen und spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung flächendeckend bereitzustellen.

Anzustreben ist eine komplementäre unabhängige Beratung durch geeignete Institutionen. Hierzu sind die Qualitätskriterien zu beschreiben. Ein Beratungsmonopol der Krankenkassen wird abgelehnt.

In die Beratung und Abstimmung nach § 7a SGB XI sollten die bestehenden übrigen Angebote, die gerade für solche Beratungsaufgaben eine wertvolle Unterstützungsarbeit leisten könnten, einbezogen werden.

– Neu – Palliativversorgung in Pflegeheimen – § 39c SGB V

Artikel 1, Neu: Nr. 4a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um auch dem palliativen Versorgungsanspruch der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen gerecht zu werden, bedarf es eines ausdrücklichen Leistungsanspruchs im SGB V.

B) Stellungnahme

Benötigt wird in den Pflegeeinrichtungen vor allem mehr Zeit in der Pflege und Betreuung. Die Betroffenen am Lebensende bedürfen einer kontinuierlichen, aufwendigen Zuwendung und des Beistands während des gesamten Pflege- und Betreuungsprozesses. Hier stehen die Pflegeeinrichtungen im Spannungsfeld zwischen knappen Personal- bzw. Zeitressourcen, den begrenzten Leistungsbeträgen des SGB XI und dem Anspruch an eine bestmögliche Versorgung. Sofern der Gesetzgeber spürbare Verbesserungen auch in den Pflegeheimen herbeiführen möchte, ist dies auch im Leistungsrecht des SGB V zu berücksichtigen. Es reicht nicht aus, die palliativ-pflegerischen Aufgaben der Pflege und Sterbebegleitung nur klarstellend in § 28 SGB XI sowie in die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI aufzunehmen, wie es mit dem vorliegenden Entwurf geschehen soll. Dadurch wird es zu keinen spürbaren Verbesserungen kommen, es bedarf vielmehr eines konkreten Leistungsrechtsanspruchs der Betroffenen in den Pflegeeinrichtungen, einer bedarfsgerechten Leistungsdefinition, der die Versorgungsstrukturen folgen müssen, und die Einrichtungen müssen anhand von Verträgen in die Lage versetzt werden, diese Leistungen quantitativ und qualitativ zu erbringen. Daher sollten die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, dem besonders hohen Aufwand für die Zeit der palliativen Pflege in den Vergütungsvereinbarungen und Pflegegesetzvereinbarungen Rechnung zu tragen.

Zur Umsetzung dessen schlägt der bpa einen eigenen Leistungsanspruch auf Palliativversorgung in den Pflegeheimen vor. Dieser sollte in einer eigenen Regelung in § 39c SGB V neu eingefügt werden. Damit würde der Leistungsanspruch für die ambulante Palliativversorgung nach § 37 Abs. 2a SGB V des Gesetzentwurfs gleichermaßen auch für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden. Dies ist systematisch notwendig, weil auch die Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung zahlen und deshalb auch einen Anspruch auf die verbesserte Palliativversorgung als Leistung der Kran-

kenversicherung haben.

Konkret schlägt der bpa vor, dafür eine Regelung analog § 87b SGB XI zu schaffen. Dort ist festgelegt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung haben. Diese Zuschläge sind direkt mit der Pflegekasse zu vereinbaren und gehen daher nicht zu Lasten der Pflegesachleistungen. Das bedeutet für die Heimbewohner, dass sie diese Leistung zusätzlich erhalten, ohne dass sich dies auf den Pflegesatz auswirkt. Die Pflegeheime können zusätzliches Personal (Betreuungskräfte) einstellen und dadurch die Versorgung durch mehr Zeit verbessern.

Ein solcher Anspruch sollte auch für die palliative Versorgung der Heimbewohner eingeführt werden. So kann zusätzliches Personal und zusätzliche Zeit für die Begleitung am Lebensende zur Verfügung gestellt und die Versorgungssituation der Palliativpatienten verbessert werden.

Denn wenn nur die Vorschriften zu den leistungsrechtlichen Grundsätzen und die Rahmenverträge im SGB XI erweitert werden, ohne dass entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, werden sich die Anforderungen an die Pflegekräfte weiter erhöhen und der Druck auf die ohnehin schon am Limit der personellen Ressourcen arbeitenden Pflegeeinrichtungen weiter vergrößern.

Demzufolge ist eine Leistungsgewährung der allgemeinpalliativen Versorgung nach SGB V in den stationären Pflegeeinrichtungen von wesentlicher Bedeutung. Die Patienten und ihre Angehörigen haben einen erhöhten pflegerischen und psychosozialen Bedarf. Die Versorgung und Begleitung erfordert mehr Zeit und entsprechende koordinierende Tätigkeiten, wie beispielsweise die Abstimmung mit Angehörigen, Hospizhelfern, Therapeuten und Seelsorgern. Hierfür müssen Personal- bzw. Zeitressourcen für die ganzheitliche Begleitung am Lebensende geschaffen werden.

C) Regelungsvorschlag

Nach § 39b SGB V wird folgender § 39c SGB V eingefügt:

Versicherte, die in nach § 72 Elftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, haben einen gesonderten Anspruch auf palliative Versorgung. Die Krankenkasse trägt die Kosten nach Satz 1.

Palliativ-medizinische Versorgung durch Ärzte – § 87 SGB V

Artikel 1, Nr. 6, Gesetzestext S. 10f., Begründung S. 26ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband werden zur Bestimmung der Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung beauftragt.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung.

Bislang ist es insbesondere in Pflegeheimen schwierig, eine umfassende Versorgung der Bewohner durch entsprechend qualifizierte und zur Betreuung bereite Fachärzte sicherzustellen. Dies liegt jedoch nicht an den Einrichtungen, die gerne Kooperationen und eine Vernetzung mit regionalen Vertragsärzten herstellen. Pflegeheime haben hierbei jedoch oftmals Probleme, weil Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen bislang für die Ärzte anscheinend schwer in den Praxisalltag integrierbar und deren Vergütung offensichtlich nicht zufriedenstellend geregelt scheinen. Gezielte Vergütungen für einschlägig qualifizierte Ärzte, die zunächst extrabudgetär zum EBM wirksam werden, können die richtigen Anreize schaffen, um Kooperationen mit stationären Pflegeeinrichtungen nach der neuen Regelung im § 119b Abs. 1 SGB V zu fördern. Letztlich sollte aber auch berücksichtigt werden, dass die Pflegeeinrichtungen nur wenig Einfluss auf die Bereitschaft der Ärzte zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 119b Abs. 1 SGB V haben.

Da bei der zu schließenden Vereinbarung die gesamte palliative Versorgungsstruktur und deren Vernetzung betroffen sind und es um die interprofessionelle Zusammenarbeit geht, sind die maßgeblichen Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen.

C) Änderungsvorschläge

§ 87 Abs. 1b 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(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 koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,
2. Anforderungen an die Qualifikation der 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.

Der Bundesärztekammer, ~~und~~ der Bundespsychotherapeutenkammer **und den maßgeblichen Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf der Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativ-medizinischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie über die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.

Fortentwicklung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege zur Integration der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – § 92 SGB V

Artikel 1, Nr. 7, Gesetzestext S. 11, Begründung S. 28f.

A) Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, in der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege die näheren Leistungsinhalte der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung festzulegen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Regelung.

Wie bereits zu § 37 Abs. 2a SGB V ausgeführt, bedarf es nicht nur der Ergänzung des Leistungskataloges in der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege, sondern zunächst einer Legaldefinition zur Klarstellung, welche Leistungen von der allgemeinen Palliativversorgung umfasst sind. Der verfassungsrechtliche Grundsatz der Wesentlichkeit erfordert es hier, dass der Gesetzgeber selbst eine Legaldefinition der grundsätzlichen Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung vornimmt und diese nicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss überlässt. Hierbei ist an die stationären und ambulanten Hospizleistungen nach § 39a SGB V anzuknüpfen sowie die gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure als Leistungsinhalt der Richtlinie festzuschreiben.

Die Aufgabenstellung der allgemeinen Palliativversorgung ist daher als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege – wie im Hospizbereich und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – um die Maßnahmen zu erweitern, die in der Gesetzesbegründung zu § 39a SGB V genannt sind (siehe Seite 25, 2. Absatz):

- psychosoziale Betreuung (zeitlicher Mehraufwand bei der Durchführung der einzelnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege),
- Sterbebegleitung,
- Einbeziehung der Angehörigen,
- Begleitung trauernder Angehöriger in der Sterbephase des Versicherten.

Auf Seite 29 der Begründung (1. Absatz, Zeilen 1 bis 4) werden als weitere

Leistungen der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege folgende Inhalte gefordert:

- konkrete behandlungspflegerische Maßnahmen,
- Leistungen der Palliativpflege,
- die fallbezogene Vernetzung und Koordination bzw. Kooperation der einzelnen Leistungserbringer.

Der Regelungsauftrag an den G-BA muss diese Leistungsdefinition ausdrücklich aufgreifen und ebenso den erhöhten Pflege- bzw. Zeitaufwand in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – auch bei regulären verordnungsfähigen Behandlungspflegemaßnahmen – berücksichtigen. **Insofern reicht es nicht, den G-BA zur Bestimmung der näheren Einzelheiten zur Verordnung der allgemeinen ambulanten Palliativpflege zu beauftragen.** Zwar wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass eine Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie der Leistungen der Palliativpflege erfolgen soll, die eine im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen soll. Dies ist aber nur ein Teilaspekt der Palliativpflege. Aufgrund der psychosozialen Gesamtumstände bei den Patienten und Angehörigen **ist die Erbringung von Behandlungspflegeleistungen für Palliativpatienten mit einem wesentlich höheren Zusatzaufwand verbunden.** Erforderlich sind eine ausführliche Beratung und Erklärungen zu den pflegerischen Abläufen. Die Versorgung vor Ort bzw. die Durchführung der einzelnen behandlungspflegerischen Maßnahmen dauern in diesen Fällen länger. Aufgrund des bevorstehenden Todes ergeben sich bei den Betroffenen Ängste und Nöte, derer sich die Pflegekräfte annehmen müssen. Und auch bei den Angehörigen bestehen erhebliche Unsicherheiten. Diese auszuräumen und die Betroffenen auf die akute Sterbephase vorzubereiten, erfordert von den Pflegekräften Zeit und Zuwendung, insbesondere in Verbindung mit der Behandlungspflegeleistung. Darüber hinaus bedarf es weiterer Absprachen, z. B. mit dem behandelnden Arzt, Therapeuten etc. Der Gesetzestext ist deshalb um die besonderen psychosozialen Aspekte, die Begleitung trauernder Angehöriger und die hieraus resultierenden besonderen zeitlichen Ansprüche zu erweitern.

Zudem fordert der bpa, dass im Gesetz eine klare zeitliche Vorgabe für den G-BA verankert wird, bis zu der die Richtlinie geändert wird. Es hat sich gezeigt, dass sich die Verabschiedung von Richtlinien durch den G-BA ohne zeitliche Fristen mitunter stark verzögert hat. Das betrifft beispielsweise die Richtlinie zur Soziotherapie und die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V. Deshalb schlägt der bpa vor, dass die geänderte Richtlinie bis zum 30. Mai 2016 vorzulegen ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 92 Absatz 7 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

5. Bis spätestens zum 30. Mai 2016 Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, Umfang und Inhalt zur der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung der Versicherten, zum spezifischen Aufwand sowie zur Koordination und Vernetzung mit den an der Versorgung Beteiligten.

Verpflichtung der vollstationären Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Haus- und Fachärzten – § 119b SGB V

Artikel 1, Nr. 8, Gesetzestext S. 11, Begründung S. 29

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen faktisch zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Haus- und Fachärzten verpflichtet werden. Die bisherige „Kann“-Regelung wird durch eine „Soll“-Regelung ersetzt.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht die „Soll“-Regelung sehr kritisch.

Zwar ist die Einbindung der Einrichtungen in die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung durchaus sinnvoll und liegt sowohl im Interesse der betroffenen Versicherten als auch der Pflegeeinrichtungen. Es ist jedoch die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Versorgungsangeboten zu sorgen. Pflegeheime können die niedergelassenen Haus- und Fachärzte nicht zur Teilnahme an Kooperationen gemäß § 119b SGB V verpflichten. Diese entscheiden selbst über einzugehende Kooperationen. **Den Pflegeheimen kann insofern nicht der Sicherstellungsauftrag für einen fremden Aufgabenbereich vom Gesetzgeber zwangsweise auferlegt werden.** Hier droht erneut, dass Pflegeheime in der Öffentlichkeit für eine Situation verantwortlich gemacht werden sollen, welche sie aus eigener Regelungskompetenz jedoch nur teilweise beeinflussen können.

Sofern die Vorschrift nun in eine „Soll“-Regelung umgewandelt wird, wäre zu befürchten, dass zum Nachteil der betroffenen Bewohner weitere Arbeitszeit der Pflegekräfte nicht für die Pflege und Betreuung zur Verfügung steht, sondern für die Koordinierung mit den Ärzten aufgewendet werden muss. Der bpa weist daher deutlich darauf hin, dass die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch künftig nicht bei den Pflegeheimen liegt, sondern bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine erneut wachsende abstrakte Verpflichtung der Pflegeheime alleine ist kein Garant für eine bessere Versorgung, welche eng begrenzt ist durch die nur eingeschränkt zur Verfügung stehende Betreuungszeit und die fehlende Möglichkeit der Verpflichtung weiterer, insbesondere ärztlicher Leistungserbringer. **Papier alleine betreut niemanden.**

Insofern plädiert der bpa dafür, die bisherige „Kann“-Regelung in § 119b Abs. 1 SGB V beizubehalten und für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen ebenso finanzielle Anreize zu setzen wie im geplanten § 132g SGB V.

C) Änderungsvorschlag

§ 119b Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

~~Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Sicherstellung einer ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen sicherzustellen und auf Wunsch dieser ärztliche Vertragspartner nach Satz 1 zu vermitteln.~~ Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

- **Neu – Erweiterung der häuslichen Krankenpflege um Leistungen der Palliativversorgung – § 132a SGB**
- Neu – Artikel 1, Nr. 8a

A) Vorschlag des bpa

Zur Absicherung des Rechtsanspruchs der Versicherten auf die allgemeine Palliativversorgung hat der bpa vorgeschlagen, eine Legaldefinition dieser Leistung in das Gesetz aufzunehmen. Zum einen muss diese in § 37 Abs. 2a SGB V verankert werden, zum anderen ist eine entsprechende Regelung für die Leistungserbringer in § 132a SGB V erforderlich.

B) Stellungnahme

Der zusätzliche Zeit- und Koordinierungsaufwand für Palliativpatienten in der häuslichen Krankenpflege muss – wie bei den (Haus-) Ärzten über den EBM – entsprechend vergütet werden. Patienten, die vom behandelnden Arzt als Palliativpatienten versorgt werden, müssen auch in der weiteren medizinisch-pflegerischen Versorgung als solche anerkannt werden und die notwendigen Leistungen bzw. die Koordination für die von ihnen benötigten Einzelleistungen erhalten.

Die Verordnung behandlungspflegerischer Maßnahmen muss mit der Palliativ-Diagnose des Arztes verknüpft werden. Ebenso müssen diese Verordnungen für die Palliativpatienten auch in der häuslichen Krankenpflege anerkannt und ihr erhöhter Versorgungs- und Betreuungsaufwand berücksichtigt werden.

Hierzu ist eine Ergänzung in § 132a SGB V vorzunehmen, dass die Krankenkassen mit den Leistungserbringern die allgemeinen palliativen Leistungen und deren Vergütung in den Verträgen nach § 132a SGB V vereinbaren. Nur so können die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung auch tatsächlich bei den Menschen in der Sterbephase ankommen.

C) Änderungsvorschlag

§ 132a SGB V wird wie folgt geändert:

(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 abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,
- 2. Inhalte der allgemeinen Palliativversorgung**
3. Eignung der Leistungserbringer,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
6. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
7. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen und
8. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.

Die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 sind bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 7 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege **sowie mit allgemeinen Palliativleistungen**, 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 und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertrags-

partner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.

Schiedsverfahren für die SAPV – § 132d SGB V

Artikel 1, Nr. 9, Gesetzestext S. 11, Begründung S. 29f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) soll ein Schiedsverfahren eingeführt werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines Konfliktlösungsmechanismus mit einem Schiedsverfahren im § 132d SGB V wird durchweg begrüßt. Dieses sollte dazu beitragen, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Deutschland weiter auszubauen und flächendeckend anzubieten sowie in Streitfällen eine Entscheidung zu den Rahmenbedingungen herbeizuführen. Auch kann so eine schnellere Einigung über strittige Vertragsinhalte erreicht werden, was bisher oft die Entwicklung eines adäquaten Angebots an SAPV verhindert hat. **Allerdings hält der bpa das Instrument der Schiedsperson für weniger geeignet als eine förmlich eingerichtete Schiedsstelle**, wie beispielsweise bei den Vertragsärzten oder in der Pflegeversicherung nach § 76 SGB XI. Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen zur Benennung einer Schiedsperson und dem damit zusammenhängenden höchst bürokratischen Verfahren – sowohl für die beteiligten Parteien als auch für die Länder und oftmals für das Bundesversicherungsamt –, wird dringend gebeten, eine Schiedsstellen- anstatt der Schiedspersonenregelung ins Gesetz aufzunehmen.

Des Weiteren sieht der bpa folgenden Korrekturbedarf:

In der Vergangenheit konnten viele Leistungserbringer keine vertragliche Vereinbarung erzielen, weil die Krankenkassen den Abschluss eines Vertrags zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgelehnt haben. Hierbei haben diese auf den fehlenden Kontrahierungszwang (unter Verweis auf § 132d Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz) verwiesen. Dieser gesetzliche Hinweis ist aber bereits deshalb überflüssig, weil die Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung immer eine ärztliche Verordnung voraussetzt und anschließend – hinsichtlich der Kostenübernahme – seitens der zuständigen Krankenkasse bestätigt werden muss. Eine nicht bedarfsgerechte Versorgung ist damit ausgeschlossen. Der Halbsatz ist daher zu streichen. So wird der Aufbau flächendeckender geeigneter Versorgungsstrukturen ermöglicht und bei Eignung ein Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung determiniert. Dem bpa erscheint es zudem wichtig, die Intention einer flächendeckenden Versorgung entspre-

chend auch in der Begründung zum § 132d SGB V klarstellend aufzunehmen, indem bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Kontrahierungszwang für die Krankenkassen besteht.

C) Änderungsvorschläge

§ 132d Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, ~~soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist~~. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige **Schiedsstelle Schiedsperson** festgelegt; **§ 76 Absätze 1 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend**. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine **Schiedsstelle Schiedsperson**, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.

Individuelles gesundheitliches Beratungsangebot in Pflegeheimen – § 132g SGB V

Artikel 1, Nr. 10, Gesetzestext S. 12, Begründung S. 30ff.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird vom bpa begrüßt.

Sie kann dazu beitragen, die Angst vor dem Sterbeprozess und schwerem Leiden in der Sterbephase zu mindern. Richtig ist es in diesem Zusammenhang, den Bewohnern von Pflegeheimen im SGB V einen eigenständigen und vom SGB XI losgelösten Anspruch auf Beratung zur Palliativversorgung einzuräumen und dieses Angebot mit den stationären Pflegeeinrichtungen aufzubauen.

Nach dem jetzigen Gesetzesvorschlag wird für die Beratung (Versorgungsplanung) am Lebensende rechnerisch für 400 Bewohner eine Vollzeitstelle kalkuliert (pro 50 Bewohner eine Achtel Stelle, s. Gesetzesbegründung, Ziffer VI, Nr. 3 Abs. 6, S. 20). Dieser Personalschlüssel bezieht sich nur auf das **Beratungsangebot** und ist bei Weitem nicht ausreichend. Es bedarf hier mindestens einer Verdopplung des vorgesehenen Personalbedarfs, sodass wenigstens eine Viertel Stelle pro 50 Bewohner zur Verfügung steht.

Wichtiger für die Verbesserung der Versorgung von sterbenden Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ist allerdings **ein gesonderter expliziter Leistungsanspruch der Bewohner auf mehr Zeit für die Sterbebegleitung durch die Einrichtung**. Hierfür wird zusätzliches und entsprechend qualifiziertes Personal benötigt. Nur wenn Freiräume und Kapazitäten für die Palliativversorgung in Kooperation mit den anderen relevanten Berufsgruppen eingeräumt werden, kann für die Betroffenen eine verbesserte Sterbebegleitung erreicht werden. Dafür hat der bpa einen gesonderten Regelungsvorschlag entwickelt (siehe Vorschlag für – neu – § 132h SGB V).

– **Neu – Versorgung mit Palliativpflege in Pflegeheimen –
§ 132h SGB V**

– Neu – Artikel 1, Nr. 10a

A) Vorschlag des bpa

Der bpa hat vorgeschlagen, – neu – in § 39c SGB V einen Anspruch der Versicherten auf Palliativversorgung in Pflegeheimen aufzunehmen. Die Einzelheiten der Leistungserbringung sind rechtssystematisch in – neu – § 132h SGB V zu regeln.

B) Stellungnahme

Auch die Bewohner von Pflegeheimen haben einen Anspruch auf verbesserte palliative Leistungen. Zur Umsetzung dieses Anspruchs ist es erforderlich, dass die Einrichtungen nicht nur die Beratungsleistungen nach § 132g SGB V erbringen können, sondern auch die Möglichkeit zur Durchführung der verbesserten palliativen Leistungen erhalten. Hierfür bedarf es entsprechender Regelungen für die Leistungserbringer, damit diesen mehr Personal für die Palliativversorgung ihrer Bewohner zur Verfügung steht. Entsprechend der Regelung nach § 87b SGB XI fordert der bpa daher, dass auch für die verbesserte Palliativversorgung in Pflegeheimen zusätzliche Vergütungen nach SGB V vereinbart werden können.

Versicherte in Pflegeheimen, die der Palliativversorgung bedürfen, haben einen erhöhten pflegerischen und psychosozialen Bedarf. Die Versorgung und (Sterbe-) Begleitung erfordert mehr Zeit und entsprechende koordinierende Tätigkeiten, wie beispielsweise die Abstimmung mit Angehörigen, Hospizhelfern, Therapeuten und Seelsorgern. Hierfür müssen Personal- bzw. Zeitressourcen für die ganzheitliche Begleitung am Lebensende geschaffen werden.

Nur die wenigsten Versicherten versterben in Hospizen, die meisten der stationär versorgten Menschen aber versterben in Pflegeheimen oder im Krankenhaus. Dennoch ist die Finanzierung der palliativen Leistungen im Pflegeheim deutlich geringer als im Hospiz. Wie oben bereits erwähnt, betragen die monatlichen Kosten für einen Hospizplatz etwa 6.500 Euro, während für einen Pflegeheimplatz von der Pflegeversicherung nur 1.612 Euro zur Verfügung stehen. **Hier bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Korrektur, um die palliative Versorgung in Pflegeheimen durch eine Aufstockung des Personals nachhaltig zu verbessern.**

Nach dem jetzigen Gesetzesvorschlag wird für die Beratung (Versorgungsplanung) am Lebensende nach § 132g SGB V rechnerisch für 400 Bewohner eine Vollzeitstelle kalkuliert (pro 50 Bewohner eine Achtel Stelle, s. Gesetzesbegründung, Ziffer VI, Nr. 3 Abs. 6, S. 20). Dieser Personalschlüssel bezieht sich aber nur auf das **Beratungsangebot**.

Für die tatsächliche **Durchführung** der Palliativversorgung in Pflegeheimen muss jedoch erheblich mehr Personal einkalkuliert werden. Deshalb fordert der bpa, dass pro 40 Bewohner eine zusätzliche Vollzeitstelle durch die Krankenversicherung (SGB V) finanziert wird.

C) Regelungsvorschlag

Nach § 132g SGB V wird folgender § 132h SGB V eingefügt:

§ 132h SGB V Versorgung mit Palliativpflege in Pflegeheimen

Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen haben für die verbesserte allgemeine Palliativversorgung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Vergütungen. Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Satz 1. Die Vergütungen sind auf der Grundlage zu vereinbaren, dass in der Regel für jeden Versicherten in Einrichtungen nach Satz 1 der vierzigste Teil der Personalaufwendungen für eine fachlich qualifizierte Vollzeitkraft finanziert wird.

Sterbebegleitung als Regelleistung des SGB XI – §§ 28,75 SGB XI

Artikel 3, Nr. 1 und 2, Gesetzestext S. 13, Begründung S. 32

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Sterbebegleitung soll als Regelleistung der Pflegeversicherung verankert werden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt den Vorschlag entschieden ab und fordert die Streichung dieser Regelung.

Der im Entwurf vorgesehene neue § 28 Abs. 5 SGB XI ist zusammen mit der angestrebten Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI aus Sicht des bpa in der jetzigen Fassung wirkungslos und wird nicht zur nachhaltigen Verbesserung der palliativen Versorgung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen beitragen können.

Der Gesetzentwurf postuliert, dass die Sterbebegleitung auch bisher schon zum Inhalt der Pflegeleistungen gehöre, was nunmehr lediglich klargestellt werden soll. Mit dieser vermeintlichen gesetzlichen Klarstellung wird indes eine Verbesserung der palliativen Versorgung wirksam verhindert. Dafür sind vielmehr konkrete Leistungsverbesserungen im SGB V zu verankern, wie sie vom bpa in dieser Stellungnahme vorgeschlagen werden.

Für den ambulanten Bereich ist die Darstellung, dass die Sterbebegleitung auch bisher schon zum Inhalt der Pflegeleistungen gehöre, zudem schlichtweg falsch, da hier bislang lediglich die Einzelleistungen – z. B. die Grundpflege oder das Waschen – Leistungsbestandteil sind. Die Palliativversorgung oder die besondere Berücksichtigung der Bedarfe sterbender Menschen sind bisher nicht explizit Gegenstand der Leistungsvereinbarungen. Völlig unberücksichtigt bleibt dabei auch, dass der Gesetzgeber Regelungen zu einer deutlichen Verbesserung der palliativen Versorgung trifft. Diese Erwartungen lassen sich keineswegs durch den Verweis auf bisherige Leistungen erfüllen.

Es ist ein selbstverständliches Anliegen der Einrichtungen und Dienste, gemeinsam mit den Angehörigen die sterbenden Menschen bis zuletzt gut und würdevoll zu begleiten. Ausführungen hierzu finden sich in der statio-

nären Pflege in der Regel im Pflegeleitbild bzw. werden in einem Konzept zur Sterbebegleitung festgehalten, welches auch Gegenstand der Qualitätsprüfungen ist.

Der bpa weist darauf hin, dass alleine die verstärkte Zusammenarbeit mit den Ärzten, die Beratung und individuellen Fallbesprechungen nicht zur Verbesserung der palliativen Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen ausreichen. Erforderlich sind vielmehr gezielte Verbesserungen im Leistungsrecht des SGB V und SGB XI, welche sich nicht ohne Mehrausgaben realisieren lassen.

Es ist zudem schlicht unredlich, den Eindruck erwecken zu wollen, stationäre Pflegeeinrichtungen könnten mit der Hälfte der Personalausstattung und Vergütungssätzen, die deutlich unter der Hälfte der Pflegesätze von Hospizen liegen, die gleiche Leistung erbringen.

Pflegeheimbewohner werden zu Sterbenden zweiter Klasse degradiert. Obwohl sie Beiträge für die Krankenversicherung wie alle anderen Versicherten entrichten, werden ihnen die Leistungen der Palliativversorgung wie im Krankenhaus oder in der Häuslichkeit versagt. Zudem wird durch die Regelung in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt, die stationären Pflegeeinrichtungen seien allein verantwortlich für die Sterbebegleitung.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 3 sind Nr. 1 und 2 zu streichen.

~~1. Dem § 28 wird folgender Absatz 5 angefügt:~~

~~(5) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.~~

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

Informationspflichten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen – §§ 114,115 SGB XI

Artikel 3, Nr. 3 und 4, Gesetzestext S. 13, Begründung S. 32f.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Pflegeeinrichtungen sollen verpflichtet werden, über ihre Kooperationen mit einem Hospiz- und Palliativnetzwerk zu informieren.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Vorschläge ab!

Die Verpflichtung der vollstationären Einrichtungen zur Information über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz und die entsprechende Veröffentlichung dieser Informationen gemäß §§ 114 Abs. 1 S. 6 Nr. 3 und 115 Abs. 1b S. 1 SGB XI führt aus Sicht des bpa dazu, dass sich die Verantwortungsbereiche und Sicherstellungspflichten für palliativ-ärztliche Leistungen zulasten der vollstationären Pflegeeinrichtungen verschieben. Hier droht erneut, dass Pflegeheime in der Öffentlichkeit für eine Situation verantwortlich gemacht werden sollen, welche sie aus eigener Regelungskompetenz nur teilweise beeinflussen können.

Wie auch bei der geplanten Ergänzung des § 119b Abs. 1 SGB V weist der bpa deshalb darauf hin, dass die Einrichtungen insbesondere die vertragsärztlichen Leistungserbringer nicht zu einer Kooperation an einem Hospiz- und Palliativnetz zwingen können. Insofern erscheint eine umfassende Verpflichtung der Einrichtung nicht angemessen.

Es gibt niemanden, der ein größeres Bestreben nach guter heimärztlicher Versorgung hat, als die Heimbewohner und das Heim selbst. **Die Kooperation mit einem Palliativnetzwerk und die dazu notwendige ärztliche Versorgung dürfen aber kein Instrument des Wettbewerbs sein.** Es darf nicht nur darum gehen, dass nach außen der Anschein erweckt wird, aufgrund einer formalen Kooperation eines Heimes mit Dritten lege dieses mehr Gewicht auf die palliative Versorgung. Notwendig ist vielmehr, für eine ausreichende palliative Versorgung in allen Heimen zu sorgen. Den Sicherstellungsauftrag dafür aber hat nicht das Heim, sondern für die Ärzte die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. **Die Schwachstellen der palliativ-ärztlichen Versorgung werden nicht durch Berichtspflichten von Dritten gelöst.**

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 3 sind Nr. 3 und 4 zu streichen.

~~3. § 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.~~

~~4. In § 115 Absatz 1b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.~~

II.) Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann und weiterer sowie der Fraktion DIE LINKE.

Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern

Stellungnahme

Der Antrag fordert würdevolles Sterben an jedem Ort in Deutschland zu ermöglichen. Dazu soll ein Rechtsanspruch auf allgemeine Palliativversorgung umfassend für jeden Bürger ausgestaltet werden – unabhängig von der Art der Erkrankung, der Behinderung, dem individuellen Lebensort, der Wohnform sowie der Versicherungsform.

Zur konkreten Umsetzung fordert der Antrag u.a. einen Anspruch auf allgemeine Palliativversorgung (APV), auf allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sowie auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Bestandteile der Regelversorgung sowohl im Sozialgesetzbuch V als auch im Sozialgesetzbuch XI präzise auszugestalten.

Diese Forderungen begrüßt der bpa grundsätzlich. Bei der Ausgestaltung kommt es aber entscheidend darauf an, welche Leistungen durch welche Sozialversicherung finanziert werden. Hier weist der bpa auf entstehende Abgrenzungsschwierigkeiten hin. Der Rechtsanspruch auf Palliativversorgung für alle Versicherten ist Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei darf es keinen Unterschied machen, ob der Versicherte zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz versorgt wird.

In dem Zusammenhang begrüßt der bpa ausdrücklich, dass der Antrag fordert, die bestehende Ungleichbehandlung von Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen aufzuheben, da Heimbewohnern derzeit nicht die gleiche palliative Versorgung zugestanden wird wie im Hospiz.

Der Antrag fordert weiterhin, dass die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe als Regelleistung der Krankenkasse im Sozialgesetzbuch V verankert wird. Damit greift der Antrag eine langjährige Forderung des bpa auf. Die systematische Schlechterstellung der Heimbewohner bei der Krankenversicherung muss endgültig beendet werden. Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen ist die Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken. Der bpa unterstützt deshalb die entspre-

chende Forderung des Antrags nachdrücklich.

Auch die Forderung des Antrags, die koordinierten ärztlichen Leistungen der AAPV in Netzwerken mit anderen Netzwerken, allgemeinen Pflegediensten und Palliativ-Pflegediensten sowie Hospizdiensten als obligatorischen Bestandteil des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrags nach § 73 SGB V konkret zu benennen, wird vom bpa grundsätzlich begrüßt. Denn bisher mangelt es bei den Kassenärzten und deren Vereinigungen mitunter an der Bereitschaft oder den hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen, Pflegebedürftige zu Hause oder im Pflegeheim umfassend palliativ zu versorgen.

Der Antrag schlägt schließlich auch noch vor, in jeder Pflegeeinrichtung Palliativbeauftragte als Koordinatoren einzusetzen, was dem Grunde nach zu begrüßen ist. Hierbei muss sichergestellt sein, dass diese zusätzlichen Stellen durch die Krankenkassen auch zusätzlich, wie im Vorschlag des bpa oben vorgesehen, finanziert werden.

III.) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink und weiterer sowie der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Versorgung am Lebensende sichern – Palliativ- und Hospizversorgung stärken

Stellungnahme

Der Antrag fordert die Sicherung einer guten Versorgung am Lebensende sowie die sich daraus ergebende Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung. Als notwendig erachtet wird eine flächendeckende Struktur an Palliativleistungen und eine strikte Orientierung am Willen schwerkranker Menschen.

Im Einzelnen wird u.a. eine Verbesserung der Beratung Sterbender und ihrer Angehöriger gefordert. Darauf soll es einen individuellen Rechtsanspruch und ein Case Management geben. Der bpa befürwortet eine weitere Verbesserung der Beratung, sieht hierbei aber keine Notwendigkeit neue Beratungsstrukturen zu schaffen. Vielmehr sollte dafür das Potential der flächendeckend vorhandenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland genutzt werden und die Beratungsleistung durch die Kranken- und Pflegekassen entsprechend als zusätzlicher Aufwand berücksichtigt werden.

Der Antrag fordert eine deutlich stärkere Förderung der Trauerbegleitung und psychosozialen Betreuung für Angehörige durch die gesetzliche Krankenversicherung. Der bpa begrüßt, dass hier – richtigerweise – die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung zugeordnet wird, da eine Finanzierung durch die gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung ansonsten für die Pflegebedürftigen zu weiter steigenden Eigenanteilen führen würde.

Ausdrücklich begrüßt wird der vorgeschlagene deutliche Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. Das ist notwendig, weil es bisher leider noch keine flächendeckende Versorgung mit dieser Leistung gibt, insbesondere im ländlichen Raum und für Kinder und Jugendliche.

Die Anzahl der Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist in den letzten Jahren nicht ausreichend genug angestiegen, um den bestehenden Bedarf zu decken. Die Krankenkassen verzögern die notwendigen Vertragsabschlüsse oftmals ohne hinreichende Gründe. Deswegen ist das im Antrag geforderte nachdrückliche Einwirken auf die gesetzlichen Krankenkassen, weitere Verträge zur SAPV abzu-

schließen, richtig und wird ausdrücklich unterstützt.

Der Antrag fordert außerdem die Verbesserung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Dies soll durch ein mit den Bundesländern entwickeltes Konzept, durch die zügige Schaffung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente sowie durch wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der (fach-) ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

Der bpa hält das vorgeschlagene Konzept nicht für zielführend. Ein Konzept ersetzt keinen Leistungsanspruch und führt nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur. Die beabsichtigte Kooperation auf örtlicher Ebene ist sinnvoll, aber nach Ansicht des bpa bedarf es dafür keines bundeseinheitlichen, mit allen Ländern abgestimmten Konzeptes. Papier alleine betreut niemanden.

Die zügige Schaffung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente für stationäre Pflegeeinrichtungen wird dagegen ausdrücklich begrüßt. Eine spürbare Verbesserung der Palliativversorgung in Pflegeheimen wird vor allem durch zusätzliches Personal erreicht, welches von den Krankenkassen zu finanzieren ist.

Außerordentlich hilfreich ist hier der Vorschlag des Antrags, für stationäre Pflegeeinrichtungen einen Vergütungszuschlag für palliative Aufwendungen einzuführen, solange ein verbindliches Personalbemessungssystem noch nicht eingeführt ist. Der bpa begrüßt diesen Ansatz, allerdings muss klargestellt werden, dass der Vergütungszuschlag von den Krankenkassen gezahlt wird.

Der Antrag fordert, dass die Kooperationen von Ärzten und Pflegeheimen auf der Grundlage von § 119b SGB V geprüft und angepasst werden. Der bpa teilt nicht die Bewertung, dass diese Verträge weitgehend wirkungslos sind, hält es aber für förderlich, wenn die vorgeschlagenen Vergütungszuschläge auch für Pflegeeinrichtungen gewährt werden. Damit würde solche Kooperationsverträge effektiv gestärkt werden.