

Freiburg, 18. September 2015

# Stellungnahme

**des Verbands katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V.  
(VKAD)**

**zum**

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

<p><b>Deutscher Bundestag</b> Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache <b>18(14)0128(38)</b> gel. VB zur öAnhörung am 21.09. 15_HPG 21.09.2015</p>
--

Verband katholische Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD)  
Karlstr. 40  
79104 Freiburg

Telefon: 0761 200-460  
e-mail: vkad@caritas.de  
Fax: 0761 200-710

Mit der Einführung eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland möchte der Gesetzgeber die bereits bestehenden Strukturen, Netzwerke und die Hospizkulturen ausbauen und stärken.

Der VKAD begrüßt diese Initiative sehr, da sich Menschen in der letzten Lebensphase unabhängig von der Region und dem Sterbeort einen sensiblen, einfühlsamen Umgang sowie fachlich kompetente Partner in der Begleitung, Betreuung, Beratung und der medizinischen sowie pflegerischen Versorgung wünschen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist in Deutschland noch nicht flächendeckend umgesetzt. Das Gesetz möchte dazu beitragen, bestehende „weiße Flecken“ auszulöschen und die Information der Bürger zu Angeboten der hospizlichen und palliativen Versorgung auszubauen.

Hierzu setzt der Gesetzgeber Schwerpunkte bei der:

- Vernetzung und Kooperation
- Bedeutung der häuslichen Krankenpflege und der Konkretisierung im Leistungsrecht
- finanziellen Ausstattung von stationären Hospizen
- Förderung der ambulanten Hospizdienste
- individuellen Beratung und Hilfestellung
- Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Anreize in vollstationäre Pflegeeinrichtungen für eine individuelle Versorgungsplanung
- Begünstigungen für stationäre Palliativeinrichtungen

## **SGB V**

### **zu § 87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

Im Gesetzentwurf werden in § 87 Absatz 1b Nr. 3 die Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe, die Maßnahmen zur Sicherung von Versorgungsqualität sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen im Bundesmantelvertrag vereinbart. Nach Absatz 2a Satz 9 ist die Vergütung der zusätzlichen ärztlichen Leistungen für Kooperations- und Koordinationsleistungen, die Verträgen nach § 119b Absatz 2 entsprechend zu regeln.

Eine gelingende Hospiz- und Palliativversorgung basiert auf einer guten interdisziplinären Vernetzung und Zusammenarbeit professioneller und ehrenamtlicher Teams, die auf Augenhöhe mit einander agieren. Diese „Teams“ setzen sich aus Vertretern der Ärzteschaft, Pflege, Hospizdienste, Therapeuten usw. zusammen. Es erschließt sich daher nicht, warum die Anforderungen und die Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität ausschließlich zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart werden sollen. Um die Koordination und Zusammenarbeit zu befördern und zu stärken, wären hier die Spitzenverbände und Vertreter der Bundesverbände der an der Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen in der letzten Lebensphase beteiligten Gruppierungen an den Vereinbarungen zu beteiligen.

Eine Vergütung von zusätzlichen Leistungen für Kooperations- und Koordinationsleistungen sind für die damit verbundenen Aufwendungen und Personalressourcen gerechtfertigt. Wir wollen darauf aufmerksam machen, dass sich zusätzliche Leistungen auf der Koordinations- und Kooperationsebene für alle an der Versorgung tätigen Professionen ergeben und entsprechende Refinanzierungssysteme erfordern.

Lösungsvorschlag:

**Die Vereinbarungen zu den Anforderungen** der Koordination und interprofessionellen Strukturierung der Versorgungsabläufe, der aktiven Kooperation und Koordination der an der Palliativversorgung Beteiligten sowie der Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität **sind zwischen** der kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Vertretern der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenorganisation der Hospizarbeit und Palliativversorgung **zu schließen.**

**zu § 92 Abs. 7 Nummer 5 - Erweiterung der HKP-Richtlinien**

Die Aufnahme der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in die Richtlinien der häuslichen Krankenpflege (HKP) begrüßt der VKAD ausdrücklich und sieht in der Verordnungsfähigkeit einen entscheidenden Schritt für Menschen in der letzten Lebensphase im ambulanten Versorgungsbereich.

Allgemein und im Speziellen ist zu bemerken, dass bei den Konkretisierungen und Festlegungen zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung deutlich bessere Ergebnisse zu erzielen wären, soweit die Leistungserbringer nach § 113 SGB XI aktiv am Verhandlungsgeschehen beteiligt wären und nicht nur durch ein Stellungsnahmeverfahren (§ 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V) einbezogen würden.

## zu §§ 119 Abs. 1 SGB V - Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

In § 119 b Abs. 1 werden die Abschlüsse von Kooperationsverträgen geregelt. Zukünftig **sollen** vollstationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Ärzten schließen, und die Zusammenarbeit aktiv koordinieren. Die Vereinbarungen zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung werden durch die Vertragsparteien nach § 82 Abs. 1 und § 87 Absatz 1 geschlossen. Dabei sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen lediglich ins Benehmen zu setzen.

Die Intention des Gesetzgebers die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen können wir nachvollziehen. Die Sicherstellungsaufgabe liegt hier allerdings bei den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

Da verwundert es, dass trotz des Sicherstellungsauftrages und der Wahrung der Wahlfreiheit für den Patienten die „Kann-Bestimmung“ in eine „Soll-Bestimmung“ für die vollstationären Pflegeeinrichtungen überführt wird.

Weiter sehen wir die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen, in dem sie ins Benehmen gesetzt werden, nicht ausreichend an den Vereinbarungen und der Vertragsgestaltung beteiligt.

### Lösungsvorschlag:

Die **Sicherstellung** der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist **durch die kassenärztlichen Vereinigungen** zu gewährleisten

Kooperations-Vertragsabschlüsse sowie deren Nachweise ist in die Verantwortung der Ärzte und Fachärzte zu legen.

## zu § 132 d Abs. 1 SGB V - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Der Gesetzentwurf zum Hospiz- und Palliativgesetz strebt ein flächendeckendes Angebot der Palliativversorgung an. Um Vertragsabschlüsse (SAPV) zu befördern sieht der Gesetzgeber eine Schiedspersonenregelung vor und ermöglicht Selektivverträge. Kritisch sehen wir die Benennung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde der zuständigen Krankenkasse soweit keine Einigung durch die Vertragsparteien möglich ist. Die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen empfinden wir als problematisch, da in der Versorgung von Schwerstkranken und Menschen in der letzten Lebensphase keine Unterschiede im Raume stehen sollten. So ist hier den Prinzipien der Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit Beachtung zu schenken, um dem Recht der Menschen in dieser Lebensphase auf Versorgung unter gleichen Voraussetzungen gerecht zu werden.

Lösungsvorschlag:

In Absatz 1 ist Satz 4 (neu) zu streichen: „Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.“

Von Selektivvertragslösungen ist Abstand zu nehmen.

## **zu § 132g SGB V – gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende**

Zur Stärkung der Autonomie individueller und situationsangepasster Entscheidung benötigen Betroffene sowie An- und Zugehörige die Befähigung durch umfassende und angepasste Information und Beratung. Beratung und Begleitung können Ängste vor dem Sterben und schwerem Leiden mindern. Mit der Verpflichtung der Krankenkassen zur Beratung nach § 39b und der Möglichkeit für vollstationärer Pflegeeinrichtungen, Beratungsleistungen und individuelle gesundheitliche Versorgungsplanungen für die letzte Lebensphase vorzuhalten, ist ein begrüßenswerter Schritt zur Unterstützung der Menschen in der letzten Lebensphase und deren An- und Zugehörigen gelungen.

Die Versorgungsplanung und Beratung in Form von situations- und bedarfsgerechten Fallbesprechungen unter Einbeziehung verschiedener Beteiligter deckt sich mit den unterschiedlichen Bedürfnissen und Kraftressourcen von Schwerstkranken und Menschen in der letzten Lebensphase. Das mehrfache Angebot der Fallbesprechungen erlaubt die nötige Flexibilität auf den Prozess der Sterbebegleitung, die unterschiedlichen Stimmungsbilder und Sterbephasen zu reagieren.

In der Begründung zum Gesetz wird die Organisationshoheit für die Fallbesprechungen und den Beratungsprozess an die vollstationären Pflegeeinrichtungen übertragen.

Positiv bewerten wir den vorgesehenen finanziellen Ausgleich der Kosten für erbrachte Leistungen der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 und der tatsächlichen Anzahl durchgeführter Beratungen. Im Abrechnungssystem der ambulanten Pflegedienste lässt sich letzteres sicher gut ermitteln. Für den stationären Bereich müssen jedoch Finanzierungs-/Abrechnungsformen gefunden werden, welche den Aufwendungen entsprechen und einem angepassten Bürokratieaufwand sowie den vorherrschenden Verwaltungsformen entsprechend angepasst sind.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird von einem Personalbedarf von ca. 1/8 Vollzeitstelle pro 50 Bewohner gesprochen. Auf Grund des situations- und bedarfsgerechten Angebotes der Beratung und der individuellen Versorgungsplanung im Zusammenhang mit den Bedürfnissen und Bedarfen Schwerstkranker und Menschen in der letzten Lebensphase erachten wir den angenommenen Personalbedarf als nicht ausreichend. Ein weiterer Punkt findet sich in der Koordinationsaufgabe bezüglich der angestrebten stärkeren

Kooperation der Professionen, wie z. B. Beteiligung von Hospizdiensten, Vorbereitung und Organisation der interdisziplinären Fallbesprechungen. Durch die Erstellung disziplinübergreifender Versorgungspläne ergibt sich für die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein zunehmend höherer Grad an administrativen Tätigkeiten.

Hinzugefügt sei noch, dass die im Rahmen der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen psychosoziale Begleitung der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen in gleichem Maße, wie in stationären Hospizen gefordert ist. Diesen Tätigkeiten und Aufgabefeldern muss durch Bereitstellung von personellen Ressourcen auch in stationären Pflegeeinrichtungen Rechnung getragen werden. Erschwerend für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste wirken sich in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung die drastisch veränderten Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe in den letzten Jahren aus. Hier lassen sich besonders die Arbeitsverdichtung sowie die ansteigende Zahl der Wechsel der Bewohner<sup>1</sup> in stationären Pflegeeinrichtungen benennen.

#### Lösungsvorschlag:

Wir schlagen vor, **1/8 Vollzeitstelle für 50 Bewohner zu streichen** und dafür einen **zusätzlichen festen Personalschlüssel von 2 Vollzeitstellen für 100 Bewohner im Gesetzestext zu verankern**.

### SGB XI (Artikel 3)

#### **zu § 28 SGB XI - Leistungsarten, Grundsätze i. V. mit § 75 SGB XI – Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –Vereinbarungen über die pflegerische Versorgung**

Durch die Klarstellung in § 28 Absatz 5, „...dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des SGB XI dazugehören.“, wird im Gesetzentwurf zum Hospiz- und Palliativgesetz, in Verbindung mit § 75 Abs.2 Satz 1 Nr. 1, klar betont, welche wichtige Rolle die Hospiz- und Palliativversorgung einnimmt.

---

<sup>1</sup> Ungefähr jeder fünfte Heimbewohner, verstirbt innerhalb der ersten drei Monate nach Heimeinweisung. Die durchschnittliche Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegeheime liegt zwischen zwei und drei Jahren (vgl. Messmer 1995) {Schneider #4254D: 114} Schönberg/de Vries ermittelten in einer Studie für das Evangelische Johanneswerk im Jahr 2010 eine durchschnittliche Verweildauer von 31,3 Monaten, d.h. 2,6 Jahren in den Einrichtungen dieses Trägers {Schönberg 2011 #5964I: 370}. Ein Heimträger der Caritas (28 stationären Pflegeeinrichtungen) ermittelte im Februar 2015 eine Verweildauer der Bewohner von ca. 2,1 Jahre für das Jahr 2014, im Jahr 2008 lag die Verweildauer der Bewohner noch bei 3,6 Jahren.

## **Zu § 114 – Qualitätsprüfungen**

Nach § 114 Absatz 1 sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen nach einer Regelprüfung über die Regelungen zur ärztlichen- und Arzneimittelversorgung zu informieren. Ab dem 1. Juli 2016 soll zusätzlich die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzwerken erfasst werden.

Wir lehnen diese Regelung ab, da eine Zusammenarbeit für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Hospiz- und Palliativnetzwerken bundesweit nicht gegeben ist.

### Lösungsvorschlag:

In Absatz 1 Satz 6 ist Nummer 3 „ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetzwerk „ zu streichen.

§ 115 Absatz 1b Satz 1 ist entsprechend anzugleichen.