



Bundesverband e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0128(2)
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.
15_HPG
11.09.2015

Stellungnahme des AWO Bundesverbandes

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

**Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland**

(Hospiz-und Palliativgesetz - HPG)

Stand 07. September 2015



Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
www.awo.org

Der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V. bedankt sich für die Möglichkeit, zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Hospiz- und Palliativgesetz Stellung nehmen zu können.

Die AWO als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit rund 800 teil- und vollstationären Einrichtungen, in denen täglich mehr als 70.000 pflegebedürftige Menschen betreut werden, sowie 600 ambulanten Diensten und Sozialstationen, sieht in dem Gesetzesvorhaben einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Verbesserungen, z.B. hinsichtlich ambulanter und stationärer Hospizleistungen, der leistungsrechtlichen Verankerung von ambulanter Palliativversorgung in der Regelversorgung sowie der Ansatz von Beratung und gesundheitlicher Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase werden ausdrücklich begrüßt.

Auch in Bezug auf die Stärkung der Sterbebegleitung in den ambulanten und stationären Einrichtungen sieht der AWO Bundesverband e.V. es als folgerichtig an, die Sterbebegleitung als integrativen Bestandteil pflegerischer Versorgung unabhängig vom Wohnort des Versicherten im Pflegeversicherungsgesetz aufzunehmen. Pflegeeinrichtungen, die sich bereits mit großem Engagement auf den Weg der Entwicklung einer Sterbe- und Abschiedskultur begeben haben, fühlen sich durch diese Entwicklung bestärkt.

Eine gewünschte stärkere Sensibilisierung der Einrichtungen für dieses Thema hin zu einer in Zukunft sich verändernden Personal- und Organisationsentwicklung umfasst aber auch, dass die Pflegeeinrichtungen in dieser Weiterentwicklung unterstützt werden. Orientierung müssen in diesem Prozess die Inseln stationärer Hospize sein. Aktuell wird vom Gesetzgeber auf eine Strukturveränderung in den stationären Pflegeeinrichtungen mit den vorgesehenen Veränderungen in §43 SGB XI im Rahmen des PSG II und der damit verbundenen Absenkung der pauschalen Leistungsbeträge in den unteren Pflegegraden hingewirkt. Die bereits derzeit zu beobachtende Tendenz, dass beim Einzug in ein Heim es sich immer häufiger um schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen mit medizinisch aufwendigen Versorgungsbedarfen handelt, wird in Folge dessen weiter zunehmen. Damit verbindet sich, dass die Zahl der Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen in den nächsten Jahren weiter ansteigt.

Eine gute Versorgung von sterbenden Menschen darf jedoch nicht nur in stationären Hospizen möglich sein, sondern muss alle Sterbeorte umfassen. Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Dem vorliegenden Gesetzesentwurf fehlt jedoch ein Lösungsvorschlag, die palliative Versorgung auch dort strukturell zu stärken.

Der AWO Bundesverband e.V. sieht es als zwingend erforderlich an, eine Schlechterstellung von sterbenden Menschen im Pflegeheim im Vergleich zu sterbenden Menschen in einem stationären Hospiz zu vermeiden. Mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ist für eine Angleichung der Rahmenbedingungen zu sorgen und ein würdevolles Sterben unabhängig vom Aufenthaltsort zu gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund schlägt der AWO-Bundesverband e.V. vor, den “§132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ über den aktuellen Beratungsansatz auszubauen und den Aufgabenbereich des koordinierten Fallmanagements in der Einrichtung ergänzend aufzunehmen. Des Weiteren ist die Finanzverantwortung für die Behandlungspflege in stationären Einrichtungen im SGB V zu verankern. Dies stärkt die palliative Versorgung in Pflegeheimen und sichert die würdevolle Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase.

Die Möglichkeit, dass ambulante Hospizdienste und auch SAPV-Teams stationäre Einrichtungen unterstützen können, kann nicht als ausreichendes qualitatives Merkmal angesehen werden. Eine gute palliative Versorgung geht mit Pflegefachkräften vor Ort einher, die sowohl die grundpflegerischen als auch die behandlungspflegerischen Anforderungen in der letzten Lebensphase verbunden mit der intensiven psycho-sozialen Begleitung, die Sterbende benötigen und wünschen, erbringen können. Hier sollte keine Aufsplitterung von Aufgabenbereichen erfolgen, sondern eine hohe personelle Kontinuität dem Sterbenden garantiert werden.

Eine Stärkung der palliativen Versorgung wird auch dem Anspruch vieler Pflegefachkräfte gerecht, Menschen auf dem letzten Weg ihres Lebens in Würde begleiten zu können. Viele Fachkräfte sehen sich in einem Zwiespalt zwischen eigenen Berufsverständnis und der täglichen Enttäuschung, dem sterbenden Menschen nicht die erforderliche Hinwendung geben zu können, die er benötigt. Die Stärkung der palliativen Pflege ist somit ein Beitrag die Berufszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu steigern und das Image des Pflegeberufes zu verbessern.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

I. SGB V

§ 37 Häusliche Krankenpflege Abs.2a

Gesetzentwurf

In einem neu einzufügenden Absatz 2a ist die Ergänzung vorgesehen, dass die häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst. Leistungen der ambulanten Palliativversorgung stellen dabei einen begründeten Ausnahmefall dar, der eine Verordnung von Häuslicher Krankenpflege über einen Zeitraum von 4 Wochen ermöglicht.

Bewertung

Die AWO begrüßt diese im Gesetzentwurf der Bundesregierung aufgenommene Ergänzung zur ambulanten Palliativversorgung. In der Begründung wird sachgerecht ausgeführt, dass ambulante Palliativversorgung über mehrere Wochen bis Monate notwendig sein kann, auch ggf. um grundpflegerische Bedarfe abzudecken. Es ist daher richtig und im Sinne der schwerstkranken und sterbenden Menschen, die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu sichern und die Leistung der Häuslichen Krankenpflege als regelmäßig auftretenden Ausnahmefall ins Gesetz aufzunehmen und die Verordnungsfähigkeit über den Zeitraum von vier Wochen zu sichern.

In diesem Zusammenhang möchten wir auf die Ergänzung der Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe als Wohnort von Menschen mit Behinderungen in der Aufzählung der geeigneten Orte für die Gewährung von Häuslicher Krankenpflege hinweisen. Diese Klarstellung ist erforderlich, um Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in ihrer besonderen Wohnform zu vermeiden. Die Regierung würde damit ein deutliches Zeichen im Sinne des im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode formulierten Ziels, sich für eine inklusive und solidarische Gesellschaft einzusetzen, setzen.

Lösung

In § 37 Absatz 1 Satz 1 sowie in Absatz 2 Satz 1 sind um Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zu ergänzen:

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

§ 39 a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Gesetzentwurf

Es ist vorgesehen, dass der kalendertägliche Mindestzuschuss für stationäre Hospize von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße erhöht wird und zudem die Krankenkassen bei der finanziellen Ausstattung statt 90% ab dem Jahr 2016 95 % der zuschussfähigen Kosten tragen.

Ambulante Hospizdienste können nicht nur in der häuslichen Umgebung des Versicherten, in Pflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder –und Jugendhilfe ihre Leistungen erbringen, sondern künftig auch in Krankenhäusern. Dies ist im aktuellen Gesetzentwurf gekoppelt mit einem Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers.

Des Weiteren wird in Absatz 2 Satz 5 neu formuliert, dass zu den förderfähigen Kosten von ambulanten Hospizdiensten künftig Personal- und Sachkosten gehören.

Bewertung

Der AWO Bundesverband e.V. begrüßt die Erhöhung des kalendertäglichen Mindestzuschusses sowie der zuschussfähigen Kosten für die Ausstattung der Einrichtung von stationären Hospizen. Dies gewährleistet die finanzielle Absicherung ihrer hospizlichen und palliativen Leistungen.

Den Wirkungskreis von ambulanten Hospizdiensten auf Krankenhäuser auszuweiten, wird für einen wichtigen Schritt erachtet. Dieses Angebot kann dem schwerstkranken oder sterbenden Menschen vom Krankenhausträger unterbreitet werden. Es ist aber auch die Fallkonstellation vorstellbar, dass der Betroffene selbst oder Angehörige Kontakt mit einem ambulanten Hospizdienst aufnehmen und dieser den Sterbenden und seine Familie während des Krankenhausaufenthalts begleitet. Diese Inanspruchnahme der Begleitung durch den Hospizdienst muss in jedem Falle ohne Einwilligung oder Auftragserteilung durch das Krankenhaus möglich sein. Der AWO Bundesverband e.V. schlägt an dieser Stelle die Streichung des Zusatzes: „im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers“ vor.

Grundsätzlich ist es richtig und begrüßt es die AWO, bei der Förderung von ambulanten Hospizdiensten nicht nur die Personalkosten, sondern auch die Sachkosten zu berücksichtigen. Aktuell gibt es keine Förderung für Verwaltungs- und Sachkosten für ambulante Hospizdienste. Die hier entstehenden Kosten, wie z.B. für Büromieten, Kosten der Verwaltung und der EDV-Kosten sowie Kosten für Öffentlichkeitsarbeit etc. sind über Spenden oder Mitgliedsbeiträge aufzubringen. Der Anteil der Sachkosten beträgt ca. 30 % der Gesamtausgaben. Vor allem kleinere Träger können diese zusätzlichen Mittel nicht aufbringen und engagieren sich vor diesem Hintergrund nicht im Aufbau weiterer ambulanter Hospizdienste. Die Debatte um die Sterbehilfe zeigt, dass der Einzelne Angst vor dem Sterben hat und in diesem Zusammenhang der Aspekt des ‚keinem zur Last fallen wollen‘ genannt wird. In der Wahrnehmung einer gesellschaftlichen Fürsorge ist es daher von eminenter Bedeutung, verlässliche Strukturen einer guten palliativen Versorgung flächendeckend vorzuhalten. Eine wichtige Funktion innerhalb dieser Strukturen übernehmen die ambulanten Hospizdienste. Es ist aus diesem Grund wichtig, die Rahmenbedingungen der ambulanten Hospizdienste weiter zu verbessern und ihr Entstehen und Wirken zu fördern. Der AWO Bundesverband e.V. schließt sich daher dem Vorschlag von Caritas und Diakonie an, einen Sachkostenzuschuss von 25 % der Personalkosten ins Gesetz aufzunehmen. Der bloße Verweis auf die Erweiterung des Zuschusses in Satz 5 neu auf die Sachkosten ist nicht ausreichend, da sich der Zuschuss nach Satz 6 neu auf Leistungseinheiten bezieht, die sich anhand der Zahl der Ehrenamtlichen und der Zahl der Sterbebegleitungen bemessen, also allein auf Personalkosten. Der um die Sachkosten erweiterte Zuschuss würde somit im Ergebnis nicht steigen, sondern nur zwischen den Personalkosten und den jetzt förderfähigen Sachkosten intern neu verteilt werden.

Lösung

In § 39a Absatz 2 sind in Satz 2 neu die Worte „im Auftrag des jeweiligen Krankenhauses“ zu streichen.

§ 39a Absatz 2 SGB V zur Förderung ambulanter Hospizdienste ist nach Satz 6, wie folgt zu fassen und zu ergänzen:

Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- sowie Verwaltungs- und Sachkosten. Der Zuschuss zu den Personalkosten bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. **Der ambulante Hospizdienst erhält eine Verwaltungs- und Sachkostenpauschale in Höhe von 25 % der Personalkosten; diese darf die zuschussfähigen Sachkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten.**

§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Gesetzesentwurf

Der Gesetzgeber beabsichtigt nach §39a einen neuen Paragraphen zur Hospiz- und Palliativberatung durch Krankenkassen aufzunehmen. Versicherte sollen einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativversorgung einschließlich des Überblicks zu regional verfügbaren Anbietern und Ansprechpartnern erhalten. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach §7a SGB XI und anderen Beratungsangeboten abgestimmt werden.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt der AWO-Bundesverband e.V. den Anspruch des Versicherten auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Qualität der Beratung ist dabei sicherzustellen, insbesondere die fachliche Qualifikation der Beraterinnen und Berater. Des Weiteren umfasst aus unserer Sicht die Beratung mehr als die Aushändigung von regionalen Anbietern und Ansprechpartnern.

Aus Sicht des AWO Bundesverbandes e.V. ist es zielführender, vielfältige nutzerorientierte Informations- und Beratungsmöglichkeiten einzuräumen. Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- Ambulante Hospizdienste
- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Hausärztinnen/ Hausärzte
- Kranken- und Pflegekassen
- Pflegestützpunkte
- kommunale und kommunal geförderte örtliche Beratungsstellen
- Pflege-)Beratungsstellen, die nach Landesrecht anerkannt sind.

Lösung

Die AWO fordert den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins in die Hand des Versicherten selbst zu geben. Es ist vorstellbar analog unserer Forderung im SGB XI auch für Beratungen im SGB V auf bewährte Beratungsstrukturen zu setzen und dem Versicherten im Sinne eines Wunsch- und Wahlrechts die Möglichkeit einzuräumen, seine favorisierte Beratungsstelle aufzusuchen und seinen Beratungsanspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins geltend zu machen.

§27 Krankenbehandlung / § 73 Kassenärztliche Versorgung

Gesetzesentwurf

In §27 SGB V ist vorgesehen, die palliative Versorgung von Versicherten als Krankenbehandlung explizit auszuführen. In §73 SGB V wird die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b SGB V durch Vertragsärztinnen / Vertragsärzte aufgenommen.

Bewertung

Mit diesen Ergänzungen wird der Anspruch des Versicherten sowohl hinsichtlich allgemeiner ambulanter palliativer Versorgung als auch hinsichtlich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gesichert. Die AWO begrüßt die vorgesehenen Änderungen.

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Gesetzesentwurf

Um die Palliativversorgung in der Regelversorgung zu stärken, ist geplant, im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung zu bestimmen. Dazu gehören Inhalte und Ziele dieser Versorgung, die Anforderungen an die Qualifikation ärztlicher Leistungserbringer, Anforderungen an die Steuerung der Versorgungsabläufe und Maßnahmen der Sicherung der Versorgungsqualität.

Hinsichtlich der Steuerung der Versorgungsabläufe wird in Punkt 3 des neu eingefügten Absatzes 1b ausgeführt, dass im Bundesmantelvertrag 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 zu vereinbaren sind.

Bewertung

Die Ärztin/ der Arzt eines schwerstkranken oder sterbenden Menschen nimmt im Versorgungsgeschehen eine zentrale Rolle ein. Das Behandlungs- und Verordnungsgeschehen hängt von seiner Person ab. Es ist daher von zentraler Bedeutung, dass mehr Ärztinnen und Ärzte über eine palliativmedizinische Qualifikation verfügen, um die palliativmedizinische Versorgung bundesweit zu verbessern. In diesem Zusammenhang sieht die AWO in dem vorgesehenen Regelungsumfang einen systematischen und qualitätsgesicherten Ansatz.

Wesentlich für eine gelingende palliative Versorgung des Schwerstkranken oder Sterbenden ist eine gute Kooperation und aufeinander abgestimmte Koordination der Versorgungsabläufe von Leistungserbringern und begleitenden Diensten. Hierzu bedarf es einer guten Netzwerkarbeit aller Beteiligten. Als problematisch bewertet der AWO Bundesverband e.V. die weitere Ausführung der Anforderung einer „interprofessionellen Strukturierung der Versorgungsabläufe“. Dieser Auftrag bedeutet sowohl leistungsrechtliche Grundlagen anderer Leistungserbringer sowie Handlungsfelder von begleitenden Diensten zu kennen und in seinen Entscheidungen zu berücksichtigen als auch umfassend den Versorgungsbedarf des Betroffenen zu bestimmen, zu organisieren und kontinuierlich anzupassen. Dies können Ärztinnen und Ärzte nur bedingt leisten. Der AWO Bundesverband e.V. spricht sich daher für eine Streichung aus.

In §87 Abs. 1b sind in Punkt 3 als Beteiligte auch die ambulanten Dienste und ambulanten Hospizdienste zu berücksichtigen und in den Gesetzestext mit aufzunehmen.

Lösung

§ 87 Abs.1 b Satz 1 Nr. 3 soll lauten:

„3. Anforderungen an die Koordination ~~und interprofessionelle Strukturierung~~ der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen **und Diensten, den ambulanten Hospizdiensten sowie mit** betreuenden Angehörigen,“

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gesetzesentwurf

Der Entwurf sieht vor, in den Richtlinien über die Verordnung häuslicher Krankenpflege gem. §92 SGB V Abs. 1 und Abs.7 einen weiteren Regelungspunkt zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung aufzunehmen.

Bewertung

Zur Verbesserung der Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ist es erforderlich, alle an der Versorgung Beteiligten hinsichtlich dieser Aufgabe einzubinden und deren Handlungsfelder zu stärken. Neben der expliziten Ausweisung der palliativen Versorgung als Krankenbehandlung und der Stärkung der ärztlichen Verantwortung ist zur Sicherung der Behandlungsziele die Konkretisierung und Erweiterung der Richtlinien über die Verordnung von Krankenpflege hinsichtlich ambulanter Palliativversorgung durch Pflegefachkräfte obligat. Der AWO Bundesverband e.V. begrüßt vor diesem Hintergrund die Gesetzesänderung. An dieser Stelle sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass auch in der ambulanten Versorgung am Lebensende und vor allem in der Sterbephase deutlich mehr Zeit im Vergleich zu „normalen“ Behandlungspflegen benötigt wird. In den Vereinbarungen zu den Vergütungen für allgemeine ambulante Palliativpflege ist dieser Aspekt zu beachten.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass die Weiterentwicklung der Richtlinien neben der Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen auch die Leistungen der Palliativpflege beinhaltet, die eine im Rahmen der

allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützt. Für eine gelingende Kooperation und Vernetzung zum Wohle des schwerstkranken oder sterbenden Menschen schlägt die AWO vor, auch bei der Weiterentwicklung der Richtlinien über die Verordnung von Krankenpflege die Leistungen zur Koordination und aktiven Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung Beteiligten aufzunehmen (analog den Anforderungen an die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, wie sie in § 87 Abs.1 b Satz 1 Nr. 3 angedacht sind).

Redaktionell ist darauf hinzuweisen, dass im Gesetzesentwurf unter Nr. 5 von ambulanter Palliativversorgung statt von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung gesprochen wird. Hier ist der vollständige Begriff wieder aufzunehmen.

Lösung

In §92 Abs. 7 Satz 1 Nr.5 ist redaktionell wieder das Wort „allgemeinen“ zu ergänzen.

Nach Ansicht des AWO Bundesverbandes ist in §92 Abs. 7 Satz 1 Nr.5 folgende inhaltliche Ergänzung vorzunehmen:

„5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur **allgemeinen** ambulanten Palliativversorgung **sowie zur Koordination und aktiven Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung Beteiligten.**“

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Gesetzesentwurf

Um die ambulante ärztliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Einrichtungen zu gewährleisten, sollen künftig stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Vertragsärztinnen / Vertragsärzten abschließen. Die bisherige Kann-Regelung wird in eine Soll-Regelung geändert, um die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu forcieren.

Des Weiteren soll der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen die mit der Regelung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen evaluieren und bis zum 31. Dezember 2017 der Bundesregierung berichten.

Bewertung

Menschen mit multiplen chronischen Erkrankungen bedürfen der regelmäßigen ärztlichen Konsultation, auch pflegebedürftige Menschen, die aufgrund ihres Hilfebedarfs im Pflegeheim wohnen. Eine gesicherte ärztliche Versorgung auf der Basis von vereinbarten Kooperationsverträgen ist wünschenswert. Jedoch liegt der Sicherstellungsauftrag nicht bei den vollstationären Einrichtungen, die mit einer Soll-Regelung weiter unter Druck gesetzt werden, diese Kooperationsverträge vorzuhalten. Vielmehr liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf das Kurzgutachten von Rechtsanwalt Herrn Jörg Bachem „Regelungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen gemäß dem Gesetzesentwurf für

ein Pflege-Neuausrichtungsgesetz“, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V., 2012. Der AWO Bundesverband e.V. schließt sich dem Lösungsvorschlag des Deutschen Caritasverbandes e.V. an, wie er bereits zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vorgetragen wurde.

Hinsichtlich der Evaluation der neuen Regelung durch den Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen sind auch die stationären Pflegeeinrichtungen durch Stellungnahmen zu beteiligen. Im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen erbringen nicht nur die Ärzte Kooperations- und Koordinationsleistungen, sondern auch die stationären Pflegeeinrichtungen. Sie sind daher in das Verfahren einzubinden.

Lösung

§ 119b Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend.“

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. § 119b Absatz 1 Sätze 3 und 4 sind daher zu streichen.

In §119 Absatz 3 ist folgender Satz 2 neu einzufügen:

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

§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Gesetzentwurf

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe erhalten die Möglichkeit, ein Angebot zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorzuhalten. Es umfasst ein individuelles Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung. Das Angebot ist als Fallbesprechung ggf. mit weiteren Beteiligten durchzuführen. Bei Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs kann es auch mehrfach angeboten werden. Die damit verbundenen Kosten werden in Höhe eines unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrages eingeschätzt. Die Einschätzung beruht auf der Annahme, dass zunächst nur die Hälfte der vollstationären Pflegeeinrichtungen dieses Angebot vorhalten werden und für 50 Bewohner ein mittlerer Personalbedarf von ca. 1/8 Stelle benötigt wird.

Bewertung

Die AWO begrüßt, dass sich dem Thema der gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende angenommen wird und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie

die neu im Gesetzentwurf aufgenommenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Möglichkeit erhalten, dieses Angebot ihren Bewohnern, insbesondere nach Einzug in die Einrichtung, anbieten können.

Die AWO hat in verschiedenen Projekten zur Sterbe- und Abschiedskultur in ihren Einrichtungen und Diensten Erfahrungen gesammelt und entsprechend Verfahren und Maßnahmen dazu erarbeitet. Vor diesem Hintergrund sehen wir die dringende Notwendigkeit dieses Angebot in jeder Einrichtung zu etablieren und statt einer Kann-Regelung eine Soll-Regelung ins Gesetz aufzunehmen. Gleichzeitig sehen wir aber im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende darüber hinausgehende Erfordernisse, die in diese neuen Strukturen ergänzend aufgenommen werden sollten sowie einer darauf anzupassenden Finanzierung.

Aus Sicht der AWO umfasst die Vorausplanung zur gesundheitlichen Versorgung für die letzte Lebensphase mehr als den im Gesetz aufgegriffenen Beratungsansatz. Im Anschluss an die Beratung sind Koordinierungsaufgaben in Bezug auf die einzelne Person aber auch übergeordneter Art erforderlich. Eine gelingende Abschieds- und Sterbekultur ist im eigenen Haus zu organisieren und zu begleiten. Es erfordert weiterhin eine erfolgreiche Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Dritten. Aus unserer Sicht umfasst daher die Vorausplanung zur gesundheitlichen Versorgung für die letzte Lebensphase zwei Elemente: 1. die Beratungsleistungen (wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen sind) und anknüpfend daran 2. ein fallbezogenes Koordinationsmanagement.

1. Beratung/ Fallbesprechung

Die Beratung zur Vorausplanung zur gesundheitlichen Versorgung in der letzten Lebensphase beinhaltet eine Beratung im Sinne von „advance care planning“. Es umfasst einen fortlaufenden Beratungs- und Dokumentationsprozess zur medizinischen und pflegerischen sowie psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung und Versorgung. Die Beratung ist grundsätzlich als individuelle Fallbesprechung unter Beteiligung des behandelnden Hausarztes bzw. anderer Ärzte auszugestalten. Die Fallbesprechung umfasst zwei Bereiche:

1. die Besprechung der krankheitsspezifischen Situation und Behandlungsmöglichkeiten während des Sterbeprozesses sowie die Abstimmung zu Maßnahmen und Vorgehen in eventuellen Notfallsituationen.
2. die Darstellung einzelner geeigneter Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psycho-sozialen Versorgung (§ 132g Absatz 1 Satz 2 SGB V neu) sowie die Absprache zur gewünschten Versorgung.

Da sich im Krankheitsverlauf die Vorstellungen über die Behandlung und Versorgung verändern können, sind regelmäßige Überprüfungen und Anpassungen dessen entsprechend den Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen des Bewohners vorzunehmen.

Hervorzuheben ist, dass die Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase über das Verfassen einer Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht und/oder eine Patientenverfügung hinausgeht. Jedoch ist es sinnvoll, diese, im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung und der im Krankheitsverlauf wiederkehrenden Überprüfungen der getroffenen Entscheidungen, anzupassen.

2. Fallbezogenes Koordinationsmanagement

Im Rahmen des Advanced Care Planning Prozesses – der gesundheitlichen Versorgungsplanung - kommt es im Folgeschritt darauf an, als Bewohner einer stationären Einrichtung, Unterstützung in der Umsetzung und Sicherstellung des Versorgungsplans zu erhalten. Im Rahmen einer guten Sterbe- und Abschiedskultur bedarf es daher in den Einrichtungen über ein fallbezogenes Koordinationsmanagement, das diese Aufgabe mit begleitet und darüber hinaus im Krankheitsverlauf die Koordination und Vernetzung mit allen beteiligten Leistungserbringern weiterhin übernimmt. Diese einzelfallbezogene Aufgabe verbindet sich mit einer aufzubauenden und zu pflegenden Vernetzung mit externen Institutionen. Dazu zählen sowohl einerseits die versorgenden Ärzte einschließlich Palliativmediziner, der ambulante Hospizdienst, ggf. das SAPV-Team, Sanitätshäuser, Apotheken, Krankenhäuser etc., als andererseits auch die Angehörigen. Sie sind in den Prozess aktiv einzubinden, soweit kein anderweitiger Wunsch geäußert wurde. Im Verlauf der letzten Lebensphase benötigen auch sie Unterstützung und Beratung. Darüber hinaus können ethische Fallbesprechungen und Konsile erforderlich sein, zu denen auch externe Fachleute hinzuziehen sind bzw. hausinternes Personal auch an Konsilen in Krankenhäusern teilnimmt, um die Wünsche und getroffenen Entscheidungen des Bewohners mit zu vertreten. Auch für diese Vernetzungsarbeit müssen entsprechende personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden, um die Palliativversorgung von Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wirklich zu verbessern.

Der AWO Bundesverband e.V. schlägt vor, die Beratung/ Fallbesprechung in Absatz 1 zu regeln und das fallbezogene Koordinationsmanagement in Absatz 2.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist höchst intensiv und zeitaufwändig, insbesondere mit Blick auf Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Der Umfang des prozesshaften Beratungsansatzes ist nicht zu unterschätzen. Eine gesonderte Finanzierung ist daher erforderlich, jedoch sind die im Gesetzesentwurf zur Verfügung gestellten Mittel als unzureichend einzuschätzen. Verwunderlich ist in diesem Zusammenhang auch, dass mit der Ergänzung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Gesetzesentwurf keine Anpassung der Finanzierung von der Bundesregierung vorgesehen wurde. Um eine gute Qualität gewährleisten zu können und Mitarbeiter/-innen nicht ggf. in Selektionszwänge zu bringen, ist statt 1 Vollzeitstelle für 400 Bewohner ein Stellenanteil von 1,5-2 Vollzeitstellen zu 100 Bewohnern erforderlich. Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist eine anspruchsvolle personenzentrierte und prozesshafte Beratung. Für die Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist dafür aus Sicht der AWO auch der entsprechende finanzielle Rahmen zur Verfügung zu stellen.

Des Weiteren weisen wir redaktionell darauf hin, dass in Satz 1 von vollstationären Einrichtungen in Abgrenzung zu teilstationären Einrichtungen gesprochen werden muss und diese Einrichtungen gem. §72 des SGB XI zugelassen sind.

Lösung

§ 132g Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu formulieren:

„Zugelassene **vollstationäre** Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 4372 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten.“

Die Beratungsleistung / Fallbesprechung soll in Absatz 1 geregelt werden. Die ersten beiden Sätze des jetzigen Absatz 2 sind in Absatz 1 zu integrieren.

Das fallbezogene Koordinationsmanagement soll in Absatz 2 geregelt werden.

Dieser ist wie folgt zu formulieren:

„Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 kooperieren und vernetzen sich mit anderen regionalen Betreuungs- und Versorgungsangeboten, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase einschließlich ethischer Fallbesprechungen sicherzustellen (Case-Management). Sie schaffen strukturelle Rahmenbedingungen, um eine hospizliche Kultur in der Einrichtung zu gewährleisten (Care-Management). Dies umfasst auch die Beratung und Unterstützung der Angehörigen.“

SGB V: Behandlungspflege und palliative Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der AWO Bundesverband e.V. hat bereits in seinen einleitenden Worten darauf hingewiesen, dass eine Schlechterstellung von sterbenden Menschen im Pflegeheim im Vergleich zu sterbenden Menschen in einem stationären Hospiz zu vermeiden ist. Mit ausreichenden personellen Ressourcen muss auch in den Pflegeheimen eine würdevolle Versorgung von sterbenden Menschen sichergestellt werden. Nur mit menschlicher Zuwendung und Begleitung sowie dem Vertrauen in eine dem persönlichen Vorstellungen entsprechende medizinische sowie pflegerische Versorgung kann dem Einzelnen die Angst vor dem Sterben genommen werden.

Aktuell sind über den §43 SGB XI die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge einschließlich der pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung abgegolten. Da der aktuelle Gesetzentwurf keine Aussagen zur finanziellen Absicherung zur palliativen Versorgung in Heimen enthält, sind auch diese Leistungen über die bestehende pauschale Abgeltung zu erbringen.

In der letzten Lebensphase und insbesondere in der Sterbephase ist ein hoher zeitlicher und damit personeller Aufwand für eine würdevolle Begleitung des Sterbens und der Sterbenden erforderlich. Dieser Mehraufwand bezieht sich auch in großem Maße auf die Behandlungspflege. Zudem benötigen Sterbende eine intensive psycho-soziale Begleitung und Betreuung. Mit dem einher geht der Wunsch der Sterbenden nach größtmöglicher personeller Kontinuität. Auch Angehörige haben in der letzten Lebensphase einen deutlich höheren Bedarf an Gesprächen, u.a. hinsichtlich Nachfragen und Absprachen zum Gesundheitszustand, sowie persönlichen Bedarf an emotionaler Unterstützung. Im Rahmen der Versorgung des sterbenden Menschen besteht zudem ein hoher Koordinierungsaufwand mit den behandelnden Ärzten, ggf. dem SAPV-Team, dem ambulanten Hospizdienst und weiteren Personen. Ethische Fallbesprechungen können erforderlich sein.

Mit Einzug in eine Pflegeeinrichtung sind die Pflegebedürftigen mit steigender Tendenz schwer- oder schwerstpflegebedürftig bzw. treten in die letzte Lebensphase ein. In den letzten Jahren haben sich immer mehr die Zeiten verkürzt, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner in einer Einrichtung lebten. Immer mehr gleicht damit eine vollstationäre Pflegeeinrichtung einem stationären Hospiz. Jedoch hat sich in den vergangenen Jahren der Personalschlüssel nicht verändert. Dies bedeutet, dass die zusätzliche personalintensive Zeit, die für die Sterbebegleitung aufgebracht wird, die Einrichtungen nicht refinanziert bekommen. Insbesondere in der Nacht steht in den Einrichtungen zu wenig Personal zur Verfügung, um sterbenden Menschen eine adäquate Begleitung zu gewährleisten.

Der Gesetzentwurf sieht die explizite Aufnahme der Sterbebegleitung in den Leistungskatalog nach § 28 SGB XI in Verbindung mit der Erweiterung der Regelungsinhalte für die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI vor, um hinsichtlich des Personalschlüssels Verbesserungen zu erreichen. Da sich die Leistungssätze der Pflegekasse der Versicherten jedoch nicht verändern, wird jegliche Verbesserung der Personalsituation nur mit einer entsprechenden Verteuerung des Pflegesatzes einhergehen können. Somit ist eine verbesserte Personalsituation für die palliative Versorgung und Sterbebegleitung in Heimen ausschließlich von den Bewohnerinnen und Bewohner zu tragen, indem die Eigenanteile bei der Finanzierung des Heimplatzes steigen. Da der Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner Grenzen gesetzt sind, wird die Versorgung am Lebensende in Heimen nicht die gewünschte qualitative Entwicklung nehmen können wie sie im Gegensatz dazu sterbende Menschen in stationären Hospizen erfahren. Damit bleiben vollstationäre Pflegeeinrichtungen Sterbeorte zweiter Klasse.

Vor diesem Hintergrund setzt sich der AWO Bundesverband e.V. für eine Verbesserung der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ein, die nicht mit einer Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner einhergeht. Die finanzielle Verantwortung für die Verbesserung der Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen sehen wir - in Anlehnung der Finanzierung stationärer Hospize - daher in der gesetzlichen Krankenversicherung verortet. Diese Sichtweise verbindet sich mit der von allen Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege getragenen Position, dass die Finanzverantwortung für die Behandlungspflege im SGB V zu verankern ist.

Medizinische Behandlungspflege in der vollstationären Pflege mit den nach § 43 SGB XI Abs. 2 genannten Leistungsbeträgen pauschal abzugelten, stellt eine Ungleichbehandlung zu den Pflegebedürftigen dar, die in ihrer Häuslichkeit behandelt werden. Im Rahmen der palliativen Versorgung am Lebensende folgt daraus eine weitere Ungleichbehandlung von Menschen, die in einem Pflegeheim in der Sterbephase betreut werden zu denen, die in einem stationären Hospiz versorgt werden.

II. SGB XI

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze / § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

Gesetzesentwurf

In der Darstellung der Leistungen der Pflegeversicherung wird im §28 SGB XI die Sterbebegleitung als Leistungsinhalt ergänzend aufgenommen. In der Folge dieser Klarstellung wird die Sterbebegleitung als zu regelnder Inhalt in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI ergänzt.

Bewertung

Mit der Ergänzung der Sterbebegleitung wird hervorgehoben, dass dieser Beistand in den letzten Tagen und Stunden eines Menschen als Teil pflegerischer Versorgung von gesellschaftlicher Bedeutung ist und als grundsätzliche Leistung der Pflegeversicherung verstanden wird. Der AWO Bundesverband e.V. begrüßt die Verankerung der Sterbebegleitung als integrativen Bestandteil pflegerischer Versorgung unabhängig vom Wohnort des Versicherten im Gesetz.

Es reicht aus unserer Sicht jedoch nicht aus, durch eine ausdrückliche Erwähnung der Sterbebegleitung in den leistungsrechtlichen Grundsätzen des § 28 SGB XI und in den Landesrahmenverträgen die Träger von Pflegeeinrichtungen gem. §75 SGB XI einseitig zur Leistungserbringung zu verpflichten, ohne Aussagen zur Finanzierung zu treffen.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Ausführungen unter „SGB V: Behandlungspflege und palliative Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ und der Darstellung der erforderlichen personellen Ressourcen für eine würdevolle Begleitung und palliative Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Da die explizierte Ausführung der Sterbebegleitung im SGB XI auch mit einer Leistungserweiterung in Verbindung steht (inkl. Maßnahmen der Behandlungspflege), werden infolge steigender Pflegesätze die Mehrkosten von den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. vom Sozialhilfeträger übernommen werden müssen. Die AWO ist der Ansicht, dass eine Verbesserung der Sterbebegleitung und palliativen Versorgung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen jedoch nicht mit einer Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner einhergehen darf. Der erhöhte Aufwand der palliativen Versorgung ist ein Beispiel, an dem sich zeigt, dass auch die medizinische Behandlungspflege für stationäre Einrichtungen in der gesetzlichen Krankenversicherung verortet sein sollte.

Lösung:

Um eine Schlechterstellung von sterbenden Menschen im Pflegeheim im Vergleich zu sterbenden Menschen in einem stationärem Hospiz zu vermeiden, ist aus Sicht des AWO Bundesverband e.V. eine Finanzierung der Leistungen der palliativen Versorgung durch die Krankenversicherung zu gewährleisten. Diese Forderung verbindet sich mit der Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Behandlungspflege wieder in das SGB V zurückzuführen.

§ 114 Qualitätsprüfungen / §115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Gesetzesentwurf

Vor dem Hintergrund einer qualifizierten Sterbebegleitung sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz im Rahmen der Qualitätsprüfungen nachweisen und im Anschluss mit den Informationen über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen diese für Pflegebedürftige und ihre Angehörige und andere Interessierte ab dem 1. Juli 2016 veröffentlichen.

Bewertung

Eine qualitativ hochwertige hospizliche und palliative Versorgung sterbender Menschen geht einher mit einer engen Zusammenarbeit mit Partnern im Versorgungsnetz, insbesondere mit Ärztinnen/ Ärzten, ambulanten Hospizdiensten sowie spezialisierten Diensten und Einrichtungen. Dies ist aber nur insofern möglich, wenn diese Akteure im regionalen Umfeld vorhanden sind und diese sich in einem weiteren Schritt in einem Netzwerk verbinden.

Da diese Voraussetzung bundesweit nicht flächendeckend gegeben ist, ist eine gesetzliche Anforderung für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen aktuell nicht umsetzbar. Eine Analogie zu den Informationspflichten hinsichtlich von Kooperationsverträgen mit Ärztinnen/ Ärzten oder Vereinbarungen mit Apotheken kann hier nicht gezogen werden. Der AWO Bundesverband e.V. lehnt vor diesem Hintergrund die Erweiterung der Informationspflichten im Rahmen der Qualitätsprüfungen gem. §114 SGB XI und der Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen gem. §115 SGB XI ab.

Lösung

Der AWO-Bundesverband e.V. schlägt die Streichung der vorgesehenen Informationspflichten im Rahmen der Qualitätsprüfungen gem. §114 SGB XI und der Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen gem. §115 SGB XI vor.

III. Weiterer Regelungsbedarf

Durchführung einer Evaluation der vorgesehenen Regelungen

Der Bundesrat fordert in seinem Beschluss vom 12. Juni 2015 die Bundesregierung auf, die Auswirkungen der im Hospiz und Palliativgesetz vorgesehenen Regelungen auf die Versorgungslandschaft drei Jahre nach Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes zu evaluieren, um auf dieser Basis die Notwendigkeit weiterer rechtlicher Regelungen zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland zu prüfen. Der AWO Bundesverband e.V. unterstützt diese Forderung und sieht einen Schwerpunkt der Evaluation in der Bewertung des § 132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

Trauerbegleitung

Mit dem Gesetzesvorhaben setzt sich die Gesetzgebung für ein würdevolles Sterben, möglichst in der vertrauten Umgebung der Person ein.

Sterben, Tod und Trauer werden heute aus unserem alltäglichen Leben verdrängt und ausgegrenzt. Umso mehr bestehen Ängste und Hilflosigkeit, wenn Angehörige schwer erkranken und ihnen nur noch eine kurze Lebenszeit bleibt oder Angehörige nach langer Krankheit und/ oder Pflegebedürftigkeit den letzten Weg antreten. Diese

Ängste und Hilflosigkeit enden nicht mit dem Tod, sondern halten darüber hinaus an. Trauerbegleitung von Angehörigen hilft hier und gibt Halt. Sie ist für den gesundheitlichen Werdegang des Hinterbliebenen von elementarer Bedeutung und untrennbar von einem würdevollen Sterbeprozess anzusehen. Der AWO Bundesverband e.V. empfiehlt im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes auch eine Trauerbegleitung der Hinterbliebenen für max. 4 Wochen nach Tod des Versicherten einzubinden.