

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0128(31)  
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.  
15\_HPG  
18.09.2015



## **Stellungnahme**

### **des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und  
Palliativversorgung in Deutschland vom 12.06.2015

(Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

Berlin, 17.09.2015

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Bundesverband

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

## Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. (DBfK) begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, die vernetzte Versorgung für schwerkranke und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu verbessern. Um dies zu erreichen, ist es in erster Linie notwendig, dass alle Versicherten – unabhängig von Alter und Ursache ihres Leidens – Anspruch auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sowie im Bedarfsfall auf Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) haben. Zudem muss eine angemessene Finanzierung der Leistung sichergestellt werden, da ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen die zeitaufwändigen Maßnahmen der AAPV nicht im Rahmen ihrer üblichen Pflegeleistung erbringen können.

Der Referentenentwurf sieht an vielen Stellen eine Verbesserung der Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung vor. Diese Entwicklung unterstützt der DBfK. Voraussetzungen für eine funktionierende Kooperation sind aber zunächst die Schaffung und Gestaltung notwendiger struktureller Grundlagen. Es fehlen bislang bundesweite Vorgaben zu Rahmenbedingungen und Qualitätskriterien zur Unterhaltung von Netzwerken. Es wäre begrüßenswert, wenn der Referentenentwurf Vorgaben zur Netzwerkbildung und -entwicklung machen würde, damit alle Regionen die gleichen Voraussetzungen entwickeln können.

Die fachliche Beratung zu bestehenden Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der vorgelegten Eckpunkte. Vor allem hinsichtlich der individuellen Versorgungsplanung von Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase fehlt aber bedauerlicherweise jeglicher Hinweis auf die notwendigen Kompetenzen der durchführenden Person. Nur die Grundqualifikation von Pflegefachpersonen (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, AltenpflegerInnen) beinhaltet medizinische, krankenbeobachtende und beurteilende Kenntnisse sowie die Möglichkeit der Pflege- und Behandlungsprozesssteuerung, um die Versorgungsplanung mit den kooperierenden Professionen in der letzten Lebensphase zu entwickeln und zu gestalten. Eine Zusatzqualifikation bzw. ein Studium im Bereich Palliative Care vermittelt zudem die nötigen Kompetenzen, um umfassende Situationsanalysen von Menschen in der Lebensendphase durchzuführen, gemeinsam Versorgungsplanungen vorzunehmen und die entscheidenden Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen zu führen. Die umfassende Kompetenz von weitergebildeten Pflegefachpersonen ist essentiell für die Betreuung von Menschen am Lebensende.

Ein „Verschiebebahnhof“ der Leistungen aus der SAPV in die AAPV muss in jedem Fall vermieden werden. Bereits heute müssen sich die Betroffenen, die sich in einer schwierigen Lebensphase befinden, mit zu vielen bürokratischen Hürden

auseinandersetzen. Daher befürwortet der DBfK das Anliegen der Bundesregierung, hinsichtlich der Verordnungsdauer regelmäßig den begründeten Ausnahmefall anzunehmen und Verordnungen für die SAPV von Beginn an großzügige Zeiträume zu veranschlagen. Dies stärkt vor allem für die Betroffenen sowie ihre Angehörigen das Sicherheitsgefühl durch das Wissen um unterstützende Dienste. Darüber hinaus bietet es für die Leistungserbringer die Möglichkeit, die Versorgung den individuellen Bedürfnissen des Patienten anzupassen, auch in Phasen der Stabilität.

Zusätzlich zu den vorgeschlagenen Änderungen regt der DBfK an, sicherzustellen, dass die Arzneimittelversorgung (insbesondere die Versorgung mit Opiaten) bei der Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aus der Klinik gewährleistet wird. Hierzu ist eine Verpflichtung zur Mitgabe aller benötigten Medikamente, inklusive Opiate, in § 11 Abs. 4 SGB V und § 39 Abs. 1 SGB V und in § 14 Abs. 7 Apothekengesetz zu verankern.

Zudem muss sichergestellt sein, dass die Krankenkassen unverzüglich bei AAPV und SAPV die erforderlichen Hilfsmittel nach § 33 SGB V, wie z.B. Krankbett, Lagerungshilfen, Antidekubitusmatratzen, Nachtstuhl, Sauerstoffversorgung usw. auf der Basis einer hausärztlichen oder fachärztlichen Verordnung zur Verfügung stellen. Gleiches gilt für Hilfsmittel, die nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V rahmenvertraglich vereinbarten Vorhaltungen der stationären Hospize hinausgehen. Die Krankenkassen müssen auch bei bundesweit tätigen Lieferanten eine sofortige Lieferung sicherstellen können. Derzeit beträgt die Wartezeit von der Verordnung bis zur Lieferung nicht selten vier Wochen.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend Stellung.

**Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:**

## **Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**

### **Zu Nr. 2 (§ 37)**

#### **Kabinettsentwurf**

Die ambulante Palliativversorgung ist ein Teil der Häuslichen Krankenpflege und soll aufgrund des anzunehmenden begründeten Ausnahmefalls über einen längeren Zeitraum als die in § 37 Absatz 1 Satz 4 genannte Anspruchsdauer verordnungsfähig sein.

#### **Stellungnahme**

Der DBfK begrüßt die Entscheidung des Gesetzgebers, die ambulante Palliativversorgung als Teil der häuslichen Krankenpflege zu verankern. Eine besondere Bedeutung wird der Begründung (S. 24) beigemessen, welche darlegt, dass neben den behandlungspflegerischen Maßnahmen auch die grundpflegerischen Bedarfe im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) über einen längeren Zeitraum als die bisher regelhaften 4 Wochen verordnungsfähig ist. Zu bedenken ist, dass die Versorgung im Rahmen der AAPV deutlich zeitintensiver ist als Leistungen regulären Behandlungspflege und durch Pflegefachpersonen durchgeführt wird, was sich in der Finanzierung widerspiegeln muss.

### **Zu Nr. 3 (§ 39a)**

#### **Kabinettsentwurf**

Der kalendertägliche Mindestzuschuss für stationäre Hospize wird von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV erhöht (für das Jahr 2015 von 198,45 Euro auf 255,15 Euro). Darüber hinaus tragen die Krankenkassen künftig bei Hospizen für Erwachsene 95 statt bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten.

Ambulante Hospizdienste sollen zeitnah durch einen angemessenen Zuschuss zu den Personal- und Sachkosten ab dem Jahr gefördert werden, in dem diese zuschussfähige Sterbebegleitung leisten. Ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern soll sichergestellt werden.

#### **Stellungnahme**

Der DBfK begrüßt die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten für stationäre Hospize ebenso wie die Ausweitung der Förderung auch auf die Sachkosten für

die ambulanten Hospizdienste. Die Sicherstellung einer fortwährenden Prüfung und Anpassung der Versorgungs- und Kostenentwicklung erscheint für die weitere strukturelle Entwicklung des Hospizwesens von entscheidender Bedeutung.

Die Einbeziehung von ehrenamtlichen Mitarbeitern in die ambulante Hospizarbeit entspricht dem Hospizgedanken. Um das Ehrenamt fachgerecht und sinnvoll zu nutzen und zu gestalten, ist es aus Sicht des DBfK weiterhin notwendig, dass die ehrenamtlichen Einsätze von Pflegefachpersonen koordiniert werden. Unabhängig von der ehrenamtlichen Unterstützung, muss die Ausstattung mit hauptamtlichen Mitarbeitern und die Finanzierung der umfangreichen Leistungen ambulanter Sterbebegleitung weiter gefördert werden.

#### **Zu Nr. 4 (§ 39b)**

##### **Kabinettsentwurf**

Die Versicherten haben Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung zu Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Die Durchführung obliegt der Krankenkasse oder deren Vertretern nach Satz 9. Eine Übersicht regionaler Angebote und ggf. Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme umfassen den Anspruch. Die Beratung ist mit erfolgten Leistungen nach §7a SGB XI oder weiteren Beratungsansprüchen abzustimmen.

Angehörige oder andere Vertraute des Versicherten sind auf dessen Verlangen hinzuzuziehen.

##### **Stellungnahme**

Der DBfK befürwortet die Einführung einer Beratung hinsichtlich der Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Wir möchten jedoch betonen, dass wir eine unabhängige Beratung für unverzichtbar halten. Zur fachlich umfangreichen Beratung zur Versorgung in der letzten Lebensphase sind die Leistungserbringer zwingend mit hinzuzuziehen und nicht nur über eine erfolgte Beratung zu informieren. Zudem sehen wir bei Beratung durch die Krankenkassen die Unabhängigkeit der Beratung durch den Interessenskonflikt der Leistungsfinanzierung gefährdet.

Anzumerken ist auch, dass die Beratung auch auf Wunsch von Bevollmächtigten im Beisein des Versicherten in Anspruch genommen werden sollte.

#### **Zu Nr. 7 (§92)**

##### **Kabinettsentwurf**

Der G-BA wird gesetzlich beauftragt, die Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) weiterzuentwickeln und das Nähere zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung festzulegen.

## **Stellungnahme**

Der DBfK begrüßt den Vorschlag, dass der G-BA die Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege im Hinblick auf die ambulante Palliativversorgung zu erweitern hat. Hierbei muss allerdings gewährleistet sein, dass sich die Entwicklungen, welche die im Jahr 2007 in Kraft getretene „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie“ (SAPV-RL) mit sich gebracht hat, nicht wiederholen. So werden beispielsweise durch die engen Grenzen der Anspruchsvoraussetzungen die wenigsten Anträge auf SAPV von den Kostenträgern genehmigt. Es muss zur medizinisch und pflegfachlich kompetenten Versorgung der Patienten sichergestellt sein, dass auch eine Phase der Stabilität mit zum Prozess des Sterbens gehört und Kostenübernahmen der SAPV nicht aufgrund einer zeitweisen Beständigkeit des Zustandes des Patienten abgelehnt oder zurückgezogen wird.

## **Zu Nr. 8 (§ 119b)**

### **Kabinettsentwurf**

Die bisherige Regelung, die lediglich die fakultative Möglichkeit ("Kann"-Regelung) vorsah, Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen, wird zu einer "Soll"-Vorschrift weiterentwickelt. Künftig sollen die vollstationären Pflegeeinrichtungen die Zusammenarbeit mit den betreffenden Ärztinnen und Ärzten aktiv koordinieren, um die ambulante ärztliche Betreuung in der Einrichtung zu gewährleisten.

## **Stellungnahme**

Der DBfK befürwortet grundsätzlich eine funktionierende Kooperation zwischen vollstationären Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Wir stimmen zu, dass ein funktionierender Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten die Grundvoraussetzung für die Verbesserung der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ist. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die betreffenden Ärztinnen und Ärzte keine Vertragsbeziehungen zu den Pflegeeinrichtungen unterhalten, sondern nur zu ihren Patientinnen und Patienten. Daher ist die Bereitschaft, Kooperationsvereinbarungen einzugehen unterschiedlich ausgeprägt. Eine fehlende Kooperation darf sich aus diesem Grund keinesfalls negativ auf die Leistungsbewilligung der AAPV oder der SAPV auswirken. Die Koordination mit den unterschiedlichen Ärzten bedeutet für die Pflegeeinrichtungen einen nicht zu unterschätzenden Zeit- und Organisationsaufwand. Daher muss sich diese Leistung in der Vergütung widerspiegeln. Für die Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen ist bislang keine zusätzliche Vergütung oder Regelung zur Personalausstattung getroffen worden, um diesen Aufgaben entsprechend gerecht zu werden. Diese Leistungen fallen zusätzlich zu den bereits vorhandenen grund- bzw. pflegepflegerischen Leistungen und Dokumentations-Aufgaben an. In welcher Form dieser Arbeitsbelastung

entgegengewirkt werden soll, bleibt offen. Daher sollten behandlungspflegerische Leistungen sowie die dazugehörige Koordination mit den Haus- und Fachärzten in der stationären Altenpflege nicht im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge, sondern von den Krankenkassen vergütet werden.

Zudem muss durch die Regelung das Recht auf die freie Arztwahl der Bewohnerinnen und Bewohner weiterhin unberührt bleiben.

### **Änderungsvorschlag**

Wir schlagen vor, analog zum neuen § 132 g, Abs. 3 SGB V, für die Koordination der ambulanten ärztlichen Betreuung eine zusätzliche Vergütung durch die Krankenkassen zu vereinbaren.

### **Zu Nr. 10 (§132 g)**

#### **Kabinettsentwurf**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ein Angebot zur individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorhalten, das Bewohnerinnen und Bewohner auf freiwilliger Basis nutzen können, um umfassend informiert zu sein und – unterstützt durch professionelle Beratung – selbstbestimmt über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen entscheiden zu können.

Das Angebot einer „gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende“ soll nicht nur die gesetzlichen Ansprüche behandeln, sondern eine umfassende Beratung gewährleisten. Die Leistung können die Einrichtungen durch entsprechend qualifiziertes Personal selbst oder in Kooperation mit Beratungsstellen sicherstellen.

Die Beratung kann in mehreren, aufeinander aufbauenden Terminen organisiert werden.

Zwingend einzubeziehen ist die behandelnde Vertragsärztin bzw. der behandelnde Vertragsarzt.

Die Kosten hierfür trägt die Krankenkasse des Versicherten.

#### **Stellungnahme**

Die Ergänzung des § 132 SGB V um den Absatz „g“ bewertet der DBfK als sehr positiv. Eine individuelle, umfassende Beratung und Fallbesprechung von Betroffenen und ihren Angehörigen, die diese bei einer partizipativen Entscheidungsfindung unterstützt, ist wichtig. Eine Vernetzung mit verschiedenen Akteuren und der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt erachten wir ebenfalls als sinnvoll und notwendig. Der DBfK sieht es als zwingend notwendig an, dass das Beratungsgespräch und die Erstellung eines Versorgungsplans von pflegerischer Seite von einer Pflegefachperson mit spezieller Fachweiterbildung begleitet werden.

Eine Refinanzierung dieser Leistung durch die Krankenkassen begrüßen wir ausdrücklich.

Da aber nicht nur Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Einrichtungen Bedarf an einer individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase haben, muss die Regelung auch für Kurzzeitpflegeeinrichtungen, teilstationäre und ambulante Leistungserbringer gelten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Einrichtungen die gleiche Leistung nicht refinanziert bekommen sollten.

### **Änderungsvorschlag**

Der Satz 1, Absatz 1 des § 132 f ist folgendermaßen zu erweitern: „Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des **der §§ 36, 41, 42 und 43** des Elften Buches können den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten.“

## **Artikel 3 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)**

### **Zu Nr. 1 (§28)**

#### **Kabinettsentwurf**

Es wird klargestellt, dass die Sterbebegleitung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege einen Teil der Patientenbetreuung ausmacht.

### **Und zu Nr. 2 (§75)**

#### **Kabinettsentwurf**

Der Regelungsauftrag für die Vereinbarungspartner zum Inhalt der Pflegeleistungen wird um die ausdrückliche Nennung der Sterbebegleitung ergänzt.

#### **Stellungnahme**

Der DBfK begrüßt diese Klarstellung ausdrücklich. Die Sterbebegleitung ist ein wichtiger Bestandteil umfassender professioneller Pflege. Hierbei möchten wir betonen, dass die Pflege durch Pflegefachpersonen nicht mit der Arbeit von ehrenamtlichen Hospizdiensten gleich gesetzt werden kann und darf. Eine entsprechende Honorierung für die sehr Zeit- und Ressourcenintensive Pflege durch Pflegefachpersonen einschließlich der Koordinierung der verschiedenen Netzwerkpartner im Sinne von „Palliative Care“ muss sich daher in der Finanzierung durch die Kostenträger widerspiegeln.



**Zu Nr. 3 (§ 114)****Kabinettsentwurf**

Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen ab 1.7.16 verpflichtet werden, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz zu informieren.

**Stellungnahme**

Der DBfK würdigt die Intention des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Hospiz- und Palliativnetzen zu verbessern. Allerdings ist hier eine Informationspflicht kaum hilfreich, da es in der Praxis regionale Umsetzungsschwierigkeiten geben wird. So sind bspw. die Kapazitäten und die Verfügbarkeiten von – meist ehrenamtlichen – Hospizdiensten stark begrenzt und in ländlichen Regionen teilweise kaum oder gar nicht vorhanden. Gleiches gilt ebenso für Dienst im Rahmen der SAPV oder die palliativ-medizinische Versorgung. Zudem ist es besonders für private Träger schwierig die oft gemeinnützigen Träger für eine Kooperation zu gewinnen.

**Änderungsvorschlag**

Der DBfK regt aufgrund der dargestellten Problemlage dazu an, den Zeitrahmen für eine Informationspflicht auf den 01.01.2017 zu verschieben. Damit wird den beteiligten Institutionen die Gelegenheit gegeben, zunächst die notwendigen Netzwerkstrukturen aufzubauen.