



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0128(12)

gel. VB zur öAnhörung am 21.09.

15\_HPG

16.09.2015

BAG SELBSTHILFE

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.

Kirchfeldstr. 149

40215 Düsseldorf

Tel. 0211/31006-0

E-Mail: siiri.doka@bag-selbsthilfe.de

---

## Stellungnahme

der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit  
Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und  
Palliativversorgung in Deutschland  
(Hospiz- und Palliativgesetz- HPG)  
BT-Drucksage 18/5170**

zum

**Antrag der Fraktion DIE LINKE „Hochwertige Palliativ- und  
Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern“  
BT-Drucksage 18/5202**

zum

**Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
„Gute Versorgung am Lebensende sichern - Palliativ- und  
Hospizversorgung stärken“**

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 14 Landesarbeitsgemeinschaften beteiligt sich die BAG SELBSTHILFE seit vielen Jahren an den Bemühungen zur Weiterentwicklung von Hospiz- und Palliativversorgung. Es ist auch Teil der Selbsthilfearbeit unserer Mitgliedsverbände, Betroffenen Unterstützung und Beratung in der letzten Phase ihrer Erkrankungen zukommen zu lassen. Insoweit hat die Selbsthilfe schon immer über den Umgang mit der Lebensendphase informiert, den Austausch zwischen Betroffenen und Netzwerken hergestellt und von daher auch immer ein hohes Interesse an der Verbesserung der palliativen Versorgung gehabt. Bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, die palliativer Versorgung bedürfen, kann die Selbsthilfe zwar nicht die Fachleute in der Hospizbewegung ersetzen. Sie kann aber über Verbandstrukturen gesammelte Erfahrungen als „Kompetenz in eigener Betroffenheit“ an alle mit der Problematik befassten Akteure weitergeben. Durch die Vernetzung kann insoweit das jeweils spezifische Wissen der Beteiligten zusammenfließen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAG SELBSTHILFE sowohl die im Gesetzentwurf enthaltene Zielrichtung einer Verbesserung der Leistungsangebote der Palliativversorgung als auch die bessere Vernetzung der unterschiedlichen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sehr.

Denn auch wenn sich in den letzten Jahren viel in diesen Bereichen getan hat, so erreichen diese Angebote die Patienten und Angehörigen - auch wegen mangelnder Kapazitäten - häufig nicht. So heißt es in einem Artikel des Ärzteblattes zutreffenderweise, die „international als bedarfsdeckend erachtete Zahl von 50 Palliativ- und Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner“ sei „noch lange nicht erreicht“.<sup>1</sup>

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE können die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen zwar zu einer Verbesserung der Versorgung von Menschen beitragen, die eine Palliativversorgung benötigen. Insgesamt wäre eine grundlegende Neustrukturierung jedoch nur dann zu erzielen, wenn

---

<sup>1</sup> Klinkhammer, Richter-K  
blatt 2012, 109 (48) [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

Tod und Sterben – kein Tabu mehr“ in Dt. Ärzte-

- der Anspruch auf allgemeine (APV), allgemeine ambulante (AAPV) sowie spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in den Sozialgesetzbüchern V und XI präzise geregelt würde,
- die Hospizleistungen besser finanziert würden,
- hierzu klare Vorgaben für eine angemessen zu finanzierende personelle Ausstattung der Angebote festgelegt würden.
- Die Barrierefreiheit von Hospizangeboten sichergestellt würde.
- Die Vernetzung von Hospizangeboten mit den Angeboten der Selbsthilfe stärker gefördert würde.

Seitens der BAG SELBSTHILFE wird darüber hinaus angeregt, weitere Maßnahmen für spezielle Personengruppen wie Kinder und Menschen mit geistiger Behinderung auszuarbeiten, da diese Personengruppen in der Regel einer andersartigen und weitergehenden Versorgung bedürfen. In diesem Zusammenhang weist die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich auf den Ergänzungsbedarf bei § 37 SGB V zur häuslichen Krankenpflege in Wohneinrichtungen und Werkstätten der Behindertenhilfe hin.

Im Einzelnen ist zum vorliegenden Gesetzentwurf und zu den Anträgen der Oppositionsfractionen Folgendes auszuführen:

#### **1. Palliativ- und Hospizpflege in Wohneinrichtungen und Werkstätten der Behindertenhilfe (§ 37 SGB V)**

Die Palliativ- und Hospizpflege beginnt nicht erst mit der in § 37b SGB V normierten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, bei der ein Team besonders qualifizierter Ärzte, Pflege- und Koordinationskräfte dafür sorgt, dass auch besonders aufwändige und spezialisierte Bedarfe gedeckt werden. Vielmehr besteht ein numerisch viel höherer Bedarf an der sogenannten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Die AAPV ist bisher als Teil der

häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V verordnet worden, ohne dass dies im Gesetzestext des § 37 SGB V verankert oder in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Häuslichen Krankenpflege explizit erwähnt worden ist. Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es daher, dass der Anspruch zukünftig in einem neu eingefügten § 37 Abs. 2a SGB V verankert werden soll.

Die Durchsetzung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V ist für Menschen mit einer Behinderung, die pflegebedürftig sind und/oder in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben, häufig jedoch sehr schwierig. Ihnen wird ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege oftmals unrechtmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen abgesprochen.

Dieser faktische Leistungsausschluss muss aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE durch gesetzliche Klarstellungen in dem vorliegenden Gesetz behoben werden, da er ansonsten auf die Palliativ- und Hospizversorgung durchgreifen wird. Um zu verhindern, dass dieses Defizit in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung noch weiter verstärkt wird, müssen daher folgende Aspekte einer Klarstellung zugeführt werden:

Einige gesetzliche Krankenkassen lehnen eine Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege für Menschen in Wohnstätten der Behindertenhilfe häufig pauschal und ohne Einzelfallprüfung mit dem Argument ab, dass diese Einrichtungen keine Häuslichkeit im Sinne des § 37 SGB V seien. Sie seien kein „geeigneter Ort“ im Sinne der Vorschrift. Es wird dabei jedoch verkannt, dass diese Einrichtungen das „Zuhause“ der Menschen sind. Das betreuende Personal stammt zudem hauptsächlich aus dem Bereich der sozialpädagogischen Berufe und nicht aus dem Bereich examinierter KrankenpflegerInnen.

Menschen mit Behinderung müssen unabhängig vom Wohnort Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenversicherung haben. Genau dies hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geregelt. In § 37 Abs. 1 und 2 SGB V ist angesichts der Umsetzungsprobleme in der Praxis daher gesetzgeberisch klarzustellen, dass auch Wohnstätten der Behindertenhilfe ein „geeigneter Ort“ sind. Sie sollten in die Aufzählung des § 37 SGB V aufgenommen werden.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich dementsprechend im Februar und April 2015 in drei Entscheidungen (Az: B 3 KR 10/14 R und B 3 KR 11/14 R und B 3 KR 16/14) dahingehend geäußert, dass SGB XII-Einrichtungen grundsätzlich von § 37 SGB V umfasst sein können. In einer Einzelfallprüfung soll ermittelt werden, ob die Einrichtung personell und sächlich so ausgestattet ist, dass sie die Behandlungspflege übernehmen muss. Das BSG hat in den Entscheidungen für diese Beurteilung auf die Regelung des § 37 Abs. 3 SGB V zurückgegriffen. Danach besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Auch bei Einrichtungen soll daher maßgeblich sein, wie diese sächlich und personell ausgestattet sind. Die Grenze der von der Einrichtung geschuldeten Leistung verlaufe genau dort, so das BSG, wo diese vom Personal der Einrichtung der Eingliederungshilfe erbracht werden könnten und müssten. Müsse die Einrichtung kein medizinisch ausgebildetes Personal vorhalten, seien *regelmäßig* einfachste Maßnahmen der Krankenpflege von der Einrichtung selbst zu erfüllen.

Die Krankenkassen interpretieren diese Ausführungen des BSG nun bereits so, dass die Einrichtungen *ohne Ausnahme* die einfachsten Krankenbehandlungsmaßnahmen - was auch immer dieser unbestimmte Rechtsbegriff an Maßnahmen umfasst - übernehmen müssen. Es sind bereits Rundbriefe von Krankenkassen an ambulante Pflegedienste und auch Einrichtungen der Behindertenhilfe ergangen, die genau auflisten, für welche Maßnahmen die Kosten nun nicht mehr übernommen werden. Dieses Vorgehen birgt zwei große Probleme: zum einen wird den Krankenkassen die Definition des konkreten Leistungsbereiches überlassen - dies ist jedoch Aufgabe des Gesetzgebers, der dies lediglich an den Gemeinsamen Bundesausschuss als untergesetzlichen Normgeber delegieren darf. Zum anderen darf eine Einzelfallprüfung auch bei (vermeintlich) einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege abermals nicht ausgeschlossen werden. Eine Medikamentengabe kann u. U. der Ausführung und Überwachung durch einen Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes bedürfen, wenn etwa eine Medikamentenumstellung mit starken Neben- und Wechselwirkungen einhergeht und daher keine einfachste Maßnahme mehr darstellt. Die Prüfung des Einzelfalls muss daher rechtlich sichergestellt werden.

Viele gesetzliche Krankenkassen vertreten zudem die Ansicht, dass der Leistungsanspruch für pflegebedürftige Menschen auf medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung bereits durch den in § 43a Satz 2 SGB IX genannten Betrag in Höhe von 266 EUR abgegolten sei. Daher bestehe für pflegebedürftige Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe per se kein Anspruch auf Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Auffassung kann nicht hingenommen werden. Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, sind schon dadurch benachteiligt, dass sie Leistungen der Pflegeversicherung nicht abrufen können, sondern nur den Pauschalhöchstbetrag nach § 43a SGB XI in Höhe von 266 EUR erhalten. Dieser Betrag wurde vor etwa 19 Jahren festgesetzt und ist seitdem, als einziger Betrag der Pflegeversicherung, nur einmalig um 10 EUR erhöht worden. Der Betrag reicht regelmäßig bei weitem nicht aus, um den Bedarf von Bewohnern auf medizinische Behandlungspflege in Wohnstätten der Behindertenhilfe zu decken.

Die Auslegung der Krankenkassen entspricht auch nicht dem gesetzgeberischen Willen: Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurden § 37 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V neu gefasst und die häusliche Krankenpflege auch an „sonstigen geeigneten Orten“ zugelassen. Die gesetzliche Neuregelung sollte vor allem Lücken im „Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung“ schließen (BT-Drucksache 16/3100, Seite 104).

Durch die Neufassung des § 37 SGB V sollte darüber hinaus auch gewährleistet sein, dass bezüglich der Frage, ob einem pflegebedürftigen Menschen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer stationären Einrichtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im konkreten Fall durch die Krankenkasse zu finanzieren sei, eine Prüfung des Einzelfalles stattfindet. Dies gibt auch die HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vor.

Dennoch findet eine Einzelfallprüfung in der Praxis gerade eben nicht statt, weil die Krankenkassen auf die Abgeltung der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekassen verweisen.

Bekommt die Einrichtung der Behindertenhilfe nur 266 EUR im Monat für sämtliche Pflegeleistungen und ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege wird abgelehnt, so bedeutet dies für Menschen mit Behinderung, dass sie nicht mehr in der Einrichtung der Behindertenhilfe bleiben können und ihren Lebensmittelpunkt verlieren. Dies hat für Menschen mit einer (geistigen) Behinderung oftmals massive Auswirkungen, denn sie brauchen ihre gewohnte Umgebung, um ein ausgeglichenes und gesundes Leben führen zu können. Dadurch wird der gesetzgeberische Wille, Lücken im „Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung“ zu schließen, ad absurdum geführt.

Es ist nicht zu erwarten, dass die Krankenkassen ihre Bescheidungspraxis aufgrund der kürzlich ergangenen BSG-Urteile ändern werden. Zwar hat das BSG in diesen Urteilen nochmals klargestellt, dass die Zahlung des Pauschalbetrages nach § 43a SGB XI nicht dazu führen kann, dass die Behandlungspflege nach § 37 SGB V vom Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf den der Einrichtung der Behindertenhilfe übertragen wird. Das Gericht hat diese Aussage jedoch auch bereits vor knapp 10 Jahren mit Urteil vom 01.09.2005 (Az.: B 3 KR 19/04 R) getroffen. Die Krankenkassen haben diese höchstrichterliche Entscheidung dennoch in vielen Bescheiden missachtet und einen Anspruch auf Häusliche Krankenpflege ohne erforderliche Einzelfallprüfung wegen der Zahlung des Pauschalhöchstbetrages gem. § 43a SGB XI per se abgelehnt. Es ist daher nicht zu erwarten, dass die Krankenkassen nun anders verfahren werden; sie haben sich auch bisher über die richterliche Rechtsfortbildung hinweggesetzt und es dem einzelnen Versicherten aufgebürdet, sich ggf. gegen jeden einzelnen Bescheid zur Wehr zu setzen.

In Werkstätten der Behindertenhilfe wird ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur zugesprochen, wenn ein „*besonders hoher Pflegebedarf*“ vorliegt. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff führt unweigerlich zu einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten. Er sollte daher aus dem Normtext gestrichen werden. Auch

inhaltlich ist nicht zu begründen, warum in den Werkstätten nur bei besonders hohem Pflegebedarf ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehen soll, in Kindertagesstätten jedoch zum Beispiel nicht.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass Menschen mit Behinderung unabhängig vom Wohnort Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenversicherung haben müssen. Auch der Umfang des Anspruchs darf nicht eingeschränkt werden. Die BAG SELBSTHILFE und ihre Mitgliedsverbände fordern seit langem, dass § 43a SGB XI abgeschafft wird - allen pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung müssen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zuerkannt werden. Hilfsweise bedarf es der gesetzlichen Klarstellung, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen der Pflegeversicherung einander ergänzen können.

Es muss zudem gesetzlich klargestellt werden, dass eine Einzelfallprüfung immer geboten ist. Hier sollte § 37 Abs. 3 SGB V entsprechend auch für ein Leben in einer Einrichtung der Behindertenhilfe gelten und erweitert werden, so dass im Einzelfall zu prüfen ist, ob die notwendige Krankenpflege vom dortigen Personal als „einfachste Maßnahme der häuslichen Krankenpflege“ im erforderlichen Umfang übernommen werden kann (vgl. BSG-Urteil, B 3 KR 10/14 R und B 3 KR 11/14 R). Ist dies nicht der Fall, muss die häusliche Krankenpflege von einem externen Dienst übernommen werden.

Eine mögliche Neufassung des Gesetzestextes könnte folgendermaßen vorgenommen werden:

#### **Änderung § 37 Abs. 1 SGB V**

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten, Wohneinrichtungen und Werkstätten der Behindertenhilfe, 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 auch in Schulen, Kindergärten, Wohneinrichtungen und Werkstätten der Behindertenhilfe, 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.“

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht ausnahmsweise nicht, wenn eine im Haushalt lebende Person oder ein Mitarbeiter einer Einrichtung nach § 54 SGB XII einfachste Maßnahmen der Krankenpflege übernehmen können. Dies ist im Einzelfall festzustellen.

## **2. Rahmenvereinbarungen (§ 39a SGB V)**

Die in den Änderungen enthaltenen Präzisierungen und insbesondere der Hinweis auf die Regelung der Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität sind zu begrüßen. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wird - wie bereits dargestellt - besonders positiv gesehen, dass die Möglichkeit der Vereinbarung einer gesonderten Rahmenvereinbarung für Kinderhospize eröffnet wird. Denn wirkungsvolle pädiatrische Palliativversorgung von Kindern ist nur mit einem breiten multiprofessionellen Ansatz möglich, der die Familien, aber auch die Entwicklungsstufe des Kindes mit einbezieht. Denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen; sie bedürfen vielmehr in ihren spezifischen Entwicklungsstufen jeweils unterschiedlicher Herangehensweisen. Gleiches gilt auch für Geschwisterkinder, welche durch die schwierige Situation zum Teil (ca. 60 Prozent) erhebliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen.<sup>2</sup>

Es wird insoweit angeregt, den Vertragsparteien im Rahmen einer „Soll“ Vorschrift eine gesonderte Vereinbarung aufzuerlegen, welche den besonders umfangreichen Behandlungs- und Hilfebedarf im Bereich der Palliativversorgung von Kindern abbildet.

---

<sup>2</sup> Vgl. [www.kinderklinik-datteln.de](http://www.kinderklinik-datteln.de)

Insgesamt ist jedoch kritisch zu hinterfragen, auf welcher Faktenbasis die Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festgelegt werden sollen. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte - über den Bericht des Bewertungsausschusses hinaus - wissenschaftlich untersucht werden, ob die angewendeten Berechnungsmodi adäquat sind.

### **3. Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen (§ 39b SGB V), Fördervorschrift für die Hospiz- und Palliativberatung durch die Selbsthilfe**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass nunmehr die Versicherten Anspruch auf die entsprechende Beratung durch die Krankenkassen erhalten sollen. Es wird jedoch dringend darum gebeten klarzustellen, dass die Erstinformation grundsätzlich und die Beratungsangebote bei Bedarf barrierefrei zur Verfügung gestellt werden müssen.

Ferner wird gefordert, auch die Hospiz- und Palliativberatung und -arbeit der Selbsthilfe durch eine entsprechende Fördervorschrift - entsprechend § 20c alt - zu fördern. Einleitend wurde dargestellt, dass die Selbsthilfe wichtige Arbeit in diesem Bereich übernimmt, welche aus den eigenen und kollektiven Krankheits- und Alltagserfahrungen resultieren und die deswegen auch nur teilweise von anderen Organisationen übernommen werden kann. Diese Arbeit sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE honoriert und gefördert werden.

### **4. Krankenbehandlung/Kassenärztliche Versorgung (§ 27, 73)**

Von der BAG SELBSTHILFE wird grundsätzlich begrüßt, dass die palliative Versorgung von Versicherten als Krankenhausbehandlung in § 27 nun explizit aufgeführt werden soll und dass auch die Verordnung von SAPV in § 73 aufgenommen werden soll.

Insgesamt wäre es aber wie oben bereits dargestellt, wünschenswert, wenn die Ansprüche auf APV, AAPV und SAPV im SGB V im Einzelnen klar geregelt würden.

**5. Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (§ 87 SGB V)**

Positiv sieht die BAG SELBSTHILFE ferner die mit dieser Regelung intendierte Verbesserung der Qualifikation und Vernetzung der Versorgung im Bereich der ambulanten Palliativversorgung. Sie hofft, dass diese Regelung tatsächlich zur Folge hat, dass Verbesserungen in diesem wichtigen Bereich erzielt werden, da dieser Bereich nach wie vor nur unzureichend umgesetzt ist.

**6. Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (§§ 87 Abs. 2a, 119b Abs. 1 S. 1 SGB V)**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Abänderung, wonach stationäre Pflegeeinrichtungen nunmehr einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen sollen. Sie hofft, dass diese Änderung nunmehr tatsächlich eine Verbesserung der Kooperation von Pflegeeinrichtungen und vertragsärztlichen Leistungserbringern zur Folge hat, da hier nach wie vor häufig erhebliche Defizite bestehen.

**7. Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überarbeitung der HKP-Richtlinie (§ 92 SGB V)**

Es wird positiv gesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhält, die häusliche Krankenpflege auch im Bereich der Palliativversorgung weiterzuentwickeln, zumal ein Großteil der Menschen den Wunsch hat, zu Hause zu sterben, dieser Wunsch in der Praxis jedoch häufig nicht umgesetzt werden kann.

**8. Schiedsregelung für Verträge zur SAPV (§ 132d Abs. 1 SGB V)**

Die Regelung wird - insbesondere für den Bereich der ländlichen und strukturschwachen Regionen - begrüßt.

## **9. Selektivverträge zur Palliativversorgung (§ 132d Abs. 3 SGB V)**

Kritisch sieht die BAG SELBSTHILFE die nunmehr zusätzlich eingeführte Möglichkeit von Selektivverträgen nach § 73b und § 140a SGB V. Gerade der Bereich der Palliativversorgung eignet sich nicht für wettbewerbliche Instrumente; hier sollte eine kollektiv gute und gleichmäßige Vernetzung der Leistungsangebote vorhanden sein, die für Menschen in ihrer letzten Lebensphase Sicherheit bringt. Es kann nicht sein, dass sich Menschen in dieser Phase auch noch Gedanken über Krankenkassenwechsel oder Einschreibungen in Hausarztverträge machen müssen.

## **10. Individuelles Beratungsangebot und Fallmanagement durch Pflegeeinrichtungen (§ 132 g SGB V)**

Die Idee eines Angebots eines interdisziplinären und vernetzten Fallmanagements sowie einer entsprechenden Beratung durch die Pflegeeinrichtungen wird sehr begrüßt. Es steht zu hoffen, dass die in der Entwurfsbegründung enthaltenen Maßnahmen in der Praxis dann auch tatsächlich umgesetzt werden; sie wären in jedem Falle eine erhebliche Erleichterung für Sterbende und Angehörige.

Nachdem Angebote der Selbsthilfe und der Austausch mit anderen Betroffenen für Angehörige und Pflegebedürftige eine erhebliche Hilfestellung und Lösungsansätze bei der Bewältigung von Alltagsproblemen bieten, wäre es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wichtig und notwendig, den Pflegeeinrichtungen aufzuerlegen, den Pflegebedürftigen auf entsprechende Angebote der Selbsthilfe hinzuweisen.

Ferner muss im Gesetzestext klarer herausgestellt werden, dass es sich um ein Angebot handelt, das das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen respektiert. Dies gilt auch für die Situation der Betreuung. Auch der Betreute muss jederzeit das Recht haben, auch ohne dies zu begründen, Gespräche und damit auch eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase abzulehnen.

## **11. Häusliche Krankenpflege im Pflegeeinrichtungen, § 43 a SGB XI**

Analog zur Regelung in § 37 SGB V muss auch in § 43 a SGB XI folgende Klarstellung erfolgen:

### **Änderung des § 43a SGB XI**

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen ( § 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelte. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V bleibt davon unberührt.

**Ergänzend verweisen wir auf die anliegende Stellungnahme der Frauenselbsthilfe nach Krebs - Bundesverband e.V. hin.**

Düsseldorf, 15.09.2015



Frauenselbsthilfe nach Krebs  
Bundesverband e.V.  
Sabine Kirton  
Landesvorsitzende  
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern/Schleswig-Holstein e.V.

### Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Von großer Wichtigkeit ist es für alle von Krebs betroffenen Frauen und Männer der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., dass die letzte Phase des Lebens selbstbestimmt und nach den persönlichen Wünschen gestaltet werden kann. Dies setzt voraus, dass überall ausreichende Angebote der Palliativmedizin, der Palliativpflege und der hospizlichen Sterbebegleitung existieren und Betroffene und ihre Angehörigen über die vielfältigen Angebote und Möglichkeiten der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase informiert werden. Mit dem "Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland" werden, so glauben wir, dafür die Weichen gestellt. Deshalb begrüßen wir das geplante Hospiz- und Palliativgesetz sowohl hinsichtlich der Leistungsangebote der Palliativversorgung als auch die bessere Vernetzung der unterschiedlichen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung. Wir sind aber auch der Meinung, dass Neue und bereits bestehende Angebote noch viel stärker ineinandergreifen müssen, damit schwerkranke und sterbende Menschen entsprechend ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen versorgt und betreut werden. Hier erwarten wir ein starkes Netzwerk im Zusammenwirken von professioneller und ehrenamtlicher Betreuung und Versorgung durch Hospiz- und Palliativteams und die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten mit diesen Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Die dazu angedachten finanziellen Mittel zur Unterstützung werden nicht ausreichend sein. Wir denken, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich insgesamt deutlich mehr Hilfen nötig sein werden.

Weiterhin fordern wir gerade in strukturschwachen und ländlichen Regionen die Palliativversorgung weiter auszubauen und die Hospizbewegung zu unterstützen. Die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung muss besser in der haus- und fachärztlichen Versorgung verankert werden und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss flächendeckend verbreitet sein.

Wir wünschen uns, dass jeder Hausarzt verpflichtet wird, palliativmedizinische Grundkenntnisse zu haben. Dann könnten er Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleiten oder an ausgebildete Palliativmediziner vermitteln. Jeder Betroffene hat einen Anspruch auf eine Beratung. Unserer Meinung nach, müssen das aber nicht nur die Ärzte machen. Wir denken, dass es ein Beratungsangebot durch geschulte Mitarbeiter geben müsste, das einen sehr niederschweligen Zugang hat. Hospizvereine, Sozialstationen und andere Pflegeberatungsstellen könnten Hinweise auf die Hilfen geben, die in der Region möglich sind.

Weiterhin ist es für uns Betroffene mit der besonderen Kompetenz offensichtlich geworden, dass es notwendig ist, neben der SAPV auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung zu stärken. Beide Versorgungsstrukturen sollten bei der Verbesserung der Vernetzung zugunsten schwerkranker Menschen eine hohe Aufmerksamkeit finden. Hier sehen wir gerade was die AAPV betrifft noch starke Möglichkeiten der Konkretisierung per Gesetz.

Die meisten unserer Betroffenen sterben nach wie vor im Krankenhaus. Deshalb ist die Verbesserung der sogenannten allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus für uns von großer Wichtigkeit. Leider ist das aber noch nicht im neuen Gesetz berücksichtigt worden. Jedes Krankenhaus sollte einen palliativmedizinischen Konsiliardienst oder ähnliche Strukturen haben und jeder dort Tätigen auf allen Stationen sollte über gute Kenntnisse der Grundlagen hospizlichen Begleitung und palliativer Versorgung verfügen. Wir wissen aber auch, dass die Notwendigkeit einer Palliativstation in den Kliniken unumstritten ist. Wir hoffen daher, dass durch das neue Gesetz in der Zukunft deutlich mehr Palliativstationen in Kliniken zur Verfügung stehen, die aber auch mit einer entsprechend ausreichenden Anzahl von Ärzten und Pflegekräften ausgerüstet sein müssen. Der derzeitige Schlüssel pro Station ist unserer Meinung nach nicht hoch genug.

Ebenso sind wir der Auffassung, dass es eine Gleichbehandlung von Hospiz- und Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase geben muss und, dass der Facharztversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen mehr Raum per Gesetz gegeben wird. Es kann nicht sein, dass ein Wechsel vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz nur in engen Ausnahmefällen möglich ist. Gerade in den letzten Wochen und Monaten haben Sterbende das Bedürfnis nach Schmerzfreiheit, professionelle palliative Pflege und Begleitung. Dies sollte unabhängig vom Aufenthaltsort, sei es ein Pflegeheim, ein Hospiz, ein Krankenhaus oder zu Hause, jedem Sterbenden gewährleistet werden.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs setzt sich durch ihre Arbeit und ihr Engagement für ein Leben in Würde bis zuletzt ein. Auch die letzte Phase des Lebens soll durch Selbstbestimmung und den eigenen Willen geprägt sein. Wir wollen, dass Menschen überall, egal wo sie leben in unserem Land, auch gut versorgt sterben können. Deshalb werden wir die Hospiz- und Palliativversorgung durch unsere Selbsthilfeorganisation auch weiterhin bundesweit unterstützen.

Sabine Kirton  
Landesvorsitzende  
FSH nach Krebs  
Landesverband M-V/S-H e.V.