



Bundesverband e.V.

Stellungnahme des AWO Bundesverbandes

zum

Referentenentwurf

für ein

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

(Hospiz-und Palliativgesetz - HPG)

Stand 08. April 2015

Der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. bedankt sich für die Möglichkeit, zum Hospiz- und Palliativgesetz Stellung nehmen zu können. Trotz der kurzen Frist für die Stellungnahmen über die Osterfeiertage, machen wir von dieser Möglichkeit gerne Gebrauch.

Die AWO als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit rund 800 stationären 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. Es unterstützt und stärkt insbesondere Pflegeeinrichtungen, die sich bereits mit großem Engagement auf den Weg der Entwicklung einer Sterbe- und Abschiedskultur begeben haben.

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.

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist ein entscheidendes Versorgungsangebot an Schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen. Die medizinische und pflegerische Betreuung durch Haus- und Fachärztinnen / Haus- und Fachärzte zusammen mit ambulanten Pflegediensten oder einer stationären Pflegeeinrichtung sowie in Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten stellt eine tragende Säule der Palliativversorgung in Deutschland dar. Den bundesweiten Zugang zu dieser Versorgung zu sichern, ist von entscheidender Bedeutung. Zugleich ermöglicht die Verordnungsfähigkeit von SAPV-Leistungen Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung oder bei plötzlich auftretenden Krisen einen besonderen Versorgungsbedarf haben, weiterhin in ihrer Häuslichkeit versorgt werden zu können. Dies entspricht dem Wunsch vieler Schwerstkranker, Sterbender und Angehöriger.

Grundlegend problematisch sehen wir die unzureichende Finanzierung der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung durch die Pflege. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich übernehmen die Dienste mehr als palliative Pflege am Menschen. Häufig koordinieren die Einrichtungen das Versorgungsgeschehen im Sinne von Case Management für die erkrankte Person. Aus Sicht der AWO ist auch die Pflege als möglicher Erbringer von Koordinierungs-, Steuerungs- und Unterstützungsaufgaben im Palliative Care – Geschehen wertzuschätzen und explizit in das Gesetz aufzunehmen einschließlich der angemessenen Berücksichtigung der Finanzierung.

Im Besonderen wollen wir erneut auf die Situation von Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner hinweisen. Menschen, die in ein Pflegeheim einziehen werden immer älter, kränker und pflegebedürftiger. Ihre Versorgung geht einher mit immer höheren und komplexeren Pflege- und Behandlungsbedarfen. Zum Teil ist vom Einzug an intensive medizinische und/oder palliative Versorgung und

Sterbebegleitung erforderlich. Ihre qualitativ gute Versorgung bedeutet für die Einrichtungen einen erheblichen und steigenden Mehraufwand. Dieser hat quantitative und qualitative Konsequenzen. Der quantitative Mehraufwand ergibt sich aus den beschriebenen höheren Bedarfen und den daraus resultierenden Pflege- und Betreuungsaufwänden. Der qualitative Mehraufwand betrifft vor allem die Fachkräfte, denn die komplexen organisatorischen und pflegerischen Aufgaben können nur Pflegefachkräfte durchführen. Der Mehraufwand führt zu Mehrkosten in den Einrichtungen. Die aktuellen Regelungen verschieben diese Mehrkosten letztendlich auf den Pflegebedürftigen in Form von steigenden privaten Zuzahlungen. Dies stellt eine Ungleichbehandlung von sterbenden Menschen in Pflegeheimen zu sterbenden Menschen in stationären Hospizen dar. Die AWO sieht weiterhin den notwendigen Handlungsbedarf die Behandlungspflege in stationären Einrichtungen – und damit auch die palliative Versorgung von Heimbewohnerinnen und –bewohnern – systemlogisch ins SGB V zurückzuführen und dort die Finanzierung zu sichern.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

I. SGB V

§ 39 a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Referentenentwurf

Es ist vorgesehen, dass der kalendertägliche Mindestzuschuss 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 von stationären Hospizen tragen.

Des Weiteren ist vorgesehen, dass die Rahmenvereinbarungen für stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste alle vier Jahre überprüft werden sollen, um aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen zeitnah zu berücksichtigen.

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.

Dagegen sieht der AWO Bundesverbandes e.V. eine Überprüfung der Rahmenvereinbarungen für stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste in einem Turnus von vier Jahren als nicht zielführend an. Eine Überprüfung der Rahmenvereinbarung sollte stattfinden, wenn einer der Vertragspartner eine Anpassung der Rahmenvereinbarung als notwendig erachtet und anzeigt oder/ und die Vereinbarung kündigt.

Lösung

Der AWO Bundesverband e.V. schlägt folgende Formulierung vor: Eine Überprüfung und Anpassung der Rahmenvereinbarungen erfolgt zeitnah nach Aufforderung oder Kündigung einer Vertragspartei.

§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Referentenentwurf

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
- Hausärztinnen/ Hausärzte
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Ambulante Pflegedienste
- Kranken- und Pflegekassen
- Pflegestützpunkte
- kommunale örtliche Beratungsstellen sowie
- andere Beratungsangebote.

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

Referentenentwurf

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 gestärkt. Die AWO begrüßt die vorgesehenen Änderungen.

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Referentenentwurf

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 Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen 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

Referentenentwurf

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.

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).

Lösung

In §92 Abs. 7 Satz 1 Nr.5 soll wie folgt lauten:

„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

Referentenentwurf

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.

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 im Referentenentwurf mit einer Kann-Regelung weiter unter Druck gesetzt werden sollen, 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 zum Gesetzesentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vorgeschlagen wurde.

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.

§ 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

Referentenentwurf

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten die Möglichkeit, ein Angebot zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorzuhalten. Es umfasst ein individuelles, ganzheitliches 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 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.

Hinsichtlich des Aufwands ist festzuhalten, dass es bei einem solchen Angebot nicht ausschließlich um die Vorbereitung und Durchführung eines Fallgespräches geht, sondern im Rahmen von Entscheidungsprozessen im Einzelfall auch mehrere Gespräche erforderlich sind, weiterhin es auch Aufgaben zur Niederschrift und den Abschluss von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen umfasst und eine Mitwirkungspflicht bei der Beachtung der getroffenen Entscheidungen, z.B. bei ärztlicher Einweisung in ein Krankenhaus etc. Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass die Aufgabe der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende

- die Vorbereitung und Durchführung der gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende,
- die Umsetzung und Sicherstellung des Versorgungsplans,
- die Koordination und Vernetzung mit beteiligten Leistungserbringern, sowohl fallbezogen als institutionenbezogen umfasst sowie
- die Angehörigenberatung und
- die Teilnahme an ethischen Fallbesprechungen / ethischen Konsilen in der eigenen Institution und ggf. in externen Einrichtungen (z.B. Krankenhaus).

Die Finanzierung ist in jedem Falle als unzureichend einzuschätzen. 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.

Da die gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit darstellt, ist die Kompetenz der Fachkraft durch eine vorliegende Qualifizierung in Palliative Care (im Umfang von 160 Stunden) zu gewährleisten.

Die Regelung in Satz 7, in der die Abstimmung mit Rettungsdiensten und Krankenhäusern vorgesehen ist, erscheint im Rahmen der individuellen

Vorsorgeplanung nicht angebracht. Eine Zusammenarbeit mit ihnen, ist jedoch sinnvoll. Auch das Einbeziehen weiterer Betreuungs- und Versorgungsangebote in die Fallbesprechung ist nicht immer geboten. Wesentlich ist jedoch die Vernetzung und Kooperation aller, um entsprechend der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende die medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung sicherstellen zu können.

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

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

„Zugelassene **vollstationäre** Pflegeeinrichtungen in Sinne des § ~~43~~**72** des Elften Buches können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten.“

In §132f Absatz 1 Satz 7 ist zu streichen und Satz 8 wie folgt zu ändern:

~~„Mögliche Notfallszenarien sollen mit den relevanten Rettungsdiensten und Krankenhäusern abgestimmt werden.“~~

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen kooperieren mit Aanderen regionalen Betreuungs- und Versorgungsangeboten ~~sollen einbezogen werden~~, um die ~~umfassende~~ medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen.

II. SGB XI

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

Referentenentwurf

In der Darstellung der Leistungen der Pflegeversicherung wird die Sterbebegleitung ergänzend aufgenommen.

Bewertung

Mit der Ergänzung der Sterbebegleitung wird klargestellt, 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.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

Referentenentwurf

In der Folge der Klarstellung in §28 SGB XI wird die Sterbebegleitung als Bestandteil von Pflege als in den Rahmenvereinbarungen zu regelnder Inhalt ergänzt.

Bewertung

Aus Sicht des AWO Bundesverbandes e.V. unterstreicht die folgerichtige explizite Ergänzung der Sterbebegleitung als inhaltlicher Teil der pflegerischen Versorgung in den Rahmenverträgen auf Landesebene die Bedeutung, die diesem Thema beigemessen wird. In den Landesrahmenverträgen für teilstationäre und ambulante Einrichtungen ist die Sterbebegleitung bisher nicht aufgenommen. Im vollstationären Bereich ist die Sterbebegleitung erwähnt, jedoch wird die zusätzliche Zeit, die personalkostenrelevant ist, bisher nicht refinanziert.

Es reicht aus unserer Sicht nicht aus, durch eine ausdrückliche Erwähnung der Sterbebegleitung in den leistungsrechtlichen Grundsätzen des § 28 SGB XI und in den Landesrahmenverträgen die Träger von Pflegeeinrichtungen einseitig zur Leistungserbringung zu verpflichten, ohne die dafür notwendigen leistungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der deutliche Mehraufwand an medizinisch-pflegerischer Versorgung in vollstationären Einrichtungen, der über Pflegesätze refinanziert wird, letztendlich zu einer finanziellen Mehrbelastung des Pflegebedürftigen führt.

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 durch die Krankenversicherung zu gewährleisten. Diese Forderung verbindet sich mit der Forderung der AWO die Behandlungspflege wieder in das SGB V zurückzuführen. Möglichkeiten der Finanzierung werden in Vergütungszuschlägen oder Pauschalen gesehen, z.B. analog dem §87b SGB XI.

§ 114 Qualitätsprüfungen / §115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Referentenentwurf

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.

Da im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II ein neues System zur Transparenz der Qualität in den Einrichtungen eingeführt werden soll, wie es Staatssekretär Karl-Josef Laumann am 01.04.2015 angekündigt hat, ist zu prüfen, ob und wie der Aspekt in anderer angemessenen Weise aufgegriffen wird.

III. Weiterer Regelungsbedarf

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.

Abschließend wollen wir auf das **Positionspapier der BAGFW zur Allgemeinen (Ambulanten) Palliativversorgung (APV/AAPV)** hinweisen. Es ist abrufbar unter: <http://www.bagfw.de/gremien-themen/sozialkommission-i/detail/article/positionspaier-der-bagfw-zur-allgemeinen-ambulanten-palliativversorgung-apvaapv/>