

Stellungnahme

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland vom 23.03.2015

(Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

Berlin, 08.04.2015

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Bundesverband

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. (DBfK) begrüßt den Ansatz 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) 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. Voraussetzung für eine funktionierende Kooperation sind aber zunächst die notwendigen strukturellen Voraussetzungen. Es fehlen bislang die Vorgaben zu Rahmenbedingungen und Qualitätskriterien zur Unterhaltung von Netzwerken. Es wäre begrüßenswert, wenn der Referentenentwurf Vorgaben zur Netzbildung machen würde, damit alle Regionen die gleichen Voraussetzungen entwickeln können. Hierbei könnten beispielsweise auch die Pflegestützpunkte koordinative Tätigkeiten übernehmen.

Die fachliche Beratung zu bestehenden Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der vorgelegten Eckpunkte. Hierbei 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. Eine Weiterbildung 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 gehört in die Mitte der Betreuung von Menschen am Lebensende.

Ein „Verschiebeparkplatz“ der Leistungen aus der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in die AAPV muss in jedem Fall vermieden werden. Bereits heute müssen sich Betroffene, die sich schon in einer schwierigen Lebensphase befinden, mit zu vielen bürokratischen Hürden auseinandersetzen.

Zusätzlich zu vorgeschlagenen Änderungen regt der DBfK an, sicher zu stellen, 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 die erforderlichen Hilfsmittel, wie z.B. Krankbett, Lagerungshilfen, Antidekubitusmatratzen, Nachtstuhl, Sauerstoffversorgung usw. auf der Basis einer hausärztlichen Verordnung zur Verfügung stellen. 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 (§ 39a)

Referentenentwurf

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 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 sowie die zeitnahe Förderung von ambulanten Hospizdiensten.

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

Zu Nr.7 (§92)

Referentenentwurf

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 Problematiken, welche die im Jahr 2007 in Kraft getretene „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie“ (SAPV-RL) mit sich gebracht hat, nicht wiederholen. Durch die engen Grenzen der Anspruchsvoraussetzungen, werden die wenigsten Anträge (Schätzungen zufolge 10%) auf SAPV von den Kostenträgern genehmigt. Ein weiteres Problem: Sobald es den Patientinnen und Patienten „zu gut“ geht, verlieren sie die Kostenzusage der Kassen wieder. Dieses Prozedere ist in einer Situation, in der es um die bestmögliche Versorgung am Lebensende geht, nicht hinnehmbar.

Bei den Pflegeleistungen der AAPV handelt es sich um die gleichen Tätigkeiten, wie bei der regulären Hauskrankenpflege, allerdings muss hierfür wesentlich mehr Zeit aufgewendet werden. Daher sind die Regelleistungen im Rahmen der HKP § 37 SGB V um Leistungen der AAPV in der Grund- und Behandlungspflege zu erweitern. Die AAPV ist oft über mehrere Wochen bis Monate notwendig und beginnt schon oft, bevor die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen aus dem SGB XI erfüllt sind.

Änderungsvorschlag

Zusätzlich zur Weiterentwicklung der HKP–RL sollte der § 37 SGB V wie folgt geändert werden:

- a) Absatz 1 Satz 3: „Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege, ~~sowie~~ hauswirtschaftliche Versorgung **sowie Allgemeine Ambulante Palliative Versorgung (AAPV).**“
- b) Nach Absatz 1, Satz 5 sollte folgender Satz eingefügt werden: **„Bei Bedarf an Allgemeiner Ambulanter Palliativer Versorgung (AAPV) besteht der Anspruch auf Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung bis zum Eintreten der Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI unabhängig davon, ob Krankenhauspflege vermieden oder verkürzt werden kann.“**

Ferner ist der §132a Abs. 2 SGB V um die AAPV zu erweitern:

- a) Absatz 2, Satz 1: „Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege **und Allgemeiner Ambulanter Palliativer Versorgung**, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern.“

Zu Nr.8 (§ 119b)

Referentenentwurf

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 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. behandlungspflegerischen Leistungen und Dokumentationsaufgaben 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 unberührt bleiben.

Änderungsvorschlag

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

Zu Nr. 10 (§132f)

Referentenentwurf

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 „f“ 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 wird.

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 und ambulante Pflegedienste 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, 42 und 43** des Elften Buches können den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten.“

Artikel 3 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nr. 1 (§28)

Referentenentwurf

Es wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege dazu gehören.

Und zu Nr. 2 (§75)

Referentenentwurf

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 im Sinne von „Palliative Care“ muss sich daher in der Finanzierung durch die Kostenträger widerspiegeln.

Zu Nr. 3 (§ 114)

Referentenentwurf

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. Die Kapazitäten und die Verfügbarkeiten von – meist ehrenamtlichen – Hospizdiensten sind stark begrenzt und in ländlichen Regionen teilweise kaum oder gar nicht vorhanden. Zudem ist es besonders für private Träger schwierig, Hospizdienste die an gemeinnützigen Trägern angeschlossen sind, 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.