

Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Grundsätzliche Anmerkungen

Am 23.03.2015 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, insbesondere die allgemeine Hospiz- und Palliativarbeit auszubauen und eine flächendeckende Versorgung zu verwirklichen. Ein zentrales Element der ambulanten Versorgung liegt in der zusätzlichen Vergütung ärztlicher Koordination der palliativmedizinischen Leistungen. Krankenhäuser sollen die Palliativversorgung einfacher ausbauen können. Die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize sollen verbessert und die ganzheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende soll in Pflegeheimen als „erweitertes Leistungsspektrum“ eingeführt werden. Versicherte sollen gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung beraten werden. Im Wesentlichen sollen die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 10.11.2014 veröffentlichten Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland umgesetzt und Maßnahmen vorgeschlagen werden, die sowohl die gesetzliche Krankenversicherung als auch die soziale Pflegeversicherung betreffen. Die Bestrebungen des Gesetzgebers werden seitens des Paritätischen grundsätzlich begrüßt.

Der Paritätische hat sich als Spitzenverband der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zur allgemeinen Palliativversorgung wie folgt positioniert: Der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer hat sich in den letzten hundert Jahren grundlegend verändert. Während früher der Tod als ein Teil des Lebens akzeptiert wurde und in das alltägliche Leben integriert war, werden heute Tod und Sterben aus dem Alltag ausgegliedert und zunehmend an „Spezialisten“ in den Einrichtungen und Diensten, wie z.B. Krankenhaus, Hospiz oder die stationäre Pflegeeinrichtung delegiert.

Die leistungs- und konsumorientierte Gesellschaft klammert Fragen der Vergänglichkeit, der Begrenztheit des Lebens oder der Bewältigung von Verlust tendenziell aus. Auch die moderne Medizin richtet sich hauptsächlich darauf aus, den Tod zu bekämpfen und weniger darauf, Sterben gut zu begleiten.

Mit der Hospizbewegung ist dieser Entwicklung der Verdrängung von Tod, Sterben und Trauer aus dem Alltag entgegengetreten worden. Der Paritätische unterstützt diesen Wandel in der öffentlichen Meinungsbildung und fördert ihn im Rahmen seiner sozialpolitischen Positionierungen und konzeptionellen Verbandsarbeit. Es geht vor allem darum, sterbenden Menschen zu ermöglichen, in der vertrauten bzw. selbst gewählten Umgebung zu bleiben. Eine gute allgemeine ambulante Palliativversorgung muss daher zur Regelleistung von Diensten und Einrichtungen werden, die sterbende Menschen begleiten. Die Mitarbeiter in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen müssen hierfür über entsprechende Palliativkompetenzen und ausreichend zeitliche Ressourcen verfügen. Eine solche Qualifikation und eine entsprechende personelle Ausstattung ist erforderlich, um sterbende Menschen und ihre Zugehörigen¹ entsprechend ihrer körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse versorgen und begleiten zu können.

Der vorliegende Referentenentwurf kann die Situation von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern, greift aber aus Sicht des Paritätischen in folgender Hinsicht zu kurz:

- **Der Gesetzesentwurf soll die allgemeine Palliativversorgung stärken. Der Paritätische sieht es als einen Schritt in die richtige Richtung an, die einschlägigen Regelungen für die häusliche Krankenpflege, die §§ 37 Abs. 1 und 37 Abs. 2 SGB V sowie den § 132a Abs. 2 SGB V, wie folgt zu erweitern:**

§ 37 Abs. 1 SGB V: Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung, sowie allgemeine ambulante palliative Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

§ 37 Abs. 2 SGB V: Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege und allgemeine ambulante palliative Versorgung, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und allgemeine ambulante palliative Versorgung auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

¹ Der Begriff „Zugehörige“ umfasst nicht nur Verwandte (wie der Begriff Angehörige), sondern auch Freunde, Nachbarn, Kollegen, Bekannte etc..

§ 132a Abs.2 SGB V: 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. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. [...].

- **Dem Beratungsbedarf und der Multikulturalität der Versicherten, die am Lebensende durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, muss in geeigneter Weise Rechnung getragen werden.** Der Paritätische fordert analog des Entwurfes zu § 132f SGB V zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende durch Pflegeheime, eine Förderung der allgemeinen palliativen Beratungsangebote ambulanter Pflegedienste, ggf. auch als Substitution der im Entwurf vorgesehenen vertragsärztlichen Koordination palliativmedizinischer Versorgung (§ 87 Abs. 1b SGB V). Der Paritätische greift diesen Punkt in dieser Stellungnahme unter § 39a Abs. 2 SGB V auf. In dieser Beratung muss es möglich sein, unter Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede, eine geeignete ambulante Hospiz- und Palliativbetreuung anbieten zu können. Anders als im stationären Bereich, scheinen kulturkreisbezogene Angebote in der häuslichen Versorgung nicht besonders ausgeprägt zu sein. Der Paritätische fordert, dass dieser Aspekt in der finanziellen Förderung der Krankenkassen besonderes berücksichtigt wird, denn besondere Angebote bedürfen mit Blick auf Qualifikation und personeller Ausstattung einer besonderen Förderung.

Zu den vorgeschlagenen Regelungen des Referentenentwurfs nimmt der Paritätische im Einzelnen wie folgt Stellung:

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 39a Abs. 1 SGB V / Stationäre Hospize

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen“ gestrichen.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „9“ ersetzt.

dd) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„In der Vereinbarung sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarung ist spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermo-

nats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“

Bewertung

Der Paritätische begrüßt die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten der Krankenversicherungen von 90 % auf 95 % und die Erhöhung des Mindestzuschusses auf 9 % der monatlichen Bezugsgröße. Der notwendigen Verbesserung der finanziellen Ausstattung stationärer Hospize sowie dem Ausgleich regionaler Unterschiede wird dadurch Rechnung getragen. Es ist auch folgerichtig, dass den regionalen Unterschieden der zuschussfähigen Leistungen mit bundesweit geltenden Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität entgegengetreten werden soll.

§ 39a Abs. 2 SGB V /Ambulante Hospizdienste

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt: „Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Jahr erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. Die Vereinbarung ist spätestens zum... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“

Bewertung

Die zeitnahe finanzielle Förderung durch die Krankenkassen wird begrüßt. Im § 39a Abs. 2 muss die finanzielle Situation von ambulanten Hospizdiensten aber grundsätzlich nachgebessert werden. In § 39a Abs. 2 Satz 4 heißt es, dass die Förderung *"durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten"* erfolgt. Hier sollte aus Sicht des Paritätischen eine Ergänzung in Form von *"durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten"* erfolgen. Gefordert wird, dass ambulante Hospizdienste einen Zuschuss von 20 % ihrer gesamten Kosten erhalten. Zur Planungssicherheit dieser Pflegedienste gehören neben der Berücksichtigung der Personalkosten zwingend auch der Sachkosten- und der Regie- und Verwaltungskostenbereich. Diese Kosten stehen untrennbar mit der Begleitung im Zusammenhang. Denkbar ist auch eine durch die gesetzlichen Krankenversicherungen getragene Regelung analog des Zuschlages § 87b SGB XI, mit der die zusätzliche Betreuungsleistung in Pflegeheimen durch die soziale Pflegeversicherung gefördert wird.

§ 87 Abs. 1b SGB V / Koordination palliativmedizinischer Versorgung durch Vertragsärzte

Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

- 1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierenden palliativmedizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,**
- 2. Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen Leistungserbringer,**
- 3. 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,**
- 4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.**

[...]

Bewertung

Um die Palliativversorgung auch in der Regelversorgung zu stärken ist der Ansatz des ärztlichen „Gatekeepings“ grundsätzlich zu begrüßen. Der Paritätische verweist ferner darauf, dass die in der Regelversorgung tätigen und nicht spezialisierten ambulanten Pflegedienste eine stark ausgeprägte Schnittstellenfunktion in der häuslichen Versorgung haben und daher die qualifizierte Einbindung dieser Dienste – etwa über die Erweiterung der verordnungsfähigen Leistungen der HKP-Richtlinie gem. § 92 Abs. 7 SGB V, wie sie ja auch mit diesem Gesetzesentwurf angedacht ist – notwendig ist. Außerdem sind im Bereich des SGB XI die Eigenbeteiligungsmöglichkeiten der Leistungsempfänger zu beachten. Dies ist in den „Inhalten und Zielen der qualifizierten koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ zu berücksichtigen. Insbesondere § 87 Abs. 1b Satz 2 Nr. 3 ist deswegen unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste wie folgt anzupassen:

- 3. „Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Grundlagen die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen“,*

§ 92 Abs. 7 SGB V / HKP-Richtlinien

Satz 1 wird wie folgt geändert:

bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt: „5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung.“

Bewertung

Der Paritätische begrüßt die Regelungen zur Erweiterung der HKP-Richtlinien mit der auch lt. der Gesetzesbegründung eine Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege einhergehen sollen. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass dazu auch die Erweiterung der Leistungen um i.v.-Infusionen zur Medikamentengabe, die Versorgung der Schmerzpumpe am Portzugang oder Broviac-Katheter, aber auch spezifische Beratungs- und Koordinierungselemente usw. gehören.

Der Paritätische fordert an dieser Stelle analog des im Entwurf aufgeführten § 132f SGB V, mit dem vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine „ganzheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende“ als erweitertes Leistungsspektrum anbieten und abrechnen können, die Etablierung einer gleichgelagerten Beratungsleistungen für Pflegedienste im Sinne der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 und 2 SGB V in den verordnungsfähigen Leistungen. Diese Maßnahmen müssen in Verbindung mit der ärztlichen Koordination gem. des geänderten § 87 Abs. 2 SGB V gesehen werden.

§ 119b SGB V / Kooperationsverträge mit Vertragsärzten

In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ ersetzt.

Bewertung

Es ist bekannt, dass die Umsetzung der bisherigen „Kann-Vorschrift“ durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen überwiegend durch das mangelnde Interesse an Kooperationsvereinbarungen der Vertragsärzte scheitert. U.A. wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich nicht eindeutig festgelegt. Die Änderung in eine Soll-Regelung wird vom Paritätischen abgelehnt und der Gesetzgeber gebeten, die Gesamtregelung vor dem Hintergrund der skizzierten Problematik grundsätzlich zu überdenken.

§ 132d SGB V / SAPV

Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichts-

behörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahren tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.“

Bewertung

Die Einführung der Schiedsstellenlösung ist aus Sicht des Paritätischen zwingend erforderlich und wird begrüßt. Grundsätzlich setzt dies allerdings voraus, dass die vertragsschließende Krankenkasse mit dem Vertragspartner verhandelt. Verträge schließen Krankenkassen gem. § 132d Abs. 1 SGB V jedoch nur *unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist*. Wie kann sichergestellt werden, dass ein Schiedsverfahren durchgeführt wird, wenn ausschließlich der Kostenträger entscheidet, mit wem Verträge geschlossen werden? Einen Kontrahierungszwang mit allen Anbietern zu etablieren, erscheint nicht zweckmäßig und läuft der Idee der SAPV zuwider. Bei Einführung der Schiedsregelung sollte aus Sicht des Paritätischen jedoch in Erwägung gezogen werden, dass § 132d Abs. 1 SGB V insofern angepasst wird, als dass einerseits die „bedarfsgerechte Versorgung“ durch die Krankenkassen und andererseits die vertragsschließenden Parteien insgesamt transparent gemacht werden müssen. Die Erfahrung zeigt, dass mit Pflegediensten keine direkten Verträge abgeschlossen werden und die Vergütung der erbrachten Leistungen i.d.R. über das arztgesteuerte PalliativCareTeam-Modell erfolgt, d.h., der Vertragsarzt verteilt die Fallpauschalen. Dies hat sich mit Blick auf die Unterfinanzierung der SAPV-Pflegedienste nicht bewährt. Der Paritätische fordert daher die gesetzliche Klarstellung, dass Verträge nach § 132d SGB V unter Berücksichtigung der Bedarfsdeckung direkt mit zugelassenen ambulanten Pflegediensten einzeln oder in dreiseitigen Verträgen geschlossen werden müssen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die „geeignete Einrichtung“, also z.B. der ambulante Pflegedienst auch von einer Schiedsstellenregelung Gebrauch machen kann.

§ 132f SGB V / Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende durch Pflegeheime

Nach § 132e wird folgender § 132f eingefügt:

„§ 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

- (1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 des Elften Buches können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallszenarien besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativmedizinischen, palliativ-pflegerischen und psycho-**

sozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden. In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Mögliche Notfallszenarien sollen mit den relevanten Rettungsdiensten und Krankenhäusern abgestimmt werden. Andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Satz 1 können das Beratungsangebot nach diesem Absatz selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach Absatz 1. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.
- (3) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 2 erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtung. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 2 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach Absatz 1 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 2 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergü-

tung zu vergüten. Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren.“

Bewertung

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich diesen Vorschlag. Es wird damit ermöglicht, dass sich die Versorgungsqualität in der Regelversorgung zum Lebensende erhöht. Der Paritätische weist auf folgende Punkte hin:

- In Abs. 1 muss es heißen: *„Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 72 des Elften Buches [...]“*.
- Die in Abs. 1 genannte Fallbesprechung setzt die Bereitschaft des Vertragsarztes voraus. Insoweit korreliert die erfolgreiche Umsetzung unter Umständen mit § 87 Abs. 2 SGB V und ggf. mit § 119b SGV. Eine Klarstellung dieser Verzahnung im Gesetzestext trägt aus Sicht des Paritätischen dem Vernetzungscharakter Rechnung.
- Ferner heißt es in Abs. 1: *„[...] Mögliche Notfallszenarien sollen mit den relevanten Rettungsdiensten und Krankenhäusern abgestimmt werden.[...]“*. Das Pflegeheim hat keinen weitreichenden Einfluss auf die weiteren Leistungserbringer. Die besprochenen Notfallszenarien sollten – wie üblich – Bestandteil der Übergabe sein. Eine Abstimmung im Vorfeld ist praktisch nicht zu garantieren, insbesondere weil die genannten Leistungserbringer flächendeckend kaum eine dafür geeignete Struktur anbieten oder weil ggf. nicht klar ist, welcher Leistungserbringer im Notfall dann zuständig ist. Insoweit empfiehlt der Paritätische diesen Teilsatz ersatzlos zu streichen.
- Ferner heißt es in Abs. 1: *„Andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen.“* Der Paritätische spricht sich dafür aus, „umfassende“ zu streichen, da eine „umfassende“ Versorgung im Auge des Betrachters liegt und mithin unwägbare ist. Dies erschwert die erforderlichen Rahmenvertragsverhandlungen gem. Abs. 2.

Artikel 3 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 28 SGB XI / Leistungsarten, Grundsätze

Es wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“

Bewertung

§ 28 Abs. 5 SGB XI sollte aus Sicht des Paritätischen wie folgt gefasst werden: „*Pflege schließt die palliativpflegerische Begleitung und Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.*“

Der Begriff Sterbebegleitung ist in Bezug auf die Stärkung der allgemeinen Versorgung zu unspezifisch und wäre ggf. aus Sicht der Kostenträger bereits erfüllt, wenn eine Pflegeeinrichtung eine Kooperation mit einem ambulanten Hospizdienst nachweist. Die Ergänzung der „palliativpflegerischen Begleitung“ stellt sicher, dass pflegerische Maßnahmen in der gesamten Phase des Lebensendes Teil der Leistungsarten und Grundsätze sind.

§ 75 SGB XI / Rahmenverträge

In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Sterbebegleitung“ eingefügt.

Bewertung

Mit derselben Begründung wie zu der Änderung des § 28 SGB XI spricht sich der Paritätische auch an dieser Stelle für folgende Fassung aus: „[...] *einschließlich der palliativpflegerischen Begleitung und Sterbebegleitung*“. Die palliativpflegerische Begleitung ist unter Umständen vor der eigentlichen Sterbebegleitung über einen längeren Zeitraum erforderlich.

Mit dem Hinweis aus der Gesetzesbegründung, dass „*der Regelungsauftrag für die Vereinbarungspartner zum Inhalt der Pflegeleistungen [...] um die ausdrückliche Nennung der Sterbebegleitung ergänzt wird*“, verweist der Paritätische auf die Notwendigkeit, darüber hinaus in der Gesetzesbegründung die gem. § 75 Abs. 3 SGB XI zusätzlich zu berücksichtigenden Personalbedarfe bzw. Pflegezeiten klarzustellen.

Berlin, den 10.04.2015

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, <http://www.der-paritaetische.de>

Ansprechpartner:

Thorsten Mittag, Referent für Altenhilfe und Pflege und rechtliche Betreuung,

altenhilfe@paritaet.org