



**Gemeinsame Stellungnahme  
des Bevollmächtigten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und  
des Kommissariats der deutschen Bischöfe**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland**

Die Kirchen danken recht herzlich für die Gelegenheit, zum oben genannten Referentenentwurf Stellung zu nehmen. Der Referentenentwurf sieht wichtige Verbesserungen in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vor. Dies ist sehr zu begrüßen. In einer humanen Gesellschaft muss es ein wichtiges Anliegen sein, dass Menschen am Lebensende gut versorgt und begleitet in Würde sterben können. Dies zu bewerkstelligen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und bedarf unserer aller Anstrengungen. Ziel muss es sein, eine gute spezialisierte wie allgemeine palliative Versorgung – ambulant wie stationär - zur Regelversorgung zu machen: schwerstkranke und sterbende Menschen, egal, ob sie sich zu Hause, in einem Krankenhaus, in einem Pflegeheim oder im Hospiz befinden, sollen darauf vertrauen können, am Lebensende nicht unerträglichen Schmerzen ausgesetzt zu sein und nicht alleingelassen zu werden. Bestehende Versorgungslücken müssen daher geschlossen und die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Akteure vor Ort sowie ihre fachliche Qualifikation gewährleistet werden.

Die Kirchen leisten bereits heute in ihren Einrichtungen einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Dieses Engagement werden wir weiter verstärken und ausbauen. Es ist uns in Erfüllung unseres kirchlichen Auftrags ein besonderes Anliegen. Unser seelsorgegisches Angebot werden wir in dem Bereich weiter vertiefen und unsere diesbezüglichen Kooperationen mit Pflegeheimen und Krankenhäusern sowie ambulanten Diensten wie auch die Arbeit in multiprofessionellen, interdisziplinären Teams verstärken.

Bezüglich der Vorschläge des Referentenentwurfs im Einzelnen sowie ihrer Bewertung schließen wir uns grundsätzlich der Stellungnahmen der kirchlichen Wohlfahrtsverbände, der Diakonie Deutschland und

des Deutschen Caritasverbandes, sowie der kirchlichen Krankenhausverbände DEKV und KKVD, als kirchliche Akteure an, die in weitem Umfang in dem hier in Rede stehenden Bereich zur Erfüllung des kirchlichen Auftrags aufgerufen sind. Dabei möchten wir einige Punkte besonders hervorheben.

### **Ganzheitlicher Betreuungs- und Versorgungsansatz**

Insgesamt ist es wichtig, dass ein ganzheitlicher Versorgungs- und Betreuungsansatz gewählt und umgesetzt wird. Dies bedeutet, dass durchgängig neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung des schwerstkranken und sterbenden Menschen auch die Möglichkeit seiner psychosozialen und seelsorgerischen Begleitung besteht und darauf in den Einrichtungen, in der Häuslichkeit und in den Beratungen aufmerksam gemacht wird. In dem Entwurf wird dieser ganzheitliche Betreuungsansatz an einigen Stellen, aber nicht durchgängig, genannt. So liegt er nach den Entwurfsverfassern etwa dem neuen § 132 f SGB V-E zugrunde, wonach vollstationäre Pflegeeinrichtungen den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten können, in die auch Angebote einer psychosozialen Versorgung und seelsorgerischen Begleitung einbezogen werden. Im Zusammenhang mit der hospizlichen Versorgung wird der ganzheitliche Ansatz in der Begründung (zu § 39 a SGB V-E) erwähnt. Er klingt auch in der Begründung zu § 28 SGB XI-E an. Zu überprüfen ist aber nochmals, ob diese ganzheitliche Perspektive bei der Versorgung und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und bei der Netzwerkbildung durchgängig im Blick ist. Die Betroffenen sollten im Krankenhaus, in der Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit auch auf ein Angebot psychosozialer und seelsorgerischer Begleitung individuell zurückgreifen können.

### **Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende – angemessene Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen**

Von vielen Seiten wurde im Vorfeld der Eckpunkte und des Referentenentwurfs zur Verbesserung der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung einschließlich der diesbezüglichen Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen ein Vergütungszuschlag nach dem Vorbild des § 87b SGB XI in einem neuen § 87c SGB XI-E vorgeschlagen. Die Entwurfsverfasser haben diesen Weg nicht beschritten. Sie schlagen eine zusätzliche Vergütung in § 132f SGB V-E vor.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass mit § 132f SGB V-E den Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen ein Angebot zur individuellen, ganzheitlichen Beratung und Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zur Verfügung stehen soll und die Pflegeeinrichtungen zur Etablierung des Angebots eine zusätzliche Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten sollen. Auf diese Weise werden die Heimbewohner – wie auch bei einem neuen § 87c SGB XI - nicht zusätzlich finanziell belastet.

Wichtig ist aber, dass es sich bei § 132f SGB V-E nicht um ein reines individuelles Beratungsangebot handelt, was deutlich zu kurz greifen würde. Die gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende muss Bestandteile enthalten, wie sie im Entwurf grundsätzlich auch genannt sind: mehrfach stattfindende individuelle Fallbesprechungen, die Besprechung medizinischer Abläufe während des Sterbeprozesses, die Beteiligung des behandelnden Hausarztes bzw. des Vertragsarztes, der Angehörigen und weiterer Vertrauenspersonen, eine Notfallplanung, die Einbeziehung regionaler Betreuungs- und Versorgungsangebote, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung sicherzustellen. Letzteres ist eine wesentliche Koordinations- und Vernetzungsaufgabe der stationären Pflegeeinrichtung mit allen relevanten Akteuren, die als solche im Gesetzestext auch explizit zum Ausdruck kommen sollte.

Um eine gute palliative Versorgung und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, ist eine bessere Personalausstattung dringend erforderlich. Diese wird aber durch den Entwurf nicht in angemessener Weise erreicht. Wir teilen die erhebliche Sorge, dass der für die individuelle Beratungs-, Kooperations- und Vernetzungsarbeit der Pflegeeinrichtung nach § 132f SGB V-E zugrunde gelegte Personalschlüssel von einer zusätzlichen vollen Stelle auf 400 Bewohner bei weitem nicht ausreicht, um eine gute palliative Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen am Lebensende in der Pflegeeinrichtung in der erforderlichen Qualität zu gewährleisten. Entsprechend dürfte auch der im Entwurf bezifferte jährliche finanzielle Mehraufwand für die gesetzliche Krankenversicherung für den neuen § 132f SGB V-E in Höhe eines unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrages, wenn die Hälfte der vollstationären Pflegeeinrichtungen Beratungsangebote zur Versorgungsplanung am Lebensende bereit hält, keinesfalls ausreichen. Die kirchlichen Wohlfahrtsverbände gehen jedenfalls von einem Bedarf von ca. 1,5 Vollzeitkräften pro 100 Bewohner aus und kommen so auf Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von mindestens 275 Millionen Euro bei einer 50 prozentigen Inanspruchnahme der Leistungen (550 Mio. Euro bei voller Inanspruchnahme).

Wir bitten daher dringend darum, dem § 132f SGB V-E einen angemessenen Personalschlüssel zugrunde zu legen, damit die durch den Entwurf erreichte verbesserte Versorgung im Hospiz- und Palliativbereich an dieser wichtigen Stelle, in den Pflegeeinrichtungen, nicht konterkariert wird. Dabei ist uns bewusst, dass dies die Krankenversicherung nicht unerheblich belastet. Zur Gewährleistung eines würdigen Sterbeprozesses in den Pflegeeinrichtungen muss es aber ein gesamtgesellschaftliches Anliegen sein, diese Kosten aufzubringen.

## **Palliativ- und Hospizkultur in Krankenhäusern**

Wir begrüßen sehr die vorgeschlagene Ergänzung in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz, wonach Pallativstationen oder – einheiten im Krankenhaus die Möglichkeit zur Verhandlung von krankenhausspezifischen Entgelten anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten erhalten. So können die Krankenhäuser den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen bei der palliativen Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen besser gerecht werden. Die Hospiz- und Palliativkultur dürfte aber auch außerhalb von Pallativstationen oder – einheiten insgesamt in der allgemeinen Krankenhausversorgung zu implementieren sein, um eine flächendeckende und zwischen ambulanten und stationärem Bereich gut vernetzte palliative Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu ermöglichen (siehe hierzu im Einzelnen die Stellungnahme der kirchlichen Krankenhausverbände DEKV und KKVD).

Berlin, 13.04.2015