

Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.

zum

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

(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Linienstraße 131

10115 Berlin

Telefon: 030 9210580- 100

Telefax: 030 9210580- 110

e-mail: kontakt@vdk.de

Berlin, den 02. April 2015

I Zielsetzung und Bewertung des Gesetzesentwurfes

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland will der Gesetzgeber den mit der Einführung des leistungsrechtlichen Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) begonnenen Weg weiter führen und mit unterschiedlichen Maßnahmen die Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland flächendeckend stärken, damit alle Menschen an den jeweiligen „Sterbeorten“ gut versorgt und begleitet werden. Mit den im Gesetzentwurf beschriebenen Maßnahmen soll

- der weitere Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen unterstützt werden,
- die Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung sichergestellt werden,
- die allgemeine ambulante Palliativversorgung gestärkt werden,
- die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize verbessert werden,
- die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern gestärkt und Kooperationen mit regionalen Versorgern gefördert werden sowie
- die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung informiert werden.

Diese Zielsetzung wird vom Sozialverband VdK vollständig unterstützt. Schwerkranke und sterbende Menschen müssen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung erhalten. Und wir sind verpflichtet, diese Lebensphase an den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen selbst zu orientieren. Palliativversorgung muss für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen immer bedeuten, für eine größtmögliche Lebensqualität zu sorgen. Das multiprofessionelle Palliativteam kümmert sich nicht nur um die Schmerzbehandlung, sondern auch um die Ängste der Patienten und Sorgen und Nöte der Angehörigen. Patient und soziales Umfeld werden als Teil dieses Teams betrachtet. Entsprechend hohe Bedeutung hat auch der vielfache Wunsch der betroffenen Menschen

in ihrer vertrauten Umgebung mit den ihnen vertrauten Menschen zu verbleiben. Aufgrund dieses Wunsches ist das Krankenhaus heute weniger Sterbeort als früher.

In den letzten Wochen und Tagen ist meistens die medizinische Intervention schon reduziert, der Tod tritt nicht nach einem Kampf der Intensivmedizin ein. Am Ende des Lebens steht nicht die Interventionsmacht der Medizin im Vordergrund, es sind die kleineren Spielräume der Schmerzfreiheit, der Momente des Hörens, Schmeckens, Sehens und Berührens – die palliative Pflege. Eine gute Palliativversorgung muss das berücksichtigen und der vorliegende Gesetzentwurf muss sich an diesen Wünschen messen lassen.

Vor diesem Hintergrund unterstützt der Sozialverband VdK die Initiative des Gesetzgebers sowie eine ganze Reihe der vorliegenden Gesetzesänderungen. Speziell im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung sowie bei der ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung begrüßen wir die im Gesetzentwurf formulierten Verbesserungen. Die Erhöhung des Zuschusses in stationären Hospizen für Erwachsene von 90 auf 95% ist nach Auffassung des VdK dringend geboten, wird aber die teilweise prekäre finanzielle Situation stationärer Hospize nur bedingt lösen können. Diesbezüglich fordert der VdK eine Vollfinanzierung für Leistungen in stationären Hospizen. Im Bereich der ambulanten Palliativpflege unterstützt der VdK die Überlegungen des Gesetzgebers, palliative Leistungen im Rahmen der Richtlinie Häusliche Krankenpflege zu definieren. Hier bleibt allerdings deren Ausgestaltung abzuwarten. Gleichfalls halten wir es für notwendig, dass die Sterbebegleitung in den stationären Pflegeeinrichtungen noch weiter gestärkt wird. Nach unserer Einschätzung bedarf es gezielter Qualifizierungsmaßnahmen in den Einrichtungen sowie leistungsrechtlicher Umsetzungen, speziell bei palliativpflegerischen Aufwänden. Nach Auffassung des VdK greift der Gesetzentwurf hier zu kurz.

Grundsätzlich weist der VdK auch darauf hin, dass im Gegensatz zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) die Leistungsinhalte der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) auch mit diesem Gesetzentwurf nicht explizit gesetzlich geregelt werden. Wir fürchten, dass dies auch zukünftig vielfach zu praktischen Schwierigkeiten und Unsicherheiten, unter anderem in der Abgrenzung der Leistungen von SAPV und AAPV führen wird. Nach Auffassung des VdK bedarf es einer klaren

sozialrechtlichen Definition. Wir schlagen diesbezüglich vor, die Definition der Arbeitsgruppe „Allgemeine Ambulante Palliativversorgung“ des Bayerischen Gesundheitsministeriums zu nutzen: *Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) kümmert sich um Patienten und ihr soziales Umfeld, bei denen sich das Lebensende abzeichnet und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert. Das bestehende Bezugssystem des Patienten und die Leistungen der in ihrer palliativen Kompetenz gestärkten beruflichen und ehrenamtlichen Begleitung reichen aus, um den Patienten in seiner vertrauten Umgebung ausreichend und entsprechend seiner Bedürfnisse zu versorgen.*

II Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu den geplanten Neuregelungen gesondert Stellung. Die Gliederung folgt der Gesetzesbegründung.

zu § 27 SGB V Krankenbehandlung

Der VdK begrüßt die geplante Änderung, nach der zukünftig auch die palliative Versorgung der Versicherten zur Krankenbehandlung gehört.

zu § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen; Abs. 1

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber plant, den kalendertäglichen Mindestzuschuss für stationäre Hospize von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV zu erhöhen. Für 2015 würde das einer Erhöhung von 198,45 Euro auf 255,15 Euro entsprechen. Allerdings liegt der Tagesbedarfssatz für stationäre Hospize in zahlreichen Bundesländern (z.B. Bayern, Rheinland-Pfalz, Hamburg) schon heute teilweise deutlich über 300 Euro, so dass diese Neuregelung nur in denjenigen Bundesländern von Bedeutung ist, die heute unter 255,15 Euro liegen. Ob diese neue Regelung dann auch tatsächlich dazu beiträgt, regionale Vergütungsunterschiede zu verringern, bleibt fraglich. Wenn von Seiten der stationären Hospize eine einheitlich hohe Qualität verlangt wird, sollte hier auch ein einheitlicher Tagesbedarfssatz eingeführt werden. Ansonsten ist davon auszugehen, dass sich diese Sätze (wieder) weiter auseinanderdividieren.

Der VdK begrüßt ausdrücklich auch die Verringerung des Eigenanteils für Erwachsene von 10% auf 5% der zuschussfähigen Kosten. Stationäre Hospize leiden seit vielen Jahren unter existentiellen finanziellen Problemen. Viele Träger verzichten vor diesem Hintergrund darauf stationäre Hospize zu errichten. Im Ergebnis haben wir in Deutschland immer noch einen deutlich höheren Bedarf an stationären Hospizplätzen, der vor dem Hintergrund der prekären Finanzierung von Hospizen nicht gedeckt wird. Für viele der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen ist deswegen eine Versorgung am Lebensende im stationären Hospiz nicht möglich. Diesbezüglich fordert der VdK endlich eine Vollfinanzierung der stationären Hospize. Nur so werden zukünftig für die Versorgung ausreichend stationäre Hospize entstehen.

Die weiteren geplanten Änderungen (Möglichkeit einer eigenen Rahmenvereinbarung für Kinderhospize, die Etablierung bundesweit geltender Standards zu Umfang und Qualität der Leistungen sowie die Verpflichtung zu Überprüfung der Rahmenvereinbarung im Abstand von vier Jahren) können vom VdK mitgetragen werden.

zu § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen; Abs. 2

Der Gesetzgeber hat zu Recht erkannt, dass es im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit zahlreiche Praxisprobleme gibt. Der VdK begrüßt dabei sowohl die Änderung, dass die Förderung der Hospizdienste ab dem Jahr erfolgen soll, in dem der ambulante Hospizdienst Sterbebegleitungen leistet wie auch den Auftrag an die Rahmenvertragspartner ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern zu gewährleisten. Es ist zu wünschen, dass diese Regelungen den Hospizdiensten mehr Planungssicherheit geben.

Hinsichtlich der Verpflichtung der Rahmenvertragspartner die ambulante Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen, merkt der Sozialverband VdK an, dass sich die Zahl der Begleitungen seit Einführung der Regelung durch das GKV-WSG 2007 schon deutlich erhöht hat. Das hat zahlreiche ambulante Hospizdienste allerdings sowohl an ihre finanzielle wie auch personelle Leistungsfähigkeit gebracht. In vielen Regionen fehlen ehrenamtliche Kapazitäten für zusätzliche Sterbebegleitungen. Da sich die Förderung der ambulanten Hospizdienste bisher ausschließlich auf Personal- und Schulungskosten für die Vorbereitung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezieht, führt eine Ausweitung von Sterbebegleitungen auch automatisch zu einer Ausweitung der vom Hospizdienst zu tragenden Sachkos-

ten. Viele Dienste sind dadurch in Existenznot geraten und haben gleichzeitig nicht ausreichend ehrenamtliche Hospizhelferinnen und –helfer, um eine Ausweitung von hospizlichen Sterbebegleitungen adäquat durchführen zu können. Wir befürchten an dieser Stelle, dass die geplante Gesetzesänderung ins Leere läuft und die Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen nicht erreicht. Nach Auffassung des VdK müssen stationäre Pflegeeinrichtungen selbst durch eine deutliche Anpassung der personellen und sachlichen Ausstattung in die Lage versetzt werden, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern ein gutes Sterben in der Einrichtung zu ermöglichen. Diesbezüglich bleibt der Gesetzentwurf insgesamt eine Antwort schuldig, was auch an weiteren Stellen des Entwurfes deutlich wird.

Der VdK begrüßt nachdrücklich die Aussagen in der Gesetzesbegründung, nach der in der Rahmenvereinbarung gem. § 39a, Abs. 2 zukünftig zu berücksichtigen ist, dass eine hospizliche Begleitung Angehöriger auch über den Tod hinaus notwendig sein kann. Nach unserer Einschätzung gilt das allerdings für alle Begleitungen und nicht nur bei denen schwerstkranker und sterbender Kinder und Jugendlicher. Darüber hinaus weisen wir an dieser Stelle darauf hin, dass dieser absolut notwendige Ansatz in der hospizlichen Praxis wiederum zu Folgeproblemen führen kann. So regelt § 87a SGB XI bspw. eindeutig bezüglich der Leistungen der Pflegeversicherung, dass die Zahlungspflicht an dem Tag *endet „an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt“*. Über den Todestag hinaus zahlt die Pflegekasse also nicht. Entsprechendes ist auch in den Heimverträgen zwischen dem Heimbewohner und dem Heimträger geregelt. Das führt regelhaft dazu, dass das Zimmer der verstorbenen Heimbewohner sofort – von den Angehörigen – geräumt werden muss. Längst nicht alle Pflegeheime haben heute separate Palliativ- oder Sterbezimmer, wo Angehörige die Möglichkeit haben, den Menschen in seinen letzten Stunden zu begleiten. Nach Auffassung des VdK wäre es aber nur so möglich auch in stationären Pflegeeinrichtungen eine hospizliche Begleitung über den Tod hinaus adäquat zu ermöglichen.

zu § 39b SGB V Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Die Intention des neu eingefügten § 39b teilt der Sozialverband VdK vollumfänglich. Auch nach unserer Einschätzung wissen Versicherte vielfach zu wenig über die unterschiedlichen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung. Allerdings halten wir eine explizit im Gesetz verankerte Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

nicht für sachgerecht. Nach Auffassung des VdK ist die Beratung von Versicherten prinzipiell eine Serviceleistung der Krankenkassen, die von diesen vor Ort auch angeboten und durchgeführt wird. Teil dieser Beratung vor Ort sollte es auch jetzt schon sein, über vorhandene Leistungsangebote zu informieren. Sollte es dem Gesetzgeber hingegen darum gehen, eine spezifische und fachlich ausgerichtete Hospiz- und Palliativberatung einzuführen, würde es sich anbieten auf die ambulanten Hospizdienste zurück zu greifen. Ambulante Hospizdienste arbeiten in der Regel eng vernetzt mit allen anderen Beteiligten der Hospiz- und Palliativversorgung und bauen zum Teil auch Netzwerke auf, um diese Versorgung überhaupt zu ermöglichen. Sie ergänzen die Leistungen ambulanter Pflegedienste und unterstützen die Arbeit der ambulanten Palliativdienste. Sie kooperieren mit Ärzten, Seelsorgern, Heimen und Kliniken. Die Mitarbeiter der Hospizdienste unterstützen und beraten den Patienten und dessen Angehörige bei psychosozialen Problemen und bei der Trauerarbeit. Die Tatsache, dass "die Ehrenamtlichen" als normale Menschen ins Haus kommen, Zeit mitbringen, zu keiner Versorgungseinrichtung gehören und auch nicht abrechnen müssen, eröffnen oft Zugänge und Gespräche, die professionellen Helfern verschlossen bleiben. Vor diesem Hintergrund schlägt der VdK eine entsprechende Überarbeitung des Gesetzentwurfes vor.

zu § 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

In der Fachwelt wird von einer Dreistufigkeit der palliativmedizinischen Leistungserbringung gesprochen. Diese beinhaltet neben dem Palliativmedizinischen Ansatz die Allgemeine (AAPV) sowie die spezielle Palliativversorgung (SAPV). Nachdem die letzten Jahre gezeigt haben, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung nicht in dem gewünschten und benötigten Maße zur Verfügung steht, bedarf es aus Sicht des VdK – zusätzlich zur SAPV nach § 37b SGB V - auch einer gesetzlichen Regelung zur AAPV. Der Gesetzgeber versucht dies durch die vorgesehenen Änderungen im Bundesmantelvertrag nach § 87 SGB V zu lösen. Nach Einschätzung des VdK greift dieser Versuch zu kurz, da hiermit nur eine Umsetzung der allgemeinen palliativmedizinischen Leistungserbringung ermöglicht wird. Die allgemeine palliativpflegerische Leistungserbringung wird nicht berücksichtigt. Das ist vor dem Hintergrund, dass schon heute – nach vorsichtigen Prognosen – ca. 40% der Sterbenden im Pflegeheim ver-

sterben und der demographische Wandel diese Zahlen noch verstärken wird, absolut nicht sachgerecht. In der letzten Lebensphase werden eben nicht nur an die medizinische, sondern auch an die pflegerische Versorgung sterbender Menschen besondere fachliche und zeitintensive Anforderungen gestellt. Dem erhöhten pflegerischen Aufwand soll im ambulanten Bereich durch eine Erweiterung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie (HKP) begegnet werden (vgl. hierzu die Anmerkungen zu § 92 SGB V), für den stationären Pflegebereich bleibt der Gesetzgeber eine Antwort schuldig. Nach Einschätzung des VdK besteht speziell in vollstationären Pflegeeinrichtungen ein hoher Fort- und Weiterbildungsbedarf verknüpft mit einer Art Abschiedskultur in den Einrichtungen, die bisher vielfach nicht vorhanden ist. Gleichzeitig entstehen durch die intensive pflegerische Versorgung enorme zeitliche und fachliche Mehraufwände, die schon bisher nicht abgedeckt sind. Für die Menschen, die in den stationären Pflegeeinrichtungen leben, bedeutet dies leider vielfach eine nicht adäquate pflegerische Palliativversorgung. Der Medizinische Dienst hat in seinem Vierten Pflege-Qualitätsbericht bspw. festgehalten, dass im Bereich Schmerzerfassung und –management weiterhin Optimierungsbedarf besteht. Während die Schmerztherapie in den Verantwortungsbereich der behandelnden Ärzte fällt, gehört die Schmerzerfassung in den Kompetenzbereich der professionellen Pflege. Bei 37,3 % der Bewohner war eine Schmerzerfassung notwendig. Die Schmerzerfassung liefert wichtige Informationen zur Steuerung und ggf. Anpassung der Schmerztherapie. Bei 80,3 % der Betroffenen lag eine Schmerzeinschätzung vor; bei 19,7 % erfolgte keine Schmerzerfassung. Auch dieses Ergebnis zeigt nochmals, dass in den stationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Fachkräfte mit Palliative Care-Weiterbildung sowie den entsprechenden zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen müssen, um die palliative Versorgung sterbender Menschen zu gewährleisten. Der VdK ruft den Gesetzgeber auf, den Gesetzentwurf um eine entsprechende Regelung zu erweitern.

zu § 92 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der VdK unterstützt den im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Weg der Anpassung der Häuslichen Krankenpflege Richtlinie (HKP) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Auch nach unserer Einschätzung lässt sich hierüber am einfachsten eine allgemeine ambulante Palliativpflege installieren. Nach unserer Einschätzung kann das gelingen, sofern das Spektrum der behandlungspflegerischen Leistungen um spezifische palliativpflegerische Komponenten (wie bspw. die Versorgung mit Schmerzpum-

pen oder die Gabe von IV-Infusionen sowie subkutanen Infusionen mit Medikamenten) erweitert wird. Gleichfalls sollte über eine Richtlinienänderung auch der fallbezogene Koordinierungsbedarf zwischen den einzelnen Akteuren (Medizin, Pflege und weitere Berufsgruppen) verordnungsfähig werden. Um eine zeitnahe Anpassung der HKP-Richtlinie zu forcieren, hält der VdK die Einführung einer Umsetzungsfrist von sechs Monaten nach in Kraft treten des Gesetzes für notwendig.

zu § 119b SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber mit seinen Änderungen u. a. im Gesundheitsstrukturgesetz und in dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz, diverse Vorschläge – auch der Selbsthilfeverbände - aufgegriffen hat, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen führen sollten. Die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen ist allerdings auch weiterhin unzureichend. Diesbezüglich besteht dringender Handlungsbedarf. Um die haus- und fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, sieht der Gesetzesentwurf jetzt vor, aus der bisherigen „Kann-“ eine „Soll“-Vorschrift zu machen. Zukünftig sollen die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Flankiert wird die Maßnahme dadurch, dass die Teilnahme von Vertragsärztinnen und –ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell durch eine entsprechende Vergütung gefördert wird. Der VdK hofft, dass diese Neuregelung jetzt endlich greift und anders als die vorherigen Gesetzesinitiativen nicht ins Leere läuft. Bisher haben sich die Beteiligten lediglich durch ein großes Beharrungsvermögen ausgezeichnet. Entsprechend sind nur wenige Kooperationsbeziehungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärztinnen und –ärzten abgeschlossen worden. Der „Status quo“ ist jedoch für die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen nicht länger hinnehmbar. Vor diesem Hintergrund befürwortet der VdK auch eine Evaluation bzgl. der Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen nach einem angemessenen Zeitraum, um festzustellen, ob diese Regelung tatsächlich zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen führt.

zu § 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Acht Jahre nach Einführung der SAPV gibt es insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen keine oder zu wenige Angebote der SAPV. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist dies nicht hinnehmbar. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Sozialverband VdK alle Initiativen endlich in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot mit SAPV zu etablieren. Dazu zählt auch die im Gesetzentwurf beschriebene Möglichkeit der Krankenkassen Palliativversorgung auch über Selektivverträge abschließen zu können. Auch die Einführung einer Schiedsregelung im § 132d halten wir prinzipiell für richtig. Allerdings liegen nach Auffassung des VdK die Gründe für das geringe Angebot an SAPV in ländlichen und strukturschwachen Regionen auf einer anderen Ebene. Regionen ohne bzw. mit unzureichender Versorgung mit SAPV sind gekennzeichnet durch wenig Bevölkerung und eine geringe Arzt – und Pflegefachkraft-dichte. Damit zeigen sich die beiden Probleme beim Aufbau einer SAPV: Einerseits benötigt ein Team eine ausreichende Inanspruchnahme, um sich finanzieren zu können, erfahrungsgemäß einen Einzugsbereich mit mindestens 120.000 Einwohnern. Je größer die Entfernungen werden, desto schwieriger ist es, zeitnah vor Ort zu sein. Andererseits werden ärztliche und pflegerische Mitarbeiter benötigt, die sich in Palliativversorgung spezialisiert haben und zumindest einen Teil ihrer Arbeitszeit der spezialisierten Palliativversorgung widmen können. Gerade Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und Pflegefachkräfte mit einer Palliative Care Weiterbildung sind jedoch auf dem Land selten zu finden. Daher geht der Aufbau von SAPV-Teams in den noch nicht versorgten Regionen unter den derzeitigen Vorgaben nur langsam voran. Der VdK schlägt daher vor, in solchen Regionen zeitlich befristete Übergangsregelungen hinsichtlich der personellen Qualitätsanforderungen zu schaffen, um interessierten Ärzten und Pflegekräften auch ohne Fachweiterbildung, die Möglichkeit zu geben, SAPV-Teams aufzubauen.

zu § 132f SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

Ansichts der immer kürzer werdenden Verweildauer und der immensen Zunahme an Sterbebegleitungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, ist die Initiative des Gesetzgebers in diesen Einrichtungen eine Versorgungsplanung zum Lebensende einzuführen, absolut zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Sozialverband VdK den im Gesetzentwurf neu eingefügten § 132f. Die Bewohnerinnen und Bewohner von

stationären Pflegeeinrichtungen benötigen nach unserer Auffassung – aufgrund der Tatsache, dass die Menschen erst sehr spät in solche Einrichtungen umziehen – zu meist schon bei Einzug eine entsprechende Beratung und Begleitung. Nach unserer Auffassung macht es auch Sinn, dass diese Versorgungsplanung mehrfach eingesetzt wird, da sich die Bedarfe der Menschen und die entsprechenden Fragestellungen im Zeitverlauf deutlich verändern werden. Während es beim Einzug ggf. vielfach noch um grundsätzliche Vorstellungen vom eigenen Tod und Sterben, den Möglichkeiten von medizinischen oder pflegerischen Interventionen gehen wird, dürften im weiteren Verlauf konkretere Fragestellungen, bspw. zum Thema Schmerz und insgesamt zu psychosozialen Begleitung im Vordergrund stehen. Von daher ist die palliative Begleitung in stationären Pflegeeinrichtungen als Prozess zu verstehen. Der VdK weist schon an dieser Stelle darauf hin, dass für diese Tätigkeiten ein hohes Maß an fachlicher Qualität, Sensibilität und Wissen um die örtlichen Gegebenheiten notwendig ist. Diesbezüglich benötigen Pflegeeinrichtungen eine hospizliche-palliative Abschiedskultur, die sich auf die gesamte Einrichtung bezieht und nicht nur auf das für die Versorgungsplanung eingesetzte Personal. Letztlich müssen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Teil dieser Kultur sein. Gleichzeitig müssen sich die Einrichtungen als Teil des örtlichen Hospiz- und Palliativnetzwerkes verstehen, um die Koordinierung und Planung der unterschiedlichen Professionen gestalten zu können. Von daher fordert der VdK, dass alle stationären Pflegeeinrichtungen eine Versorgungsplanung nach § 132f anbieten müssen und sich an den örtlichen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen.

Eine angemessene Abschiedskultur beinhaltet auch die Trauerbegleitung der Hinterbliebenen sowie Abschieds- und Erinnerungsrituale, die die Wünsche des Verstorbenen und seiner Angehörigen beachten. Diesbezüglich sollten stationäre Pflegeeinrichtungen auch entsprechende Sterbezimmer vorhalten, die auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehöriger genutzt werden können.

zu § 28 SGB XI Leistungsarten, Grundsätze

Der VdK begrüßt die Klarstellung, nach der pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten fachlichen Stand dazu gehören.

zu §§ 114/115 SGB XI Qualitätsprüfungen und Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Der VdK begrüßt es sehr, dass die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz im Rahmen von Qualitätsprüfungen gem. § 114 SGB XI für alle stationären Pflegeeinrichtungen zur Pflicht wird und seitens der Pflegekassen entsprechende Informationen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in verständlicher Form zur Verfügung gestellt werden sollen.