

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**

Referentenentwurf

Berlin, 08. April 2015

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Darunter befinden sich Einrichtungen mit hospizlichem bzw. palliativem Schwerpunkt. Die Palliativpflege findet regelmäßig auch in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten statt. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Grundsätzliche Bewertung

Der bpa begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland gezielt weiterzuentwickeln und damit für Menschen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Um wirkliche Verbesserungen für die betroffenen Menschen herbeizuführen, bedarf es neben einer verstärkten Beratung sowie Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung aber vor allem der Berücksichtigung der tatsächlich notwendigen längeren Pflegezeiten. Dies erfordert gezielte Verbesserungen im Leistungsrecht des SGB V und SGB XI sowie eine Definition des Leistungsanspruchs auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Dauer der alltäglichen Behandlungs- und Grundpflege verbunden mit persönlicher Zuwendung entscheidet wesentlich darüber, ob sich der Mensch auch am Lebensende gut umsorgt und betreut fühlt. Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste müssen hierfür verbesserte Vergütungsbedingungen erhalten, um die angestrebten Verbesserungen umsetzen zu können. Koordinierung und Vernetzung in der Palliativpflege sind wichtig, dürfen aber nicht dazu führen, dass die verfügbare Zeit der Pflege zum Nachteil der Betroffenen weiter eingeschränkt wird.

Insbesondere die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen erbringen unter den gegenwärtigen, leistungsrechtlich erheblich eingeschränkten Bedingungen bereits palliative Leistungen im Rahmen der Pflege und Betreuung, soweit dies von den Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen gewünscht wird. Dabei entsteht aufgrund der sehr begrenzten Leistungs-

rechtsansprüche insbesondere im Teilkaskosystem des SGB XI und den psychosozialen Gesamtumständen bei den Betroffenen sowie den Pflegekräften ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand. Eine Verbesserung der Versorgung sterbender Menschen sowie der Begleitung ihrer Angehörigen und der Koordination der Leistungen als zusätzliche Aufgaben kann nur durch die Bereitstellung der hierfür erforderlichen Ressourcen über einen Leistungsrechtsanspruch im SGB V verbunden mit der erwünschten Leistungsdefinition erreicht werden. Dies ist weder bisher noch im vorliegenden Referentenentwurf ausreichend gesetzlich gewährleistet. Grundsätzlich befürwortet der bpa, den G-BA mit der Ergänzung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit Abs. 7 SGB V zu beauftragen. Dabei sollte der Gesetzgeber jedoch sicherstellen, dass im Rahmen der Aufnahme der Leistungen zur Palliativversorgung und der Ergänzung des Behandlungspflegekataloges durch den G-BA für die übrigen Behandlungspflegemaßnahmen regelmäßig ein höherer Aufwand hinterlegt wird als in der regulären häuslichen Krankenpflege. Insofern reicht es nicht aus, in der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege lediglich bestimmte zusätzliche Behandlungspflegemaßnahmen und Leistungen der Palliativpflege festzulegen. Zusätzlich ist im § 37 SGB V eine Definition des Leistungsanspruchs erforderlich, der die Besonderheiten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung berücksichtigt.

In der stationären Versorgung entsteht ebenfalls ein erheblicher zeitlicher Aufwand für die palliative Pflege von immer häufiger auch hochbetagten Pflegebedürftigen. Dieser erhöhte palliativ-pflegerische Aufwand wird über die begrenzten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung nicht ausreichend abgedeckt. Insofern ist es zwar zu begrüßen, dass das Beratungsangebot der vollstationären Pflegeeinrichtungen durch den geplanten § 132f SGB V von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden soll. Jedoch wird den Einrichtungen die Organisations- und Koordinationsverpflichtung bei der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten im § 119b SGB V übertragen sowie mit dem § 28 Abs. 5 SGB XI trotz der vom Gesetzgeber vermeintlich nur klarstellenden Ergänzung weitere palliativ-pflegerische Versorgungsverantwortung übertragen und diese Leistungen zukünftig zum ausdrücklichen Teil der stationären und ambulanten Rahmenverträge nach § 75 SGB XI gemacht. Der bpa weist darauf hin, dass die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch künftig nicht bei den Pflegeheimen liegt, sondern bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine erneut wachsende abstrakte Verpflichtung der Pflegeheime alleine ist kein Garant für eine bessere Versorgung, welche eng begrenzt ist durch die nur eingeschränkt zur Verfügung stehende Betreuungszeit und die – selbstverständlich – fehlende Möglichkeit der Verpflichtung weiterer und insbesondere ärztlicher Leistungserbringer.

Papier alleine betreut niemanden. Wirkliche Verbesserungen lassen sich nur dann erreichen, wenn die für die Pflege zur Verfügung stehende Zeit und damit der Personalschlüssel erhöht werden. Es bedarf daher auch im

SGB XI einer angemessenen erweiterten Berücksichtigung des pflegerischen und betreuerischen Aufwands für diese zusätzlichen Aufgaben, wie es z.B. nach dem Entwurf auch für die Ärzte im § 87 SGB V ermöglicht wird. Ansonsten droht, dass durch die zusätzlichen Beratungs- und Koordinationsaufgaben noch mehr Zeit für pflegefremde Tätigkeiten eingeteilt werden muss mit der Folge einer Verschlechterung der Pflegesituation für die Betroffenen.

Der Entwurf zum HPG sollte nach Auffassung des bpa an folgenden Punkten noch überarbeitet werden:

- **Neben der klarstellenden Ergänzung des § 27 SGB V bedarf es im § 37 SGB V für die häusliche Krankenpflege zwingend eines Leistungsrechtsanspruches für die Versicherten und einer Leistungsdefinition für die allgemeine ambulante Palliativversorgung unter Berücksichtigung des damit im Zusammenhang stehenden notwendigen zeitlichen Mehraufwands. Dort sollte auch geregelt sein, dass sich der Mehraufwand nicht auf spezifische Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung beschränkt, sondern einen besonderen Aufwand, vor allem bei den bestehenden allgemeinen verordnungsfähigen Behandlungspflegemaßnahmen, verursacht. Nur, wenn den sterbenden Menschen und deren Angehörigen einerseits die erforderlichen Leistungen und andererseits die erforderliche Zeit für diese Leistungen zur Verfügung steht und die Einrichtungen und Dienste in die Lage versetzt werden, das erforderliche Personal hierfür vorzuhalten, wird es eine Verbesserung der Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen geben. Die Formulierung von Zielen und Ansprüchen oder mehr Beratung wird die Versorgungsrealität nicht ändern und obendrein auch keine unnötigen Krankenhausaufenthalte vermeiden.**
- **Der Regelungsauftrag an den G-BA im § 92 Abs. 7 S. 1 Nr. 5 SGB V sollte einerseits die zusätzlichen spezifischen Behandlungspflegemaßnahmen, die Anleitung und Begleitung der Angehörigen sowie die erforderlichen Koordinationstätigkeiten umfassen und den erhöhten Pflegeaufwand in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung auch bei regulären verordnungsfähigen Behandlungspflegemaßnahmen berücksichtigen, soweit sie für die betroffenen Menschen am Lebensende erbracht werden.**
- **Die Einführung eines Konfliktlösungsmechanismus im § 132d SGB V ist richtig und wird ausdrücklich befürwortet. Aufgrund der Erfahrungen mit Schiedspersonen im Rahmen des § 132a SGB V wird allerdings die Einführung einer Schiedsstelle präferiert. Zur Zielerreichung – eine flächendeckende Versorgung**

mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung zu erreichen und damit den Rechtsanspruch der Versicherten umzusetzen – ist ein Kontrahierungszwang im § 132d SGB V aufzunehmen.

- **Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können die Haus- und Fachärzte nicht zur Teilnahme an Kooperationen gemäß § 119b SGB V zwingen. Die Information über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz nach § 114 SGB XI ist abhängig von entsprechend qualifizierten und teilnahme-willigen Ärzten. Hier droht erneut, dass Pflegeheime in der Öffentlichkeit für eine Situation verantwortlich gemacht werden sollen, welche sie aus eigener Regelungskompetenz jedoch nur wenig beeinflussen können.**
- **Die Finanzierung der palliativen Beratungsangebote in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 132f SGB V für die gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende durch die Krankenkassen ist richtig. Genauso müssen aber die zusätzliche Organisations- und Koordinationsverantwortung im Rahmen der Kooperationen nach § 119b SGB V sowie die zunehmenden palliativ-pflegerischen Leistungen der Einrichtungen nach § 28 Abs. 5 SGB XI im Leistungsrecht abgebildet werden, wenn diese zukünftig Bestandteil der Rahmenverträge werden sollen.**

Benötigt wird in den Pflegeeinrichtungen und Diensten vor allem mehr Zeit in der Pflege und Betreuung. Die Betroffenen am Lebensende bedürfen einer kontinuierlichen, aufwendigen Zuwendung und des Beistands während des gesamten Pflege- und Betreuungsprozesses. Hier stehen die Pflegeeinrichtungen im Spannungsfeld zwischen knappen Personal- bzw. Zeitressourcen, den begrenzten Leistungsbeträgen des SGB XI und dem Anspruch an eine bestmögliche Versorgung. Sofern der Gesetzgeber spürbare Verbesserungen herbeiführen möchte, ist dies auch im Leistungsrecht des SGB V sowie im SGB XI zu berücksichtigen. Es reicht nicht aus, die palliativ-pflegerischen Aufgaben der Pflege und Sterbebegleitung nur klarstellend in den § 28 SGB XI sowie in die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI aufzunehmen, wie es mit dem vorliegenden Entwurf geschehen ist. Dadurch wird es zu keinen Verbesserungen kommen, es bedarf vielmehr eines konkreten Leistungsrechtsanspruchs der Betroffenen, einer bedarfsgerechten Leistungsdefinition, der die Versorgungsstrukturen folgen müssen, und die Einrichtungen und Dienste müssen anhand von Verträgen in die Lage versetzt werden, diese Leistungen quantitativ und qualitativ zu erbringen. Daher sollten die Kranken- und Pflegekassen gesetzlich verpflichtet werden, dem besonders hohen Aufwand für die Zeit der palliativen Pflege in den Vergütungsvereinbarungen und Pflegegesetzvereinbarungen Rechnung zu tragen. Dies findet derzeit faktisch nicht statt.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

I. zu Artikel 1

1. § 27 SGB V und § 37 SGB V Palliativer Versorgungsanspruch – Definition in der häuslichen Krankenpflege erforderlich

Die Ergänzung im § 27 SGB V verdeutlicht, dass zur Krankenbehandlung auch die palliative Versorgung der Versicherten gehört. Dies ist folgerichtig und betont den Leistungsanspruch der Versicherten auf allgemeine ambulante Palliativversorgung und -beratung, auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie auf ambulante und stationäre Hospizleistungen. Diese Präzisierung der Krankenbehandlung und deren klarstellende Erweiterung ist Grundlage für die leistungsrechtliche Ausgestaltung des medizinisch-pflegerischen Leistungsrechts – soweit dies bisher in Spezialregelungen, wie z. B. der SAPV nach § 37b SGB V, nicht erfolgt ist.

Um die Versorgung im Rahmen der Sterbebegleitung zu verbessern – und damit dem Ziel des Gesetzes Rechnung zu tragen –, bedarf es einer Konkretisierung der leistungsrechtlichen Grundlagen der allgemeinen Palliativversorgung, insbesondere in Abgrenzung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die bereits in § 37b SGB V geregelt ist. Im Rahmen der medizinischen Versorgung ist die allgemeine Palliativversorgung von der Diagnose über die Beratung als Maßnahme bereits in den EBM Katalog aufgenommen und durch den vorliegenden Referentenentwurf konkretisiert.

Leistungsrechtsanspruch und Leistungsdefinition

Für die krankenflegerische Versorgung fehlt ein Anspruch des Versicherten auf die allgemeine Palliativversorgung. Daher bedarf es im § 37 SGB V eines konkreten Leistungsanspruches auf allgemeine ambulante Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Denn die Versorgung der Versicherten kann nur verbessert werden, wenn für diese einerseits Klarheit über ihren Leistungsanspruch und dessen Inhalt besteht und andererseits die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, den Leistungsanspruch umzusetzen und die Leistung der allgemeinen Palliativversorgung durch die Leistungserbringer bereitzustellen.

Der Leistungsanspruch wäre im § 37 SGB V zu verankern und so auszugestalten, dass die Erbringung neben der Häuslichkeit auch an sonstigen geeigneten Orten erfolgen kann (vergl. § 37 Abs. 2 SGB V). Hinsichtlich der Leistungsinhalte wäre auf die Legaldefinition der Leistungsbestandtei-

le der allgemeinen Palliativversorgung gemäß der Begründung des Referentenentwurfes abzustellen. Danach kommt die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich für Leistungen auf, die der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten einschließlich der Linderung von Beschwerden dienen. Diese Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung bereits deutlich erweitert worden (vergl. § 37b SGB V und die Begründung des Referentenentwurfes, Seite 25 ff.). Dort wird diese Versorgung um die psychosoziale Betreuung, Sterbebegleitung, Einbeziehung der Angehörigen sowie die Koordination erweitert. Hierzu zählt auch die Begleitung trauernder Angehöriger in der Sterbephase des Versicherten. In der Begründung zum Referentenentwurf werden neben der Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege außerdem die gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure gefordert. Diese Vernetzungs- und Koordinationsleistungen müssen ebenfalls Eingang in die Richtlinie und damit in die Verordnungs- und Vergütungsstruktur finden. Diesen speziellen Leistungsinhalten ist auch im Rahmen der palliativen Verordnungstatbestände nach der ergänzten HKP-Richtlinie gemäß § 92 Abs. 7 S. 1 Nr. 5 SGB V Rechnung zu tragen.

Vorschlag des bpa:

Im § 37 SGB V wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„2a) Zur häuslichen Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 gehört auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Dies ist die palliative Pflege von Menschen am Lebensende, soweit diese keinen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b haben. Der Inhalt und Umfang der AAPV bestimmt sich nach der Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5. Dabei sind der besondere Aufwand, die zusätzlich erforderliche psychosoziale Betreuung und Sterbebegleitung sowie die Abstimmung mit weiteren Beteiligten auch im Rahmen der übrigen häuslichen Krankenpflegeleistungen angemessen zu berücksichtigen.“

In der Begründung zu dieser Regelung im § 37 SGB V wäre neben der Leistungsdefinition deren Ziel hervorzuheben und zu verdeutlichen, dass sich die Besonderheiten der allgemeinen Palliativversorgung nicht auf die Erweiterung bestimmter Leistungen der Behandlungspflege beschränken, sondern neben der Anleitung der Angehörigen und deren Beratung sowie der Koordination der unterschiedlichen Leistungserbringer ein besonderer Aufwand – vor allem bei den im Rahmen der Palliativpflege anfallenden regulären Behandlungspflegetätigkeiten – besteht. Die vom Gesetzgeber gewünschte Verbesserung bei der Zuwendung und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen lässt sich nicht ausschließlich über die bessere Vernetzung und Koordination zwischen Ärzten und Leis-

tungserbringern oder eine Ausweitung der Funktionspflege sicherstellen. Erforderlich ist vielmehr, dass in der Sterbesituation ein angemessenes, zusätzliches Zeitkontingent für die Durchführung der einzelnen Pflegeleistungen zur Verfügung steht. Erst dieser Dreiklang zwischen der Erweiterung der palliativen medizinischen und pflegerischen Leistungen, der verbesserten Koordination und Beratung sowie dem Leistungsanspruch auf die Bereitstellung der benötigten Zeit für die Pflegekraft wird dazu beitragen, dass die Sterbebegleitung nachhaltig verbessert und für die Betroffenen die gewünschte Begleitung ermöglicht wird, ohne unnötige Krankenhausaufenthalte zu provozieren. Klarstellend ist außerdem eine Regelung aufzunehmen, welche die Versorgung des verstorbenen Versicherten ermöglicht, ohne dass mit dem Sterbezeitpunkt die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten endet. Gegenwärtig verweigern die Krankenkassen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege i. d. R. die Übernahme der Leistungen, die mit der Erstversorgung des Toten, dem Eintreffen des Arztes beim Patienten oder den erforderlichen Koordinations- und Angehörigenunterstützungsleistungen zusammenhängen.

2. § 39a SGB V

Stationäre und ambulante Hospizarbeit stärken

Die bessere finanzielle Ausstattung der stationären Hospize wird begrüßt. Auch die Verpflichtung zur Vereinbarung bundesweit geltender Standards der Leistungen und Qualität kann zur Verringerung regionaler Unterschiede beitragen.

Bei der – auch schon bisher möglichen – Inanspruchnahme von ambulanten Hospizdiensten in stationären Pflegeeinrichtungen sollte aus Sicht des bpa klarstellend darauf hingewiesen werden, dass in der abzuschließenden Vereinbarung nach Abs. 2 der Vorschrift auch die Belange der stationären Pflegeeinrichtungen angemessen berücksichtigt werden, insbesondere im Hinblick auf die erforderliche Abstimmung zwischen ambulanten Hospizdienst und der stationären Pflegeeinrichtung.

3. § 39b SGB V

Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen

Die individuelle Beratung und Hilfestellung der Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung durch die Krankenkassen einschließlich eines Überblicks über die regional verfügbaren Anbieter und Ansprechpartner sind sinnvoll. Dabei sollte aber darauf geachtet werden, dass sich die Beratung durch die Krankenkassen nicht darin erschöpft, dem Versicherten eine Liste mit regional verfügbaren Angeboten und Namen von Leistungserbringern in der Palliativpflege zu übermitteln. Vielmehr sollten die Krankenkassen aktiv bei der Inanspruchnahme der Leistungen unterstützen. Erfahrungsgemäß

bestehen in der Palliativpflege große Hürden für die betroffenen Menschen, die am Lebensende stehen und sich selbst kaum noch adäquat kümmern können, aber dringend auf medizinisch-pflegerische Palliativleistungen angewiesen sind, z. B. zur Schmerzlinderung. Vorrangig wären die Krankenkassen zu verpflichten, die Versorgungsstruktur der allgemeinen und spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung flächendeckend bereitzustellen.

In die Beratung und Abstimmung nach § 7a SGB XI sollten die bestehenden übrigen Angebote, die gerade für solche Beratungsaufgaben eine wertvolle Unterstützungsarbeit leisten könnten, einbezogen werden.

4. § 87 SGB V Palliative-medizinische Versorgung durch Ärzte

Die Beauftragung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes zur Bestimmung der Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung und damit zur Stärkung der Palliativversorgung in der ärztlichen Regelversorgung wird begrüßt.

Bislang ist es insbesondere in Pflegeheimen mitunter schwierig, eine umfassende Versorgung der Bewohner durch entsprechend qualifizierte und zur Betreuung bereite Haus- und Fachärzte sicherzustellen. Dies liegt jedoch nicht an den Einrichtungen, die gerne Kooperationen und eine Vernetzung mit regionalen Vertragsärzten herstellen, hierbei jedoch oftmals Probleme haben, weil Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen bislang für die Ärzte anscheinend schwer in den Praxisalltag integrierbar und deren Vergütung offensichtlich nicht zufriedenstellend geregelt scheint. Gezielte Vergütungen für einschlägig qualifizierte Ärzte, die zunächst extrabudgetär zum EBM wirksam werden, können die richtigen Anreize schaffen, um Kooperationen mit stationären Pflegeeinrichtungen nach der neuen Regelung im § 119b Abs. 1 SGB V zu fördern. Letztlich sollte aber auch berücksichtigt werden, dass die Pflegeeinrichtungen nur wenig Einfluss auf die Bereitschaft der Ärzte zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 119b Abs. 1 SGB V haben.

5. § 92 SGB V Fortentwicklung der HKP-Richtlinie zur Integration der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung

Die gesetzliche Beauftragung des G-BA zur Festlegung der näheren Leistungsinhalte der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege ist bereits seit längerer Zeit eine wesentliche Forderung des bpa. Insofern wird die neue Nr. 5 im § 92 Abs. 7 S. 1 SGB V begrüßt.

In der Begründung des Referentenentwurfs wird (vergl. Seite 25) darauf verwiesen, dass die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich für Leistungen aufkommt, die der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten einschließlich der Linderung von Beschwerden dienen. Die Aufgabenstellung der allgemeinen Palliativversorgung ist als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege – wie im Hospizbereich und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – zu erweitern um:

- *die psychosoziale Betreuung (zeitliche Mehraufwand bei der Durchführung der einzelnen HKP-Leistungen),*
- *die Sterbebegleitung,*
- *die Einbeziehung der Angehörigen,*
- *die Begleitung trauernder Angehöriger in der Sterbephase des Versicherten.*

Auf Seite 29 der Begründung zum Referentenentwurf werden als weitere Leistungen der HKP-Richtlinie gefordert:

- *konkrete behandlungspflegerische Maßnahmen,*
- *Leistungen der Palliativpflege,*
- *die fallbezogene Vernetzung und Koordination bzw. Kooperation der einzelnen Leistungserbringer.*

Der Regelungsauftrag an den G-BA muss diese Leistungsdefinition und deren Bestandteile aufgreifen und ebenso den erhöhten Pflege- bzw. Zeitaufwand in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – auch bei regulären verordnungsfähigen Behandlungspflegemaßnahmen – berücksichtigen, soweit sie für die betroffenen Menschen am Lebensende erbracht werden (entsprechend dem obigen Vorschlag des bpa zum § 37 SGB V). Insofern reicht es nicht, den G-BA zur Bestimmung der näheren Einzelheiten zur Verordnung der allgemeinen ambulanten Palliativpflege zu beauftragen. Zwar wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass eine Konkretisierung der behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie der Leistungen der Palliativpflege erfolgen soll, die eine im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen soll. Dies ist aber nur ein Teilaspekt der Palliativpflege. In der Praxis der Palliativpflege fällt der meiste Zusatzaufwand in der regulären Behandlungspflege an, welche wegen der psychosozialen Gesamtumstände bei den Patienten und Angehörigen erheblich zeitaufwendiger ist und z. B. ausführliche Gespräche und Erklärungen zu den pflegerischen Abläufen erfordert. Die Versorgung vor Ort bzw. die Durchführung der einzelnen behandlungspflegerischen Maßnahmen dauern in diesen Fällen länger. Aufgrund des bevorstehenden Todes ergeben sich bei den Betroffenen Ängste und Nöte, derer sich die Pflegekräfte annehmen müssen. Und auch bei den Angehörigen bestehen Unsicherheiten.

Diese auszuräumen und die Betroffenen auf die akute Sterbephase und den Tod vorzubereiten, erfordert von den Pflegekräften Zeit und Zuwendung. Darüber hinaus bedarf es weiterer Absprachen, z. B. mit dem behandelnden Arzt, Therapeuten etc. Der Gesetzestext ist deshalb um die besonderen psychosozialen Aspekte, die Begleitung trauernder Angehöriger und die hieraus resultierenden besonderen zeitlichen Ansprüche zu erweitern.

Vorschlag des bpa zu § 92 Absatz 7 Nummer 5:

„5. Näheres zur Verordnung, Umfang und Inhalt der allgemeinen Palliativversorgung unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungsbedarfe der Versicherten.“

Leistungserbringungsrechtliche Umsetzung

Der zusätzliche Zeit- und Koordinierungsaufwand für Palliativpatienten in der häuslichen Krankenpflege muss – wie bei den (Haus-)Ärzten über den EBM – entsprechend vergütet werden. Patienten, die vom behandelnden Arzt als Palliativpatienten versorgt werden, müssen auch in der weiteren medizinisch-pflegerischen Versorgung als solche anerkannt werden und die notwendigen Leistungen bzw. die Koordination für die von ihnen benötigten Einzelleistungen erhalten. Die Verordnung behandlungspflegerischer Maßnahmen muss mit der Palliativ-Diagnose des Arztes verknüpft und die Palliativpatienten auch in der häuslichen Krankenpflege anerkannt und ihr erhöhter Versorgungs- und Betreuungsaufwand berücksichtigt werden. Hierzu ist eine Ergänzung im § 132a SGB V vorzunehmen, dass die Krankenkassen mit den Leistungserbringern die allgemeinen palliativen Leistungen und deren Vergütung in den Verträgen nach § 132a SGB V vereinbaren. Nur so können die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung auch tatsächlich bei den Menschen in der Sterbephase ankommen.

6. § 119b SGB V

Verpflichtung der vollstationären Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Haus- und Fachärzten

Die nunmehr faktische Verpflichtung der vollstationären Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Haus- und Fachärzten im § 119b Abs. 1 SGB V sieht der bpa kritisch.

Zwar ist die Einbindung der Einrichtungen in die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung durchaus sinnvoll und liegt sowohl im Interesse der betroffenen Versicherten als auch der Pflegeeinrichtungen. Es ist

jedoch vornehmlich die Aufgabe der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Versorgungsangeboten zu sorgen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können die niedergelassenen Haus- und Fachärzte nicht zur Teilnahme an Kooperationen gemäß § 119b SGB V verpflichten. Diese entscheiden selbst über einzugehende Kooperationen. Den vollstationären Pflegeeinrichtungen kann insofern nicht der Sicherstellungsauftrag für einen fremden Aufgabenbereich vom Gesetzgeber zwangsweise auferlegt werden. Hier droht erneut, dass Pflegeheime in der Öffentlichkeit für eine Situation verantwortlich gemacht werden sollen, welche sie aus eigener Regelungskompetenz jedoch nur teilweise beeinflussen können.

Die bisherige Zurückhaltung der vollstationären Einrichtungen beim Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern sind im Übrigen auch auf den bisher nicht kompensierten Aufwand für die Pflegeeinrichtungen zurückzuführen, der durch die aktive Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten entsteht. Sofern die Vorschrift nun in eine „Soll“-Regelung umgewandelt wird, wäre zu befürchten, dass zum Nachteil der betroffenen Bewohner weitere Arbeitszeit der Pflegekräfte nicht für die Pflege und Betreuung zur Verfügung steht, sondern für die Koordinierung mit den Ärzten aufgewendet werden muss. Wir weisen daher deutlich darauf hin, dass die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch künftig nicht bei den Pflegeheimen liegt, sondern bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine erneut wachsende abstrakte Verpflichtung der Pflegeheime alleine ist kein Garant für eine bessere Versorgung, welche eng begrenzt ist durch die nur eingeschränkt zur Verfügung stehende Betreuungszeit und die – selbstverständlich – fehlende Möglichkeit der Verpflichtung weiterer, insbesondere ärztlicher Leistungserbringer. Papier alleine betreut niemanden.

Insofern plädiert der bpa dafür, die bisherige „Kann“-Regelung im § 119b Abs. 1 SGB V beizubehalten und für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen ebenso finanzielle Anreize zu setzen wie im geplanten § 132f SGB V.

7. § 132d SGB V Schiedsverfahren für die SAPV

Die Einführung eines Konfliktlösungsmechanismus mit einem Schiedsverfahren im § 132d SGB V wird zur Schlichtung durchweg begrüßt. Dieses sollte dazu beitragen, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Deutschland weiter auszubauen und flächendeckend anzubieten sowie in Streitfällen eine Entscheidung zu den Rahmenbedingungen herbeizuführen. Auch kann so eine schnellere Einigung über strittige Vertragsinhalte erreicht werden, was bisher oft die Entwicklung eines adäquaten Angebots an SAPV verhindert hat. Allerdings hält der bpa das Instrument der

Schiedsperson für weniger geeignet als eine förmlich eingerichtete Schiedsstelle, wie beispielsweise bei den Vertragsärzten oder in der Pflegeversicherung nach § 76 SGB XI. Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen zur Benennung einer Schiedsperson und dem damit zusammenhängenden höchst bürokratischen Verfahren, sowohl für die beteiligten Parteien als auch die Länder und oftmals auch der Bundesversicherungsaufsicht, wird dringend gebeten, eine Schiedsstellen- anstatt der Schiedspersonenregelung ins Gesetz aufzunehmen.

In der Vergangenheit konnten viele Leistungserbringer keine vertragliche Vereinbarung erzielen, weil die Krankenkassen den Abschluss eines Vertrags zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgelehnt haben. Hierbei haben diese auf den fehlenden Kontrahierungszwang mit Hinweis auf den § 132d Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz verwiesen. Dieser Hinweis läuft aber bereits deshalb ins Leere, weil die Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung immer eine ärztliche Verordnung voraussetzt und anschließend hinsichtlich der Kostenübernahme seitens der zuständigen Krankenkasse bestätigt werden muss. Eine nicht bedarfsgerechte Versorgung ist damit ausgeschlossen. Der Halbsatz ist daher zu streichen. So wird der Aufbau flächendeckender geeigneter Versorgungsstrukturen ermöglicht und bei Eignung ein Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung determiniert. Dem bpa erscheint es zudem wichtig, die Intention einer flächendeckenden Versorgung entsprechend auch in der Begründung zum § 132d SGB V klarstellend aufzunehmen, indem bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Kontrahierungszwang für die Krankenkassen besteht.

Vorschlag des bpa zur Anpassung des § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V:

„Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen.“

Die Möglichkeit zum Abschluss einheitlicher Selektivverträge über die spezialisierte und allgemeine ambulante Palliativversorgung erachtet der bpa als förderlich. Sie trägt dazu bei, dass die Gestaltungsmöglichkeiten für die Leistungserbringer erhöht werden.

8. § 132f SGB V Individuelles, gesundheitliches Beratungsangebot in Pflegeheimen

Der bpa begrüßt grundsätzlich die fakultative Möglichkeit für vollstationäre

Pflegeeinrichtungen im neuen § 132f SGB V, ein Angebot zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorzuhalten. Dies kann dazu beitragen, die Angst vor dem Sterbeprozess und schwerem Leiden in der Sterbephase zu mindern. Richtig ist es in diesem Zusammenhang auch, den Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen im SGB V einen eigenständigen und vom SGB XI losgelösten Anspruch nicht nur auf Beratung zur Palliativversorgung einzuräumen und dieses Angebot mit den stationären Pflegeeinrichtungen aufzubauen. Entscheidender für die Verbesserung der Versorgung von sterbenden Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ist allerdings ein gesonderter expliziter Leistungsanspruch der Bewohner auf mehr Zeit für die Sterbebegleitung durch die Einrichtung. Hierfür wird zusätzliches und entsprechend qualifiziertes Personal benötigt. Nur wenn Freiräume und Kapazitäten für die Palliativversorgung in Kooperation mit den anderen relevanten Berufsgruppen eingeräumt werden, kann für die Betroffenen eine verbesserte Sterbebegleitung erreicht werden.

Problematisch im geplanten § 132f SGB V erscheint dem bpa, dass die Pflegeeinrichtungen nach der Gesetzesbegründung weitreichende Beratungsaufgaben übernehmen sollen. Insbesondere sollen sie die Versicherten dazu anleiten, Vorstellungen über die medizinischen Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen für die letzte Lebensphase zu entwickeln. Dazu soll auch die Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Therapieverzichts gehören. Hierbei darf jedoch nicht übersehen werden und muss auch entsprechend klargestellt sein, dass die umfassende medizinische Beratung vor allem Aufgabe der behandelnden Haus- und Fachärzte bleibt. Die Pflegeeinrichtungen können grundsätzlich keine eigene Einschätzung zu den medizinischen Abläufen, dem Ausmaß, der Intensität und den Grenzen medizinischer Intervention abgeben, sondern nur zu den pflegerischen Abläufen. Dies gilt erst recht für die Entscheidung der betroffenen Menschen über einen Therapieverzicht.

Möglich ist jedoch, dass die Pflegeeinrichtungen den behandelnden Ärzten die Einbeziehung in die Fallbesprechung anbieten und den Bewohnern und Angehörigen so dabei helfen, die medizinisch-pflegerischen Maßnahmen und Abläufe für die letzte Lebensphase besser zu verstehen und Ängste abzubauen. Auch können die Pflegeeinrichtungen Notfallszenarien besprechen und mit relevanten Rettungsdiensten und Krankenhäusern abstimmen sowie andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote zur medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und seelsorgerischen Begleitung mit einbeziehen.

Analog zur besseren Berücksichtigung der palliativen Bedarfe im ambulanten Bereich (HKP-Richtlinie) müssen die behandlungspflegerischen Maßnahmen auch in den stationären Einrichtungen erweitert werden. § 37

Absatz 2 SGB V ermöglicht die Leistungserbringung der behandlungspflegerischen Leistungen an „weiteren geeigneten Orten“ – dies muss auch für die Finanzierung der erweiterten behandlungspflegerischen Palliativleistungen durch die Mitarbeiter des Pflegeheims gelten.

II. zu Artikel 3

1. §§ 28, 75 SGB XI

Sterbebegleitung als Regelleistung des SGB XI

Der im Entwurf vorgesehene neue § 28 Abs. 5 SGB XI ist zusammen mit der angestrebten Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI aus Sicht des bpa in der jetzigen Fassung weitgehend wirkungslos und wird nicht zur nachhaltigen Verbesserung der palliativen Versorgung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen beitragen können.

Der Gesetzentwurf sieht lediglich eine klarstellende Regelung vor, wonach die Sterbebegleitung zum Inhalt der Pflegeleistungen gehört, weil sie dies schon bisher sei. Für den ambulanten Bereich ist dieses schlichtweg falsch, da hier bislang lediglich die Einzelleistungen, wie z. B. die Grundpflege oder das Waschen, Leistungsbestandteil sind. Die Palliativversorgung oder die besondere Berücksichtigung der Bedarfe sterbender Menschen sind bisher nicht explizit Gegenstand der Leistungsvereinbarungen. Völlig unberücksichtigt bleibt dabei auch, dass der Gesetzgeber Regelungen zu einer deutlichen Verbesserung der palliativen Versorgung trifft. Diese Erwartungen lassen sich keineswegs durch den Verweis auf bisherige Leistungen erfüllen.

Es ist ein selbstverständliches Anliegen der Einrichtungen und Dienste, gemeinsam mit den Angehörigen, die sterbenden Menschen bis zuletzt gut und würdevoll zu begleiten. Ausführungen hierzu finden sich in der stationären Pflege in der Regel im Pflegeleitbild bzw. werden in einem Konzept zur Sterbebegleitung festgehalten, welches auch Gegenstand der Qualitätsprüfungen ist.

Der bpa weist darauf hin, dass alleine die verstärkte Zusammenarbeit mit den Ärzten, die Beratung und individuellen Fallbesprechungen nicht zur Verbesserung der palliativen Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen ausreichen. Erforderlich sind vielmehr gezielte Verbesserungen im Leistungsrecht des SGB V und SGB XI, welche sich nicht ohne Mehrausgaben realisieren lassen.

2. §§ 114, 115 SGB XI

Informationspflichten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Papier alleine betreut niemanden. Es wird daher nochmalig deutlich da-

rauf hingewiesen, dass die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch künftig nicht bei den Pflegeheimen liegt, sondern weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine erneut wachsende abstrakte Verpflichtung der Pflegeheime alleine ist kein Garant für eine bessere Versorgung, welche eng begrenzt ist durch die nur eingeschränkt zur Verfügung stehende Betreuungszeit und die – selbstverständlich – fehlende Möglichkeit der Verpflichtung weiterer und insbesondere ärztlicher Leistungserbringer. Der bpa lehnt diese Vorschläge insofern deutlich ab! Die Verpflichtung der vollstationären Einrichtungen zur Information über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz und die entsprechende Veröffentlichung dieser Informationen gemäß §§ 114 Abs. 1 S. 6 Nr. 3 und 115 Abs. 1b S. 1 SGB XI führt aus Sicht des bpa dazu, dass sich die Verantwortungsbereiche und Sicherstellungspflichten für palliativ-ärztliche Leistungen zulasten der vollstationären Pflegeeinrichtungen verschieben. Hier droht erneut, dass Pflegeheime in der Öffentlichkeit für eine Situation verantwortlich gemacht werden sollen, welche sie aus eigener Regelungskompetenz nur teilweise beeinflussen können.

Wie auch bei der geplanten Ergänzung des § 119b Abs. 1 SGB V weist der bpa deshalb darauf hin, dass die Einrichtungen insbesondere die vertragsärztlichen Leistungserbringer nicht zu einer Kooperation an einem Hospiz- und Palliativnetz zwingen können. Insofern erscheint eine umfassende Verpflichtung der Einrichtung nicht angemessen.

Es gibt niemanden, der ein größeres Bestreben nach guter heimärztlicher Versorgung hat, als die Heimbewohner und das Heim selbst. Die Kooperation mit einem Palliativnetzwerk und die dazu notwendige ärztliche Versorgung dürfen aber kein Instrument des Wettbewerbs sein. Es darf nicht nur darum gehen, dass nach außen der Anschein erweckt wird, aufgrund einer formalen Kooperation eines Heimes mit Dritten lege dieses mehr Gewicht auf die palliative Versorgung. Notwendig ist vielmehr, für eine ausreichende palliative Versorgung aller Heime zu sorgen. Den Sicherstellungsauftrag dafür aber hat nicht nur das Heim, sondern für die Ärzte die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Die Schwachstellen der palliativ-ärztlichen Versorgung werden nicht durch Berichtspflichten von Dritten gelöst.

Die zusätzlichen Berichtspflichten zur Kooperation mit einem Hospiz- und Palliativnetz schaffen neue Verpflichtungen, statt das Problem zu lösen. Die Verantwortlichen der Pflegeheime haben ein originäres Interesse an einer Kooperation mit einem guten Hospiz- und Palliativnetz, insbesondere der dort engagierten Haus- und Fachärzte. Die palliative Versorgung wird jedoch nicht dadurch besser, dass den Pflegeheimen zusätzliche bürokratische Berichtspflichten auferlegt werden. Weder von den Problemen noch von der Sicherstellungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen kann durch neue Berichtspflichten der Pflegeheime abgelenkt werden.

- Ende der Stellungnahme -