

BAGSO e. V. • Bonngasse 10 • 53111 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat 221  
Rochusstraße 1  
53123 Bonn

**Per mail: [221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)**



Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Senioren-Organisationen e.V.

Bonngasse 10  
53111 Bonn

Tel. 0228-24 99 93-26  
[kaiser@bagso.de](mailto:kaiser@bagso.de)

Bonn, den 02.04.2015

## **Stellungnahme**

**der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und  
Palliativversorgung in Deutschland  
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG – vom 23.03.2015)**

### **I. Vorbemerkung**

Die BAGSO begrüßt die Initiative der Bundesregierung, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu verbessern. Nur in wenigen Regionen gibt es ausreichend qualifizierte Teams der allgemeinen und speziellen ambulanten Palliativversorgung, sind ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize oder Palliativstationen in ausreichender Zahl vorhanden und für schwerkranke und sterbende Menschen erreichbar. Insbesondere im ländlichen Raum herrschen weiße Flecken in der Versorgungslandschaft vor.

Neben einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung am Lebensende spielt auch die psychosoziale und spirituelle Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen eine wichtige Rolle und zeichnet eine humane Gesellschaft aus. Selbstbestimmung der Betroffenen und ihre individuellen Wünsche sind ebenso zu respektieren wie kulturelle und religiöse Präferenzen.

Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung müssen Menschen dort erreichen, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen oder verbringen möchten: zu Hause, in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder Hospizen. Aber auch die Angehörigen brauchen in dieser Phase des Abschieds Beratung, Unterstützung und Begleitung.

Die Themen Sterben und Tod beschäftigen und belasten schwerkranke Menschen und ihre Angehörigen sehr. Daher sind Initiativen, die zu einer Enttabuisierung des Umgangs mit dem Sterben und dem Tod führen, zu begrüßen. Wir brauchen einen breiten gesellschaftlichen Diskurs zum Thema Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland.

Die BAGSO fordert, dass sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ausgebaut werden, damit die letzte Lebensphase in Würde erlebt werden kann. Pflegefachkräfte und -assistenten, Hausärzte und Vertreterinnen und Vertreter anderer Gesundheitsberufe müssen in der palliativen Betreuung geschult werden. Die ehrenamtliche Arbeit, insbesondere Besuchs- und Begleitdienste sowie ambulante Hospizdienste, müssen unterstützt und die psychosoziale Arbeit mit Angehörigen muss gefördert werden.

## **II. Zur Bewertung der Inhalte des Referentenentwurfs**

Die im Referentenentwurf zum Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehenen Maßnahmen zielen darauf ab

- in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen
- die Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung sicherzustellen
- die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken
- die Finanzierungsgrundlage stationärer Hospize zu verbessern
- die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern sowie
- die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren.

**Zu den Zielen und vorgeschlagenen Maßnahmen nimmt die BAGSO wie folgt Stellung:**

## **1. Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung**

§ 87 SGB V soll dahingehend geändert werden, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung vereinbaren. Hier werden auch die Voraussetzungen für die Vergütung geregelt. Dabei ist zu begrüßen, dass spezifische Qualifikationen in Palliativmedizin ebenso wie eine stärkere Kooperation mit weiteren Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen honoriert werden sollen.

## **2. Stärkung der Palliativpflege**

Zu begrüßen ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den Bereich der Palliativpflege in die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege aufnehmen soll, um konkrete Festlegungen zu den Versorgungsanforderungen zu treffen. Palliativpflege benötigt jedoch ebenso wie Palliativmedizin spezielle Qualifikationen, die entsprechend honoriert werden müssen.

## **3. Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu verbleiben. Bislang wurden die Angebote überwiegend in städtischen Strukturen entwickelt. Die Leistungen müssen aber flächendeckend, vor allem auch in ländlichen Regionen, etabliert werden. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen den besonderen Herausforderungen im ländlichen Raum angepasst werden (z.B. Größe der Teams in Abhängigkeit zur Fläche des Versorgungsgebiets, kostendeckende Vergütung der Wege). Differenzierte Spezialpflegekonzepte sollen weiterhin möglich sein und sowohl in Leistungs- als auch in Vergütungsvereinbarungen ihren Niederschlag finden.

## **4. Stärkung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit**

Zu einer umfassenden Begleitung am Lebensende gehört neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch die psychosoziale und spirituelle Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Diese Unterstützung leisten die ambulanten und stationären Hospizdienste und die dort tätigen, gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, darunter viele Ehrenamtliche.

Die in § 39a SGB V eingeführte Verpflichtung der Partner der Rahmenvereinbarung, für stationäre Hospize bundesweit geltende Standards zu Leistungsumfang und Qua-

lität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren, wird begrüßt, um regional unterschiedliche Praktiken zu vereinheitlichen.

Die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten von bislang 90 Prozent auf 95 Prozent und des kalendertäglichen Mindestzuschusses von bislang 7 Prozent auf 9 Prozent ist generell zu begrüßen. Mit der Entscheidung gegen eine Vollfinanzierung soll einer möglichen Ökonomisierung von Hospizen entgegengewirkt werden. Jedoch stellt dies die bestehenden Hospizdienste vor die Aufgabe, den verbleibenden Teil dauerhaft mit Spenden abzudecken. Eine erfolgreiche Spendenakquise hängt jedoch stark von der Spendenbereitschaft der Bevölkerung oder ortsansässiger Unternehmen ab. Die Chancen hierfür erscheinen gerade in strukturschwachen Gegenden schlechter als in prosperierenden Ballungsräumen. Somit könnte diese Deckelung ein Hemmnis für die Überwindung der Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen darstellen.

Grundsätzlich wäre es förderlich, mit Hilfe von öffentlichkeitswirksamen Kampagnen die gesellschaftlich wichtige Rolle, Aufgabe und Arbeitsweise der Hospize für die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen herauszustreichen und ggf. auch konkrete Anreize für Spenden zu schaffen.

Die Hospizkultur lebt vom Engagement Ehrenamtlicher, die qualifiziert und fachlich begleitet werden müssen. Ein Ausbau der Hospizversorgung kann dementsprechend – sowohl ambulant als auch stationär – nur gelingen, wenn vermehrt engagierte Menschen gewonnen werden, die diese schwierige, aber auch bereichernde Aufgabe übernehmen wollen. Im Rahmen der Förderung ambulanter Hospizdienste werden bisher ausschließlich Personal- und Schulungskosten für die Vorbereitung der Ehrenamtlichen berücksichtigt. Alle weiteren Kosten wie Aufwandsentschädigungen und Fahrtkosten der Ehrenamtlichen müssen bislang durch Spenden erbracht werden. Hier wäre eine bessere finanzielle Unterstützung notwendig.

## **5. Einführung eines Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung**

Der Gesetzentwurf sieht in § 39b SGB V vor, dass Versicherte einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung und den regional verfügbaren Anbietern und Ansprechpartnern haben. Auch wenn es hilfreich ist, von der Krankenkasse einen Überblick über die Leistungen und Angebote zu erhalten, so ist fraglich, ob eine weiterführende „individuelle Beratung“ durch die Kassen geleistet werden kann. Vielmehr ist für eine Beratung in diesem schwierigen Feld eine neutrale und unabhängige fachlich qualifizierte Person oder Stelle erforderlich. Im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen ist eine solche individuelle und fallspezifische interdisziplinäre Beratung vorgesehen (vgl. Punkt 8), für den ambulanten und häuslichen Bereich jedoch fehlt ein weiterführendes Beratungsangebot völlig.

Die für die Beratung durch die Krankenkassen vorgesehenen Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Daten, Einwilligungen und Widerrufern erscheinen für schwerkranke und sterbende Menschen in vielen Fällen wenig praktikabel.

## **6. Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen**

§ 28 SGB XI wird dahingehend erweitert, dass Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege eine Sterbebegleitung mit einschließt, wobei Leistungen anderer Sozialleistungsträger unberührt bleiben. Diese Erweiterung ist einerseits zu begrüßen, da sie das Selbstverständnis und das Berufsethos vieler (Alten-)Pflegekräfte abbildet. Gleichzeitig wird verkannt, dass die durch Minutenpflege und Personalknappheit bestimmten Arbeitsbedingungen in der ambulanten wie stationären Pflege eine „Sterbebegleitung“, die dieses Wort verdient, nicht ermöglichen. Sterbebegleitung benötigt Zeit, psychologische und fachliche Kenntnisse, die nicht umsonst zu haben sind.

Die Forderung, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit einem Hospiz- und Palliativnetz zusammenarbeiten sollen, um die Hospiz- und Palliativversorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner durch ambulante Versorgung von außen sicherzustellen, ist im Sinne einer besseren Vernetzung und Effizienz nachvollziehbar. Die Pflegeeinrichtungen haben die Pflicht, die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen. Jedoch kann man die Pflegeeinrichtung nicht dafür verantwortlich machen, falls es in ihrem Ort oder in ihrer Region kein entsprechendes Netz gibt. Dies dürfte insbesondere im ländlichen Raum häufiger der Fall sein und könnte dort zu negativeren Werten in den Pflege-Transparenzberichten führen.

Zum anderen erscheint aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner eine Sterbebegleitung durch Personen von außerhalb der Einrichtung nicht immer förderlich. Die Bewohnerstruktur in den stationären Pflegeheimen besteht zu 70-80 Prozent aus Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden. Besonders für diese Zielgruppe sind eine vertrauensvolle Bezugsperson und Kontinuität von großer Bedeutung – auch und gerade in der Sterbephase. Es gibt bereits gute Erfahrung in stationären Pflegeeinrichtungen mit einem eigenen Hospiz- und Palliativdienst.

## **7. Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll durch Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern verbessert werden. Pflegeeinrichtungen „sollen“ nach § 119b SGB V in Zukunft Kooperationsvereinbarungen abschließen, bisher handelt es sich um eine Kann-Vorschrift. Die Stärkung der (fach-)ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen ist generell sehr zu begrüßen.

Während jedoch die Gewährleistungsverantwortung damit bei den Pflegeeinrichtungen liegt, wird ausschließlich die Teilnahme der Vertragsärztinnen und -ärzte finanziell gefördert. Der durch die Arztbesuche entstehende Koordinationsaufwand in den Pflegeeinrichtungen wird nicht entsprechend abgebildet.

### **8. Anreize für ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot in Pflegeeinrichtungen**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können Beratungsangebote vorhalten, um Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner vor dem Sterben zu mindern und ihre Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zu stärken. Diese Beratungsangebote sollen individuell und ganzheitlich ausgerichtet sein und eine „gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende“, inklusive einem Notfallplan enthalten. Die inhaltlichen Einzelheiten des Beratungsangebotes sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu vereinbaren. Zu begrüßen ist, dass auch die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen Gelegenheit zur Stellungnahme haben.

In der Vereinbarung sollen auch die qualitativen Anforderungen an das Beratungsgespräch und die Fallbesprechung sowie die Qualifikation der am Beratungsprozess beteiligten Fachkräfte geregelt werden. Die Finanzierung des Beratungsangebotes erfolgt aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenkasse.

Die Regelungen sind grundsätzlich sinnvoll. Individuelle Fallbesprechungen, Beratungen von Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen sowie die Entwicklung von Versorgungsplanungen auch für Notfallsituationen können die letzte Lebensphase erleichtern. Insbesondere können ggf. unnötige und belastende Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Bei der „Versorgungsplanung“ müssen der Wille und das Selbstbestimmungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohnern an oberster Stelle stehen.

*Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) vertritt über ihre mehr als 110 Mitgliedsverbände die Interessen von 13 Millionen älteren Menschen in Deutschland. Die BAGSO ist eine der maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung Behinderter, Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach §118 SGB XI.*