

Stellungnahme

des DHPV

zur **Verbändeanhörung**

am **09.03.2023**

zum

**„Pflegeunterstützungs- und
-entlastungsgesetz - PUEG“**

Geschäftsstelle

Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Sie erreichen uns unter:

Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

Geschäftsführender

Vorstand:

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvertr. Vorsitzende
Paul Herrlein
Stellvertr. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:

VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin



I. Einleitung

Die verantwortungsvolle Gestaltung der Pflege ist eine der schwierigsten Herausforderungen der Zukunft. Durch den demografischen Wandel werden zukünftig immer mehr Menschen von Pflegebedürftigkeit und der Notwendigkeit der Unterbringung in Pflegeeinrichtungen betroffen sein, denen immer weniger jüngere Menschen zur Finanzierung der Pflegeversicherung gegenüberstehen. Gleichzeitig verändern sich die familiären und gesellschaftlichen Strukturen, so dass die Versorgung zukünftig immer weniger durch Zugehörige geschultert werden kann. Gleichwohl müssen die aktuellen vielfältigen Belastungen der Zugehörigen verstärkt in den Blick genommen werden.

Notwendig ist eine umfassendere Gesamtkonzeption, die vor allem die Strukturen der Pflegeeinrichtungen sowie die nachhaltige Etablierung einer Hospizkultur in der Versorgung in den Blick nimmt. Ungelöst bleiben weiterhin die Probleme der steigenden Pflegekosten und der damit einhergehenden Erhöhung des Eigenanteils, die von den Betroffenen häufig nicht mehr finanziert werden können. Der DHPV vermisst in dem vorliegenden Pflegereform diese Gesamtkonzeption.

II. Bewertung im Einzelnen

Der DHPV möchte sich in der Bewertung des umfassenden Gesetzes auf einige wenige Punkte beschränken, die aus Sicht der Hospizarbeit und Palliativversorgung besonders hervorgehoben werden sollen:

1. Begrenzung der Eigenanteile bei vollstationärer Pflege:

Zum 01.01.2022 wurden Leistungszuschläge zur Reduzierung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile eingeführt. Diese werden ab dem 01.01.2024 nochmals um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht. Hiermit soll dem Trend der steigenden Eigenanteile entgegengewirkt werden.

Nach Auffassung des DHPV dürfte dies nicht ausreichend sein. Die Absicherung des Pflegerisikos ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf kein Armutsrisiko dar-

stellen. Die Pflegebedürftigen und ihre Zugehörigen müssen abschätzen können, welche finanziellen Belastungen auf sie zukommen. Daher sollten zukünftig die Kosten der Pflege durch eine Pflegevollversicherung getragen werden.

2. Verpflichtung (stationärer) Pflegeeinrichtungen zum Anschluss an die TI § 341 Abs. 8 SGB V); Verpflichtung zur Schaffung der Voraussetzungen für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte

Durch die Neuregelung werden auch stationäre Pflegeeinrichtungen – und somit auch stationäre Hospize – zur Anbindung an die TI verpflichtet. Alle Pflegeeinrichtungen müssen bis zum 01.07.2024 die Voraussetzungen für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) erfüllen. Dies wird vom DHPV grundsätzlich unterstützt.

Darüber hinaus sollte u.a. in § 341 Abs. 8 und auch § 360 Abs. 8 SGB V klargestellt wann, wann und unter welchen Voraussetzungen die SAPV (§ 37b SGB V) an die TI angeschlossen werden muss.

In § 293 SGB V (Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer) sollte klargestellt werden, ob auch die SAPV erfasst ist. Jedenfalls wären auch die maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung einzubeziehen.

3. § 18a SGB XI - Begutachtungsverfahren

In § 18a Abs. 5 SGB XI ist festgelegt, dass eine verkürzte Begutachtungsfrist auch dann gilt, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant versorgt wird. In § 18d SGB XI sind Berichtspflichten geregelt.

Im Gesetzesvorschlag wird nicht näher konkretisiert, was unter „ambulant palliativ“ zu subsumieren ist. In Betracht kämen 1) Versicherte, bei denen der oder die Hausärzt*in die Palliativziffern im EBM abrechnet, 2) Versicherte, bei denen der oder die behandelnde Ärzt*in an der besonders qualifizierten palliativ-medizinischen Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V (BQKPMV) teilnimmt; 3) Versicherte, die die Leistung nach 24a der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie erhalten, 4) Versicherte, die einen Anspruch auf SAPV nach § 37b SGB V haben, 5) Versicherte, die von einem ambulanten Hospizdienst beraten und/oder begleitet werden. Damit es in der Praxis eine Rechtssicherheit darüber gibt, welche palliativ versorgten Patient*innen von der verkürzten Begutachtungsfrist betroffen sind, bitten wir hier um Klarstellung und empfehlen, dass alle genannten Versorgungsformen zu einer beschleunigten Begutachtung führen sollten.

Darüber hinaus sollte dann eine Konkretisierung erfolgen, dass Daten zu diesen Versicherten geliefert werden.

4. Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (§ 125 b SGB XI)

Die Einrichtung eines solchen Kompetenzzentrums wird begrüßt. Allerdings sollten auch hier die Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung einbezogen werden.

5. Gemeinsamer Jahresbetrag der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Die bisher in § 39 und § 42 vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden mit Wirkung zum 01.01.2024 in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Damit steht für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Der neue Jahresbetrag nach § 42a beläuft sich auf eine Höhe von bis zu insgesamt 3.386 EUR pro Kalenderjahr.

Diese Änderung wird vom DHPV begrüßt.

6. Pflegeunterstützungsgeld

Künftig soll das Pflegeunterstützungsgeld pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden können, wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegen.

Diese Regelung ist zu begrüßen, sie ist jedoch nicht ausreichend. Nach Auffassung des DHPV sollte es einen Anspruch auf die Inanspruchnahme von Pflegezeiten analog zum Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz geben.

Ohne Zugehörige wäre die Versorgung und Begleitung von Pflegebedürftigen, insbesondere von schwerkranken und sterbenden Menschen, nicht möglich. Das betrifft nicht nur die häusliche Versorgung, sondern auch die Versorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Die Hospizarbeit- und

Palliativversorgung im eigenen Zuhause – wie die meisten Menschen es sich wünschen würden – ist häufig nur dann möglich, wenn mindestens ein*e Zugehörige*r als Ansprechpartner*in, Organisator*in und Begleiter*in zur Verfügung steht. Daher ist es dringend erforderlich, die Zugehörigen nachhaltig zu stärken und zu entlasten. Die bisherigen Regelungen zur Pflegezeit sind nicht ausreichend. Notwendig ist daher ein Rechtsanspruch auf teilweise oder vollständige Freistellung von der Arbeit, die – ähnlich der Elternzeit – auch finanziell aufgefangen wird.

7. Hospizkultur in den Pflegeeinrichtungen

Nach Auffassung des DHPV fehlt es in dem Gesetzentwurf bislang an Regelungen, die speziell die hospizlich-palliative Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in den Einrichtungen verbessern. Damit die Menschen in den Einrichtungen eine ganzheitliche hospizlich-palliative Versorgung erhalten und nach ihren Vorstellungen selbstbestimmt sterben können, ist es notwendig, eine nachhaltige Hospizkultur in den Einrichtungen zu etablieren und zu stärken. Im Gegensatz zu den stationären Hospizen fehlt es an gesetzlichen Vorgaben für Pflegeeinrichtungen, damit durch qualifizierte Palliative-Care-Pflegefachkräfte beispielsweise eine ausreichende Schmerztherapie und Symptomkontrolle gewährleistet ist. Das Vorhandensein von Palliative-Care-Fachkräften ist jedoch zwingend notwendig, um eine Hospizkultur in den Pflegeeinrichtungen nachhaltig verankern. Die Stärkung der Pflegeheime in der hospizlich-palliativen Versorgung verhindert Krankenhauseinweisungen am Lebensende. Eine Palliative-Care-Pflegefachkraft ist nicht nur Ansprechpartner*in für die Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren der Hospizarbeit und Palliativversorgung (z.B. ambulante Hospizdienste, SAPV-Teams, versorgende Hausärzt*innen), sondern kann eine wichtige Funktion im Rahmen der nach dem SGB V finanzierten gesundheitlichen Versorgungsplanung einnehmen. Der DHPV schlägt daher vor, dass in jedem Wohnbereich mindestens eine Palliative-Care Pflegekraft zur Verfügung steht, die sich ausschließlich der Etablierung und dauerhaften Realisierung der Hospizkultur und Palliativversorgung widmen kann. Vor diesem Hintergrund muss die Finanzierung auch außerhalb des jeweiligen Personalschlüssels erfolgen.

Für eine gelebte Hospizkultur in den Einrichtungen ist zudem von besonderer Bedeutung, dass nicht nur die Pflegekräfte, sondern obligatorisch auch die Betreuungskräfte gem. § 43b SGB XI und fakultativ sämtliche Mitarbeiter*innen der Pflegeeinrichtungen durch einen Basiskurs Palliative Care (20 Stunden) geschult werden. Die Kosten der Fortbildung sind in den Pflegegesetzverhandlungen zu berücksichtigen und dürfen nicht zur Lasten der Pflegebedürftigen oder Mitarbeiter*innen gehen.

8. Einbezug der psychosozialen Fachkraft in die SAPV

Der DHPV schlägt eine Klarstellung in § 37b SGB V dahingehend vor, dass die psychosozialen Leistungen der SAPV im Rahmen der SAPV sichergestellt und finanziert werden.

- Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sichert die Versorgung und Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs ab. Das kann einerseits das Zuhause der Menschen darstellen, betrifft aber auch Menschen in Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in stationären Hospizen. § 37b SGB sichert rechtlich den Leistungsanspruch der Versicherten auf SAPV ab. Voraussetzung ist eine nicht heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die einer besonders aufwändige Versorgung bedarf.

- Die SAPV stellt sich als spezifische Gesamtleistung bzw. Komplexleistung im ambulanten Versorgungssektor dar. Die SAPV beinhaltet somit nicht nur medizinische und pflegerische Leistungsanteile, sondern erfordert notwendigerweise auch psychosoziale Leistungen, die durch psychosoziale Fachkräfte erbracht werden. Diese multiprofessionelle Intervention ermöglicht häufig erst den Verbleib der Patient*innen im ambulanten Setting und bildet somit das Fundament für die medizinisch-pflegerische Komplexleistung der SAPV. Ist dies nicht gegeben, kann der meistens bestehenden Überforderung des sozialen Umfeldes nicht wirkungsvoll begegnet werden und somit die Versorgung in der Häuslichkeit erschweren bzw. unmöglich machen mit der Folge einer (kostenintensiveren) stationären Versorgung. Die Einbindung einer psychosozialen Fachkraft als strukturelle Anforderung an das SAPV-Team entspricht den Empfehlungen der erweiterten S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (Empfehlung Nr. 5.15).

Ohne diese multiprofessionelle Struktur des SAPV-Teams erhöht sich das Risiko für die Patient*innen, außerhalb ihrer vertrauten Umgebung versterben zu müssen und schränkt somit ihr Selbstbestimmungsrecht, ihre letzte Lebensphase nach ihren Vorstellungen gestalten zu können, übermäßig ein.

Die speziellen Aufgaben der psychosozialen Fachkraft können nicht durch ambulante Hospizdienste erbracht werden, da diese Form der ehrenamtlichen psychosozialen Unterstützung inhaltlich und organisatorisch anders gelagert ist und die psychosoziale Betreuung im Rahmen der SAPV nicht abbildet.

Die Änderung des § 37b stellt somit sicher, dass sterbende und schwerstkranke Menschen mit Anspruch auf eine SAPV-Versorgung entsprechend dem aktuellen Wissensstand bestmöglich in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden.

Der DHPV schlägt daher folgende Formulierung vor:

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (...) wird wie folgt geändert:

§ 37b wird wie folgt geändert:

- In Abs. 1 S. 3 wird nach „ärztliche“ ein Komma eingefügt, das Wort „und“ gestrichen und nach „pflegerische“ die Wörter „und psychosoziale“ eingefügt.

*Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche, **und** pflegerische **und psychosoziale** Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.*

(...)