



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz-Info-Dienst

17. September 2015

Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++

**Stellungnahme
zur Anhörung „Palliativversorgung“ des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 21. September 2015 zu den Bundestagsdrucksachen
BT-Drs. 18/5170, BT-Drs. 18/5202, BT-Drs. 18/4563**



I. Vorbemerkungen

Vor über 30 Jahren begann der Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Damals war beabsichtigt, die hospizliche und palliative Versorgung Sterbender möglichst schnell in eine Regelversorgung zu überführen. Dieses Ziel wurde – trotz aller Verbesserungen bei der Begleitung sterbender Menschen – bis heute leider nicht erreicht. Zu diesem Schluss kam auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder bei ihrer Tagung am 24. und 25. Juni 2015. In ihrem Beschluss zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung fordern die Länder, „dafür Sorge zu tragen, dass insbesondere eine Integration von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung und die Entwicklung einer Palliativkultur in das Regelsystem erreicht werden“.¹ Zu den Ergebnissen der Konferenz erklärte die Gesundheitssenatorin der Freien und Hansestadt Hamburg, Cornelia Prüfer-Storcks, außerdem: „Jetzt ist es wichtig, allen Patienten und allen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen auch tatsächlich den Zugang zu diesen spezialisierten Angeboten zu ermöglichen“.²

Pflegeheime haben stärksten Zuwachs in der Betreuung Sterbender

Im April 2015 wurde eine neue Gießener Studie über Sterbeorte in Deutschland veröffentlicht. Schwerpunkt dieser dritten Untersuchung waren die Rahmenbedingungen der Sterbegleitung in stationären Hospizen. Prof. Dr. Wolfgang George, Leiter des TransMIT-Projektbereichs für Versorgungsforschung, kommt zum Schluss: „So sollte sich die Aufmerksamkeit der verantwortlichen politischen Entscheider insbesondere auf die stationären Pflegeeinrichtungen richten, denn diese besitzen nach allen vorliegenden Informationen den stärksten Zuwachs in der Betreuung Sterbender und sind bis heute am wenigsten auf diesen vorbereitet und entsprechend finanziell sowie personell ausgestattet.“³

Die im Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) gemachten Vorschläge greifen zu kurz, um die hospizliche und palliative Versorgung von Schwerstkranken, Pflegebedürftigen und Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen zeitnah zu verbessern. Auch im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) fehlen wirksamen Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat im Juni 2015 ein Konzept vorgelegt, mit dem für sterbende Menschen in Pflegeheimen im Bedarfsfall ein Anspruch auf Hospizleistungen geschaffen wird.⁴ Die geschätzten Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung belaufen sich auf rund 727 Mio. Euro. Sie greift damit auch die in den Bundestags-Drucksachen (BT-Drs.) 18/5202 und 18/4563 formulierten Forderungen zur besseren Versorgung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen auf.

¹ Gesundheitsministerkonferenz, Beschlüsse der 88. GMK (2015), TOP: 8.2 Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, abrufbar unter: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=302&jahr>.

² Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, GMK fordert Austausch zum Thema Telematik im Sinne der Patientinnen und Patienten, 25.06.2015, abrufbar unter: <http://msagd.rlp.de/presse/einzelansicht/archive/2015/june/article/gmk-fordert-austausch-zum-thema-telematik-im-sinne-der-patientinnen-und-patienten/>.

³ Wolfgang George, Gießener Sterbestudien über Sterbeorte in Deutschland, Teil III: Die Hospize, ProAlter Juli/August 2015, S. 56.

⁴ Patientenschutz-Info-Dienst 2/2015, Gleichstellung Sterbender - Anspruch auf Hospizleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen - Leistung, Bedarf, Kosten, abrufbar unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Gleichstellung_Sterbender_Hospiz_Pflege_20150611.pdf.



II. Forderungen

1. Ungleichbehandlung der Pflegeheimbewohner beenden

In den 13.030 stationären Pflegeeinrichtungen⁵ leben ca. 750.000 Menschen, die gesetzlich pflegeversichert sind.⁶ Eine Sterbestatistik nach Sterbeorten fehlt. Im Eckpunktepapier „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ von Bundesminister Gröhe u. a. gehen die Autoren von jährlich 340.000 Sterbenden in Pflegeheimen aus.⁷ Dies wären 38 Prozent der jährlich in Deutschland Sterbenden.⁸ Ob die Menschen tatsächlich im Pflegeheim sterben oder zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden, wird nicht differenziert. Geht man mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) davon aus, dass in Industrieländern 60 Prozent der Sterbenden eine palliative Begleitung benötigen⁹, so sind dies in deutschen Pflegeheimen jährlich 204.000 Personen.¹⁰ In den derzeit 206 stationären Hospizen¹¹ sterben laut Angaben von 2013 jedes Jahr rund 25.000 Menschen.¹² Dies wären rund 2,8 Prozent der Sterbefälle pro Jahr in Deutschland.

Hospize und Pflegeheime sind somit Orte des Sterbens. Grundsätzlich bedarf es für Menschen in den letzten Wochen und Monaten des Lebens einer Anpassung der Betreuungssituation an die sich ändernden Bedürfnisse. Hier stehen Schmerzfreiheit und Symptomkontrolle, professionelle palliative Pflege und Begleitung im Vordergrund. Dies muss unabhängig vom Aufenthaltsort gelten, sei er ein Pflegeheim, ein Hospiz, ein Krankenhaus oder zu Hause. Der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass beide Einrichtungen für sterbende Menschen gleichwertige Bedingungen erfüllen. Beide weisen große Gemeinsamkeiten auf. Grundsätzlich sind die Leistungen stationärer Hospize denjenigen stationärer Pflegeeinrichtungen sehr ähnlich (Vgl. § 3 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V).

Denn stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize

- bieten Unterkunft, Verpflegung und die pflegerische Versorgung der Bewohner,
- unterliegen der Heimgesetzgebung des Bundes (vgl. § 1 Abs. 3 HeimG),
- unterliegen den gleichen Maßstäben der Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI (bei Hospizen über § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V),

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 21.

⁶ Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 13.03.2015, S. 1.

⁷ Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6.

⁹ WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

¹⁰ Hiervon gehören 94 Prozent der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an. Vgl. Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung, in: BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 13.03.2015, S.1.

¹¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 14.08.2015.

¹² Wolfgang George, Gießener Sterbestudien über Sterbeorte in Deutschland, Teil III: Die Hospize, ProAlter Juli/August 2015, S. 54.



- sehen vor, dass die ärztliche Versorgung der Bewohner grundsätzlich durch niedergelassene Haus- bzw. Fach- und Palliativärzte erfolgt,
- können durch Einbindung in regionale Netzwerke Unterstützung erhalten,
- können Angebote der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hinzuziehen,
- sind Orte des Sterbens: Der Anspruch auf Versorgung im Hospiz setzt laut Rahmenvereinbarung eine begrenzte Lebenserwartung von maximal wenigen Monaten voraus.¹³ In Pflegeheimen sterben mittlerweile 30 Prozent der Bewohner ebenfalls in den ersten 3 Monaten nach Einzug. 60 Prozent versterben innerhalb des ersten Jahres.¹⁴

Jedoch werden die Angebote für Sterbende in beiden Versorgungsformen unterschiedlich hoch gesetzlich finanziert: Während die Sozialkassen für einen Platz im Hospiz ca. 6.500 Euro im Monat zur Verfügung stellen, liegt dieser Betrag für Pflegeheime bei maximal 1.612 Euro (Pfleigestufe III, § 43 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB XI). Für einen Hospizplatz wenden die Sozialkassen im Vergleich zu einem Pflegeheimplatz mit Pfleigestufe III demnach jeden Monat knapp 5.000 Euro mehr auf. Somit entscheidet derzeit allein der Ort des Sterbens über die finanzielle Ausstattung, obwohl die Bedürfnisse der Menschen in der letzten Lebensphase identisch sind. Ein Wechsel vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz ist grundsätzlich nicht möglich (§ 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V).

1.1. Anspruch auf Hospizleistungen für Pflegeheimbewohner

Es ist offensichtlich, dass unter den gegebenen Bedingungen eine adäquate palliativ-hospizliche Versorgung sterbender Patienten im Pflegeheim analog zum stationären Hospiz nicht mit dem im SGB XI bestehenden „Teilkasko-System“ geleistet werden kann. Strukturbedingt wird sie immer hinter dem Anspruch auf Vollversorgung in einem stationären Hospiz (§ 39a Abs. 1 SGB V) zurückstehen. Weder der Entwurf des HPG, noch der Gesetzentwurf zum PSG II sehen einen wirksamen leistungsrechtlichen Anspruch für Pflegeheimbewohner auf Hospiz- und Palliativversorgung vor.

Leistungen auf dem Niveau eines stationären Hospizes

Sterbende Pflegeheimbewohner mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf sind in den gesetzlichen Hospizleistungen den Hospizbewohnern gleichzustellen. Daher müssen auch Pflegeheimbewohner, die die Voraussetzungen für eine Versorgung im stationären Hospiz erfüllen, einen Anspruch auf Hospizleistungen im Pflegeheim erhalten. Die Hospizleistungen des Pflegeheims müssen dabei hinsichtlich Qualität und Umfang den Leistungen eines stationären Hospizes entsprechen (gemäß der geltenden Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V).¹⁵ Dafür erhalten Pflegeheime für Hospizleistungen dieselbe Vergütung wie ein stationäres Hospiz. Die jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden seitens der Deutschen Stiftung Patientenschutz auf ca. 727 Millionen Euro geschätzt.

¹³ GKV-Spitzenverband, Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i.d.F. vom 14.04.2010.

¹⁴ Deutscher Bundestag, Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), BT-Drs. 18/5170, 12.06.2015, S. 50.

¹⁵ Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/hospiz_und_palliativversorgung.jsp.



Anspruchsberechtigt ist, wer zum Zeitpunkt der Antragstellung in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wird und dieselben medizinischen Voraussetzungen wie ein Hospizpatient erfüllt. Die Notwendigkeit von Hospizleistungen im Pflegeheim ist durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu bestätigen – wie beim Anspruch auf stationäre Hospizleistungen. Die Leistung ist zunächst auf vier Wochen befristet. Die Versorgungsdauer wird sich an der durchschnittlichen Verweildauer in stationären Hospizen orientieren. Diese beträgt 18 Tage.¹⁶

Palliative-Care-Team mit besonders qualifizierten Pflegekräften

Die Grundpflege, die Behandlungspflege und die palliativ-hospizliche Versorgung des Patienten sollen von einem Palliative-Care-Team erbracht werden, das aus besonders qualifizierten angestellten Pflegekräften der Pflegeeinrichtung besteht. Dieses Team wird im Bedarfsfall von einer verantwortlichen Krankenpflegekraft (Qualifikation analog § 4 Abs. 4 a der geltenden Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V) einberufen und geleitet. Die personelle Zusammensetzung des Teams erfolgt dabei aus einem Pool derjenigen Pflegekräfte des Heims, die über eine Palliative-Care-Weiterbildung verfügen und sich zur Beteiligung in diesem Team bereiterklärt haben. Die teilnehmenden Pflegekräfte sind ab dem Zeitpunkt der Zugehörigkeit zum Palliative-Care-Team von ihrem bisherigen Aufgabenbereich nach Bedarf entbunden. Sie unterstehen weisungsrechtlich der leitenden Hospiz-Krankenpflegekraft. Diese Form der Palliative-Care-Teams schafft eine sektorenübergreifende Versorgung Sterbender mit palliativ-hospizlichem Bedarf in Pflegeheimen. Zudem stärkt sie die Attraktivität der Pflegeberufe.¹⁷ Die Aufgaben bestimmen sich im Einzelnen aus dem Leistungsumfang. Die Größe des jeweiligen Palliative-Care-Teams muss einschließlich der verantwortlichen Krankenpflegekraft einem Personalschlüssel von 1,2 Pflegekräften je Sterbendem entsprechen. Kooperationen in Netzwerken können hier nicht ersetzen, dass ein solcher Personalstamm vorgehalten werden muss. Bei der Personalausstattung stationärer Hospize wird dies im Übrigen nicht in Frage gestellt.

Regelungsvorschlag im SGB V

In Pflegeeinrichtungen mit weniger als 25 Betten, die aus Ressourcengründen keine Hospizleistungen anbieten können, muss den Sterbenden mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf der Wechsel in ein stationäres Hospiz ermöglicht werden. Die Rahmenvereinbarung ist entsprechend anzupassen.

Für alle anderen stationären Pflegeeinrichtungen fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, die Gleichstellung sterbender Pflegeheimbewohner gegenüber Hospizpatienten im SGB V zu verankern.

Konkret wird vorgeschlagen, in § 39a Abs. 1 SGB V nach Satz 1 einzufügen:

„Stationäre Hospizleistungen können auch in Einrichtungen der stationären Pflege gemäß § 72 SGB XI erbracht werden.“

¹⁶ Die durchschnittliche Verweildauer wird mit zwei bis vier Wochen angegeben. Der hier verwendete Mittelwert wurde gebildet aus Angaben von: Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Studienergebnisse über die Hospizarbeit 2009, S. 5 (20 Tage), und: PflegeWiki, abgerufen unter http://www.pflegewiki.de/wiki/Station%C3%A4res_Hospiz am 03.06.2015 (17 Tage).

¹⁷ Vgl. Wolfgang George (Hg.), Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen – Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen, 2014, Kapitel 15, Wolfgang George, Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege, S. 153-202.



1.2. Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen

Ein weiteres Problem betrifft die medizinische Behandlungspflege für Pflegeheimbewohner. Hierfür übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in Heimen die Kosten nur in Höhe der pauschalen Leistungsbeträge (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Da die pauschalen Leistungsbeträge in der Praxis bereits ohne medizinische Behandlungspflege ausgeschöpft sind, muss die medizinische Behandlungspflege de facto über seinen Eigenanteil vom Pflegeheimbewohner getragen werden. Eine Studie zeigt, dass sie auf Grund dieser Regelung somit mit jährlich 1,1 bis 2,3 Mrd. Euro zusätzlich belastet werden.¹⁸ Geht man von einem Mittelwert von jährlich 1,7 Mrd. Euro und von 750.000 Pflegeheimbewohnern aus, die gesetzlich pflegeversichert sind, beträgt die jährliche Belastung pro Pflegeheimbewohner 2.267 Euro, also 188,89 Euro im Monat.

Dass Pflegebedürftigkeit arm macht, gilt heute ganz besonders für die Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen. 38 Prozent der männlichen und 31 Prozent der weiblichen Bewohner in der stationären Pflege waren 2014 auf die Sozialleistung „Hilfe zur Pflege“ als Teil der Sozialhilfe angewiesen.¹⁹

Systemgerechte Verankerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Auch der Anspruch auf medizinische Behandlungspflege in der stationären Versorgung muss systemgerecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden. Daher wird empfohlen, im SGB XI die medizinische Behandlungspflege in den Vorschriften betreffend die Tages- und Nachtpflege (§ 41 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), die Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) und die vollstationäre Pflege (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) zu streichen.

Dafür ist im SGB V der § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 entsprechend zu ergänzen. § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V soll daher lauten:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten **und stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI**, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.“

Die Ausnahmeregelung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V kann damit entfallen.

¹⁸ Vgl. Heinz Rothgang, Rolf Müller, Ökonomische Expertise, Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, 2013, S. 32.

¹⁹ Statistisches Bundesamt, in: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Sigrid Hupach, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. betreffend „Pflegearmut in Deutschland, BT-Drs 18/5803, 03.09.2015, Anlage zu Frage 8.



1.3. Notfallvorräte für Betäubungsmittel (BtM) in Pflegeheimen

Benötigt heute ein Pflegeheimbewohner in einer Akutsituation ein anderes als das für ihn verschriebene und gelagerte Schmerzmittel, so muss dieses durch einen Arzt verschrieben und bei einer Apotheke besorgt werden.

Im Rahmen der 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung, die am 18.05.2011 in Kraft getreten ist, wurde die Bereithaltung sogenannter BtM-Notfallvorräte auf Einrichtungen der SAPV und auf Hospize erweitert (§ 5c BtMVV). Der Gesundheitsausschuss sowie der Ausschuss für Agrarpolitik und Verbraucherschutz des Bundesrates hatten damals im Rahmen der parlamentarischen Beratungen gefordert, diese Regelung auch auf Alten- und Pflegeheime auszuweiten.²⁰ Leider konnte sich die Forderung im Bundesrat nicht durchsetzen, so dass es Pflegeheimen bis heute untersagt ist, einen patientenunabhängigen Vorrat an Betäubungsmitteln für Notfälle (Notfallvorrat) bereitzuhalten.

Die zulässige Möglichkeit zur erneuten Verschreibung gelagerter und nicht mehr benötigter Betäubungsmittel gemäß § 5b Abs. 4 BtMVV gestattet nach dem Wortlaut nur die erneute Verschreibung an einen anderen Pflegeheimbewohner, aber gerade nicht die patientenunabhängige Lagerung ohne eine konkrete Verwendungsabsicht. Folge ist, dass Pflegeheimbewohner im Vergleich zu Hospizbewohnern auch hier benachteiligt sind.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz erneuert ihre Forderung, dass in Pflegeheimen ein Vorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf ihrer Bewohner bereitgehalten werden muss.

Konkret wird vorgeschlagen, § 5c Abs. 1 Satz 1 BtMVV auf Pflegeheime zu erweitern:

„Hospize, **Alten- oder Pflegeheimen** und Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung dürfen in ihren Räumlichkeiten einen Vorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf ihrer Patienten (Notfallvorrat) bereithalten.“

2. Fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Pflegeheime schulden den Bewohnern alle für die Versorgung nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Pflege (§ 43 SGB XI) sowie die Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI). Um die medizinische Versorgung müssen sich die Bewohner bzw. ihre Bevollmächtigten oder Betreuer im Rahmen der freien Arztwahl eigenverantwortlich kümmern. Diese Eigenverantwortung stößt jedoch schnell an ihre Grenzen. Daher werden laut einer Studie Arztbesuche in Pflegeheimen fast ausschließlich (98,8 Prozent) vom Heimpersonal initiiert.²¹ Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt zwar der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 Abs. 1 SGB V), jedoch entbindet dies den Patienten bzw. dessen Vertreter nicht von der Pflicht zur eigenständigen Konsultation des (Fach-)Arztes.

²⁰ Vgl. BR-Drs. 130/1/11, S. 2.

²¹ Johannes Hallauer, Christel Bienstein, Ursula Lehr, Hannelore Rönsch, SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, 2005, S. 21.



Somit befindet sich die (fach-)ärztliche Versorgung des Pflegeheimbewohners in einem „Dreieck der Unzuständigkeit“ zwischen Patientenvertreter, Pflegeheim und niedergelassenen Ärzten. Diese Situation spiegelt sich auch in einer nach wie vor unzureichenden fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen wieder. Das Ergebnis dieser einschlägigen Studie aus dem Jahr 2013 stellt sich wie folgt dar:²²

Zuständiger Arzt	Durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen/Jahr
Psychiatrischer oder neurologischer Facharzt	< 2
Facharzt für Augenheilkunde	± 0,5
Facharzt für Orthopädie	± 0,5
Facharzt für Urologie	≤ 1
Facharzt für Gynäkologie	≤ 1
Facharzt für Zahnmedizin	≤ 1

Obwohl die mangelhafte Versorgung schon seit den 1990er Jahren bekannt ist, schuf der Gesetzgeber erst im Jahr 2008, in Anlehnung an das sogenannte „Berliner Projekt“, für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit Vertragsärzten zu schließen bzw. geriatrisch fortgebildete Ärzte anzustellen (§ 119b SGB V). Im Jahr 2012 wurde diese Möglichkeit im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) um Qualitätssicherungs- und Evaluierungsmaßnahmen ergänzt. Zudem wurde in § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. HS, Nr. 1 und 2 SGB V die Zahlung von Zuschlägen bei der ärztlichen Vergütung vorgesehen. Diese Versuche, die eklatante Unterversorgung durch Kooperationsverträge mit Fachärzten zu beheben, brachten keinen messbaren Erfolg.

Die Bedeutung der fachärztlichen Versorgung kann am Beispiel der Zahnmedizin besonders veranschaulicht werden. So ergibt sich aus der oben zitierten Studie, dass mehr als 60 Prozent der Bewohner kein einziges Mal im Jahr von einem Zahnarzt untersucht wurden.²³ Entzündungen des Parodontiums (Zahnhalteapparats) stellten sich mit einer Krankheitshäufigkeit von 90 Prozent dar.²⁴ Zwar bewerteten 78 Prozent der Bewohner ihre Kaufähigkeit als gut, konnten jedoch weder in eine Apfelschale beißen noch Fleisch zu sich nehmen.²⁵ Nach einer anderen Untersuchung liegt der letzte Zahnarztbesuch bei Pflegeheimbewohnern im Durchschnitt 21,9 Monate zurück.²⁶ Diese Zahlen sind erschreckend, zumal ein gesunder Zahnhalteapparat für die Ernährung unerlässlich ist.

2.1. Koordination durch Pflegeheimträger

Der Gesetzentwurf setzt weiterhin auf vertragliche Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten, sowie auf verbesserte finanzielle Anreize für Letztere. Zwar wird die Umwandlung des § 119b Abs. 1 SGB V in eine „Soll-Vorschrift“ den Abschlussdruck erhöhen, jedoch sind diesem rechtliche und faktische Grenzen gesetzt. Insbesondere besteht dann

²² Katrin Balzer, Stefanie Butz, Jenny Bentzel, Dalila Boulkhemair, Dagmar Lühmann, Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland, 2013, S. 18.

²³ aaO, S. 18 mwN.

²⁴ aaO, S. 39 mwN.

²⁵ aaO, S. 252 mwN.

²⁶ Ina Nitschke, Julian Hopfenmüller, Werner Hopfenmüller, Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland, 2012, in: IDZ-Information (03), 4-21; in: BARMER GEK Pflegereport 2014, S. 213 f.



kein Kontrahierungszwang des Arztes, wenn dieser keine Möglichkeit einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim sieht.²⁷ Daher ist die vorgesehene sozialrechtliche Verpflichtung zur Kooperation leicht aushebelbar. In der Praxis scheitern Kooperationen zudem häufig an der Schwierigkeit, geeignete ärztliche Kooperationspartner zu finden.

Hieran hat auch die Einführung von Vergütungszuschlägen für die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG, in Kraft seit 01.01.2013, § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. HS, Nr. 1 und 2 SGB V) nichts geändert. Ebenso wenig wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausweitung der Vergütungsanreize in § 87 Abs. 2a SGB V nennenswerte Verbesserungen bringen.

Der vom Gesetzgeber seit dem Jahr 2008 verfolgte Ansatz einer selbstregulatorischen Lösung mittels Kooperationsverträgen und Vergütungsanreizen hat sich nicht bewährt. Eine nachhaltige Lösung muss daher grundlegender ansetzen.

Einführung einer sozialrechtlichen Verpflichtung

Die Koordination der (fach-)ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist auf Grund der bisherigen praktischen Erfahrungen dem Aufgabenbereich der Pflegeheimträger zu übertragen. Sie sollen künftig nicht nur die pflegerische Versorgung, sondern auch die Organisation der medizinischen Versorgung und der Vorsorgeuntersuchungen übernehmen. Dies muss auch die Behandlung durch Schmerz- und Palliativmediziner umfassen.

Bereits jetzt gehört die Hilfe zur Sicherung der ärztlichen Versorgung zu den nebenvertraglichen Pflichten der Pflegeeinrichtung. Diese zivilrechtliche Verpflichtung gegenüber dem Bewohner muss durch eine sozialrechtliche Verpflichtung gegenüber den Kostenträgern ergänzt werden. Schuldhaftige Verletzungen dieser sozialrechtlichen Verpflichtung können dann auch mit Entgeltkürzungen oder sogar mit der Kündigung des Versorgungsvertrages sanktioniert werden.

Förderung der Ansiedlung geeigneter Ärzte

Ergänzend zur Verpflichtung der Pflegeheime zur Koordination der medizinischen Versorgung ihrer Bewohner muss die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen. Sie muss in unterversorgten Regionen die Ansiedelung geeigneter Ärzte fördern, die dann den Pflegeheimen als Kooperationspartner zur Verfügung stehen. Bereits heute besteht ein Vermittlungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur Förderung von Kooperationsverträgen (§119b Abs. 1 S. 2 SGB V), der jedoch nicht wirksam umgesetzt wird.

Die Umformung der „Kann“-Regelung in eine „Soll“-Regelung im Gesetzesentwurf reicht nicht aus, um das Ziel einer umfassenden ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Um dies sicherzustellen, bedarf es sowohl für die stationären Pflegeeinrichtungen als auch für die Kassenärztliche Vereinigung einer Verpflichtung mit Sanktionsmöglichkeit. Für die Kassenärztliche Vereinigung wird dies über den Verweis auf § 75 Abs. 1 SGB V erreicht.

²⁷ Welti, in: Becker/Kingreen, Kommentar SGB V, 4. Auflage, München 2014, § 119b Rn. 7.



Daher wird eine Neufassung des § 119b SGB V empfohlen:

„(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen sind für die Koordination der ärztlichen, insbesondere der fachärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung verantwortlich.

(2) Zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung nach Abs. 1 hat die Kassenärztliche Vereinigung den stationären Pflegeeinrichtungen durch Vermittlung von Ärzten im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zu unterstützen. § 75 Abs. 1 gilt entsprechend.

(3) Das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl nach § 76 bleibt hiervon unberührt.“

Um seitens der Pflegekassen ein Nichteinhalten der Verpflichtungen sanktionieren zu können, ist § 75 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„Nr. 10 Kürzung der Pflegevergütung und Kündigung des Versorgungsvertrages gemäß § 72 bei Nichteinhaltung der Pflicht zur Koordination der ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß § 119b SGB V.“

Die Einhaltung der Vorsorgeuntersuchungen, die regelmäßige Untersuchung des Gesundheitszustandes durch Fachärzte (zum Beispiel Zahnarzt, Augenarzt etc.), das Bestehen eines Kooperationsvertrages mit Ärzten oder die Beschäftigung eines angestellten „Heimarztes“ sind als wichtige Qualitätskriterien zwecks Information und Markttransparenz zu veröffentlichen.

2.2. Behandlungszimmer in Pflegeheimen

Um die Qualität und den größtmöglichen Umfang der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen vor Ort zu gewährleisten, bedarf es der Vorhaltung entsprechend ausgestatteter Behandlungszimmer in Pflegeheimen.

Die Pflicht zur Einrichtung von Behandlungszimmern ist im Anforderungskatalog des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI zu verorten. Dieser soll lauten:

„Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die [...]

Nr. 5 Behandlungszimmer zur Gewährleistung der (fach-) ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung im angemessenen Umfang unterhalten.“



3. Verbesserung der Allgemeinen und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (AAPV und SAPV)

Der Gesetzgeber führte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 01.04.2007 den Rechtsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) in § 37b SGB V ein.²⁸ Der Gesetzgeber ging von einem Versorgungsbedarf von 10 Prozent aller Sterbenden aus.²⁹ Während in den derzeit 206 Hospizen die Betreuung von Schmerzpatienten mittels SAPV gewährleistet ist und den Patienten dadurch ein möglichst schmerz- und symptom-freies Sterben ermöglicht wird, ist die Versorgung in den 13.030 Pflegeheimen und im ambulanten Bereich noch immer unzureichend.

Nach der Intention des Gesetzgebers im Jahr 2007 sollte der Anspruch auf SAPV auf das bereits bestehende Fundament der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) aufgebaut werden. Man ging damals von der Annahme aus, dass die AAPV überall verfügbar und die Versorgung bundesweit sichergestellt sei. Eine gesetzliche Regelung der AAPV fehlt jedoch bis heute.

3.1. Bedarfsplan zur Palliativversorgung

Im Jahr 2013 verstarben 893.000 Menschen in Deutschland.³⁰ Wie viele dieser Menschen tatsächlich palliativ betreut wurden, kann jedoch nur geschätzt werden. Eine statistische Erfassung der Sterbeorte und des Leistungsgeschehens in der Palliativversorgung fehlt bis heute. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) benötigen in Industrieländern wie Deutschland 60 Prozent der Sterbenden eine palliative Begleitung.³¹ Demnach haben ca. 535.000 Sterbende in Deutschland jährlich Bedarf an palliativer Versorgung.

Nach dem Bericht zum Stand der Umsetzung der SAPV konnten im Jahr 2013 insgesamt 37.564 Erstverordnungen gezählt werden.³² Auf Palliativstationen, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen, wurden 32.057 Patienten versorgt.³³ Laut Angaben von 2013 werden in stationären Hospizen jedes Jahr 25.000 Menschen beim Sterben begleitet.³⁴ Zahlen zur AAPV fehlen vollständig. Rechnet man diese Zahlen zusammen, kommt man auf 94.621 Menschen. Bei dieser Zahl muss zudem berücksichtigt werden, dass viele Patienten mehrfach erfasst wurden.

²⁸ Vgl. BT-Drs. 3100/16.

²⁹ BT-Drs. 3100/16, S. 105.

³⁰ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland, 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6.

³¹ WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

³² Gemeinsamer Bundesausschuss, Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013, S. 20.

³³ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.4, Gesundheit – Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, 2013, 11.03.2015, S. 25.

³⁴ Wolfgang George, Gießener Sterbestudien über Sterbeorte in Deutschland, Teil III: Die Hospize, ProAlter Juli/August 2015, S. 54.



Somit ergibt sich für das Jahr 2013 folgende Versorgungssituation:

	Bedarf absolut	Bedarf relativ	Versorgung absolut	Versorgung relativ
SAPV	89.300	10 Prozent der Sterbenden	37.564	4,21 Prozent der Sterbenden
Palliative Care	535.000	60 Prozent der Sterbenden	94.621	10,59 Prozent der Sterbenden

Die im Gesetzentwurf eher marginalen Änderungsvorschläge werden die eklatante Unterversorgung nicht beheben können. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert deshalb eine grundsätzliche Kehrtwende und eine Neuausrichtung durch Aufnahme der ambulanten Palliativversorgung (AAPV und SAPV) in die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Planung für AAPV und SAPV auf Landesebene

Wie bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung soll auf Landesebene ein Bedarfsplan gemäß § 99 SGB V erstellt werden. Soweit der Bedarfsplan unterversorgte Regionen ausweist, ist es Aufgabe der Krankenkassen geeignete Einrichtungen und Personen gemäß § 132d SGB V zu ermitteln und ggf. mit Hilfe von Fördermitteln in analoger Anwendung des § 105 SGB V Niederlassungen in strukturell unterversorgten Gebieten anzuregen. Flankierend ist eine Förderung der Weiterbildung von Pflegekräften erforderlich. Der Bedarfsplan hat insbesondere auch die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) zu umfassen und muss die Erbringung der auf Grundlage der gemäß EBM 03370 – 003373 abgerechneten Leistungen analysieren. Der Bedarfsplan muss veröffentlicht werden. Dadurch soll den jeweiligen Landesregierungen und auch der Bundesregierung Gelegenheit gegeben werden, weitere Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden SAPV und AAPV zu ergreifen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert deshalb, dass nach § 37b SGB V folgender neuer „§ 37c SGB V – Bedarfsplan zur Palliativversorgung“ eingefügt wird:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der ambulanten Palliativversorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen, erstmals zum 31.03.2016. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Bedarfsplanung nach § 99, die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 132d Abs. 2 und die im Bundesmantelvertrag-Ärzte gemäß § 87 Abs. 1b vereinbarten Anforderungen sind zu beachten. Den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Bedarfsplan ist zu veröffentlichen.“



3.2. Berichtspflicht zur Qualitätssicherung

Neben Zahlen zum Versorgungsgrad fehlen auch gesicherte Erkenntnisse über die Qualität der bereits vorhandenen Angebote im Bereich SAPV und AAPV. Zwar legt gemäß § 132d Abs. 2 Nr. 2 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Empfehlungen auch über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung fest. Ob diese Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden, wird allerdings nur unzureichend nachgehalten. Angesichts des notwendigen Ausbaus der SAPV und AAPV bedarf es zur Förderung der Qualität dieser Leistungsangebote einer Dokumentationspflicht. Hier müssen auch Daten zur Arzneimittelversorgung und zur Delegation bestimmter Leistungen im Rahmen der SAPV einfließen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert zur Sicherstellung der Qualität von SAPV und AAPV eine Berichtspflicht. Deshalb muss § 132d SGB V um folgenden neuen Absatz 3 für die Berichtspflicht zur SAPV-Qualität ergänzt werden:

„Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) erstellt auf Landesebene jährlich einen Bericht über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der palliativen Versorgung der Versicherten. Unter Berücksichtigung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 132d Abs. 2, der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b Abs. 3 und der Vorgaben im Bundesmantelvertrag gemäß § 87a Abs. 1b hat der Bericht auch Auskunft darüber zu geben, wie weit der gemäß Bedarfsplan zur Sicherstellung erforderliche Versorgungsgrad erreicht ist.“

Weiter muss § 136 Abs. 1 SGB V um folgenden Satz 3 für die Berichtspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung zur Qualitätssicherung in der Palliativversorgung ergänzt werden:

„Der Bericht soll auch Auskunft über den Stand der Qualitätssicherung in der Palliativversorgung geben.“