

Stellungnahme der BIVA zum Referentenentwurf „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“

Wir begrüßen das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu verbessern. Allerdings halten wir die beabsichtigten Gesetzesänderungen für nicht ausreichend. Insbesondere werden im Gesetzentwurf die Belange der Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen nicht hinreichend berücksichtigt.

So fehlen z.B. Regelungen zu den finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeeinrichtungen, wenn sie die bei ihnen lebenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase hinreichend begleiten und ihnen ein würdevolles Sterben ermöglichen wollen. Solange den stationären Pflegeeinrichtungen jedoch die finanziellen Mittel zur Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen fehlen, können die bislang vorgesehenen gesetzlichen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden.

Aus den vorliegenden Veröffentlichungen zu Konzepten oder Modellmaßnahmen, die das Zusammenwirken der stationären Pflegeeinrichtungen mit den in § 132f SGB V vorgesehenen Akteuren berücksichtigen, ist erkennbar, dass zur finanziellen Situation erheblicher Handlungsbedarf besteht. So heißt es z.B. in der Broschüre des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen „Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen - Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis“:

S. 13: Pflegeheime sind Wohnort und Zuhause der Bewohnerinnen und Bewohner. Die vorhandenen Personalschlüssel erlauben jedoch nicht eine Versorgung, die derjenigen in einem stationären Hospiz entspricht.

S. 19: Mittel- bis langfristig müssen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die Personal-, Raum- oder Zeitkontingente umfassen können. Hierunter fallen insbesondere nachhaltige Qualifizierungsmaßnahmen auch unter Einbeziehung externer an der Versorgung Beteiligter, Veranstaltungen und Beratungsangebote für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für deren Angehörige, Erstellung und

Anschaffung von Informations- und Dokumentationsmaterial, Freistellung von Personal für Koordinierungsaufgaben und zur Teilnahme an Netzwerktreffen oder Öffentlichkeitsveranstaltungen. Die Pflegeeinrichtung sollte flexibel auf zeitintensivere palliative Versorgungssituationen (z.B. in der Final- und Terminalphase) reagieren können (z.B. mittels flexibler Arbeitszeitregelungen; „atmende Belegschaft“; bedarfsweiser Einsatz von beruflich Pflegenden anderer Stationen).

S. 21: Die hier vorgelegte Konzeption sollte bei den Vergütungsverhandlungen der Vertragsparteien angemessene Berücksichtigung finden.

Müller/Wistuba halten in „DIE SITUATION VON HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVE CARE IN DEUTSCHLAND“ fest:

Palliative Geriatrie darf nicht ein exklusives Angebot für Einzelne am unmittelbaren Lebensende sein. Darauf müssen nicht nur die Pflegeheime reagieren, auch die Selbstverwaltung, der Bund, die Länder und Kommunen müssen notwendige rechtliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung schaffen. Für den Bund und die Länder bedeutet das auch, die Weichenstellung in Richtung ideeller und finanzieller Förderung von Pflegeheimen mit palliativgeriatrischer Kompetenz voranzutreiben. Hier bedarf es der gesundheitspolitischen Steuerung, die alle Leistungserbringer und Betroffenen, also die Verbrauchersicht, einbezieht.

Auch dem Positionspapier vom 10. November 2014 „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ ist zu entnehmen, dass die Einrichtungen eine hospizliche und palliative Versorgung ohne weitere finanzielle Mittel kaum leisten können.

Allerdings kann es nicht angehen, dass die erforderlichen Mittel von den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. ihren Angehörigen (oder auch den Sozialhilfeträgern) aufgebracht werden müssen. Bereits deren Beteiligung an den Kosten der regulären Behandlungspflege stellt eine nicht länger hinnehmbare Benachteiligung dar. Unabhängig davon: Gäste eines stationären Hospizes müssen für den Aufenthalt dort keine eigenen Mittel aufbringen. Von daher darf sich zumindest der Mehraufwand einer hospizlichen Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht entgelterhöhend auf die Bewohnerinnen und Bewohner auswirken. Erstrebenswert ist vielmehr eine Gleichbehandlung jedenfalls insoweit, dass für die voraussichtlich letzten Lebensmonate seitens der Bewohnerinnen und Bewohner keinerlei Entgelt mehr gezahlt werden muss. Als Leistungsträger kommen hierzu primär die Krankenkassen in Betracht.

Wie aus dem vorgenannten Positionspapier hervorgeht ist vorgesehen, unter anderem die den Einrichtungen entstehenden Mehrkosten anhand von Modellprojekten zu eruieren.

Aus unserer Sicht erscheint es allerdings nicht erforderlich, mit (weiteren) Modellprojekten „Erkenntnisse insbesondere über das hausinterne Hospiz- und Palliativangebot und das Zusammenwirken von pflegerischen und hospizlichen Aufgaben in einer stationären Pflegeeinrichtung, die Vernetzung der vollstationären Pflegeeinrichtung mit den umliegenden Versorgern, den Aufwand und die Kosten einer umfassenden Hospiz- und Palliativversorgung, den Koordinierungsaufwand und die Kosten des ggf. zusätzlichen, bisher nicht finanzierten palliativ-pflegerischen Mehraufwands zu erlangen“. Solche Erkenntnisse konnten durch diverse Modellmaßnahmen bereits gewonnen werden. Beispielhaft seien einige davon nach Müller/Wistuba (a.a.O.) zitiert:

Pflegeheime müssen auf ihrem Weg unterstützt werden. Dies geschieht z. B. schon heute modellhaft über das „Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin“ (NPG). Am vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) des Unionhilfswerks konzipierten und koordinierten stadtübergreifenden Netzwerk sind 36 Berliner Pflegeheime (2014) beteiligt. Ziel ist die Verzahnung von Bildung und Organisationsentwicklung. KPG und NPG Berlin sind Teil des 3. Hospiz- und Palliativkonzeptes für das Land Berlin und werden von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin und der Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gem. GmbH gefördert und wurden im 2. Forum „Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ als wegweisend für eine bessere Versorgung schwerstkranker Menschen vorgestellt. Einige Kommunen, z. B. Hamburg und Jena, übernehmen das Konzept.

Zu § 132f SGB V

§ 132f Absatz 1 ist von Kann-, Soll- und Mussbestimmungen geprägt. Dies verwirrt. So ist schon nicht eindeutig erkennbar, ob die Versorgungsplanung identisch ist mit einer individuellen Beratung. Ebenfalls unklar ist, ob sich der Beratungsauftrag in § 132f Absatz 1 Sätze 2-8 allein auf stationäre Pflegeeinrichtungen bezieht oder zugunsten aller (versicherten) Palliativpatienten besteht.

Soweit die Soll- und Mussregelungen in Absatz 1 Sätze 2, 3, 5-8 nur dann Anwendung finden, wenn die stationären Pflegeeinrichtungen ihren versicherten Bewohnerinnen und

Bewohnern überhaupt eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten, stellt sich die Frage, wozu für ein freiwilliges Angebot eine gesetzliche Regelung erforderlich ist (Satz 1). Klarer wäre es aus unserer Sicht, wenn hierzu der finanzielle Anreiz einer Versorgungsplanung (Krankenkassenfinanzierung) in den Vordergrund gestellt werden würde.

Wenn wir es richtig sehen, wird die Versorgungsplanung von der Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen (§ 39b SGB VI) nicht umfasst. Möglicherweise wäre es sinnvoll, für betroffene Menschen mit rein ambulanter Versorgung in § 7a SGB XI zum Inhalt der Versorgungsplanung eine vergleichbare Regelung aufzunehmen.

Zu § 75 SGB XI

Soweit die Rahmenverträge um „die ausdrückliche Nennung der Sterbebegleitung ergänzt“ werden müssen, muss zunächst dafür gesorgt werden, dass die entsprechenden Rahmenverträge überhaupt bestehen. Dies ist bislang noch nicht überall für sämtliche Einrichtungsarten gewährleistet.