

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

8.4.2015

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Till-Christian Hiddemann
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
Jörg Freese, DLT
Uwe Lübking, DStGB

per Mail: 221@bmg.bund.de

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:
lutz.decker@staedtetag.de

Aktenzeichen
54.06.95 D

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

Ihr Schreiben vom 23. März 2015 – Az: 221 – 20020

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des o. g. Gesetzentwurfes. Für die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wird an der mündlichen Anhörung am 13.04.2015 Herr Beigeordneter Freese vom Deutschen Landkreistag teilnehmen.

Die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland ist auch uns ein hohes Anliegen. Vor diesem Hintergrund halten wir die Ziele des Gesetzentwurfs für grundsätzlich richtig und begrüßen die Gesetzesinitiative. Wir bedauern die erneut extreme Kurzfristigkeit der Durchführung des Anhörungsverfahrens. Eine angemessene Beteiligung unserer Mitglieder ist hierbei in keiner Weise möglich. Wir nehmen hierzu gleichwohl, so gut dies in der Kürze der Frist möglich ist und mit den Einschränkungen aufgrund der Kurzfristigkeit, zu Einzelaspekten wie folgt Stellung:

- Besonders in der Begründung werden immer wieder (Teil A, I.5., Teil B, Zu Artikel 1, Zu Nummer 3 (§39b), Zu Nummer 10 (§ 132f)) kommunale (Service-) Stellen, kommunales Engagement und kommunaler Einsatz angesprochen. Auch wenn diese Ausführungen nicht im Zentrum der neuen Regelungen stehen, möchten wir doch auf die Bedeutung hinweisen. Hier wird es auch darauf ankommen, dieses kommunale Engagement, auch in seinen finanziellen Grundlagen, mit zu fördern.

- Besonders begrüßenswert ist auch die selbst gesetzte Zielvorgabe, strukturschwache und ländliche Regionen im Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen. Wir sehen jedoch Schwachpunkte bei der entsprechenden Umsetzung dieses Versorgungsausbau. Die selbst gesetzte Vorgabe wird im Entwurf nämlich lediglich an zwei Stellen aufgegriffen. Zum einen soll der Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zur Lösung der Problematik beitragen. Dabei wird der § 132d des SGB V durch ein Schiedsverfahren erweitert, falls es zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den im Sinne dieser Vorschrift geeigneten Einrichtungen oder Personen zu keiner Einigung kommen sollte. Es ist aber nicht ersichtlich, wie diese Maßnahme den Versorgungsausbau in strukturschwachen Gebieten wesentlich voranbringen kann. Gibt es zwischen den Krankenversicherungen und Einrichtungen keine Vertragsverhandlungen, kann durch die Neuregelung auch die Versorgung in ländlichen Gebieten nicht verbessert werden. Denn es lässt sich der Begründung auch nicht entnehmen, dass derzeit zahlreiche Vertragsverhandlungen mit Einrichtungen aus strukturschwachen Regionen geführt werden, bei denen das Schiedsverfahren maßgeblich helfen kann, diese zu Ende zu führen und damit die Versorgung sicherzustellen.
- Die zweite Maßnahme im Rahmen des § 39a Abs. 1 S. 3 dient der Angleichung der finanziellen Ausstattung von stationären Hospizen durch eine Erhöhung des kalendertäglichen Mindestzuschuss von 7 auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 S. 1 SGB IV. Damit soll die Verringerung der regionalen Vergütungsunterschiede erreicht werden. Wir begrüßen diese Anhebung. Jedoch bleibt unserer Ansicht nach offen, ob damit auch in den besonders betroffenen Regionen eine ausreichende Verbesserung erreicht werden kann.
- Die im Sinne der palliativmedizinischen Versorgung bestehenden Interessen der Krankenhäuser drohen insgesamt nicht ausreichend berücksichtigt zu werden.
- Hinsichtlich der stationären Palliativversorgung halten wir für wichtig und essentiell, dass Vergütungen auskömmlich sind und ohne anders gerichteten Druck auch außerhalb des DRG-Systems, mit Tagessätzen, möglich sind. Aktuell werden palliativmedizinische Leistungen im fallpauschalenbasierten Finanzierungssystem systematisch unterfinanziert. Das DRG-System erfasst nicht alle Kostenfaktoren einer palliativmedizinischen Behandlung und Begleitung. Von daher begrüßen wir die vorgesehene Neuregelung, dass stationären Palliativeinrichtungen das Recht eingeräumt wird, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung vereinbaren möchten.
- Für die Versorgungsverbesserung wäre neben der ausreichenden Finanzierung der Palliativstationen auch die der palliativmedizinischen Konsiliardienste erforderlich.
- Krankenkassen sollen künftig bei stationären Hospizen für Erwachsene 95 Prozent statt der bisherigen 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten tragen. Wir begrüßen das als Schritt in die richtige Richtung. Eine 100-prozentige Kostentragung hielten wir jedoch für konsequent und sachgerecht.
- Insgesamt erscheint eine stärkere Einbindung auch der privaten Krankenversicherungen angezeigt.
- Hinzuweisen ist auf die im Entwurf fehlende, aber nötige Forschungsförderung.

- Im Kontext der Neuregelung zu § 119b Abs.1 SGB sollte hier nicht nur die ärztliche, sondern auch die zahnärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen mitgedacht werden.
- In die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) wurden im Jahr 2013 nur 37.564 Patienten neu aufgenommen, dies entspricht weniger als 45 Prozent der jährlich ca. 89.000 Patienten in Deutschland, bei denen ein SAPV-Bedarf anzunehmen ist. Wichtig wäre deshalb, die Lücken in der flächendeckenden SAPV-Versorgung systematisch zu identifizieren und zu schließen. Dies betrifft auch die Sicherstellung der psychosozialen Versorgung. Die Teilnahme sämtlicher SAPV-Teams am Nationalen Hospiz- und Palliativregister sowie die wissenschaftliche Auswertung der erhobenen Daten könnten wesentliche Schritte auf diesem Weg darstellen.
- Hinsichtlich des Aufbaus einer SAPV-Versorgung in ländlichen Regionen ist davon zu berichten, dass diese zum Teil dadurch erschwert ist, dass bei der Genehmigung der Kassenverbände z. T. immer noch bestimmte Einwohnermindestgrößen herangezogen werden. So werden SAPV-Teams zum Teil nur genehmigt, wenn sie eine zu versorgende Einwohnerzahl von über 200 000 nachweisen können. Die Altersstruktur der Bevölkerung einer Region, die dadurch möglicherweise höheren relativen Sterberaten, die geringere Bevölkerungsdichte und die entsprechend weiteren Entfernungen werden bisher unzureichend berücksichtigt, wodurch der Aufbau der SAPV-Versorgung im ländlichen Bereich behindert wird. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, dass SAPV-Teams bei guter lokaler Vernetzung erfolgreich und wirtschaftlich, auch bei deutlich geringeren Zahlen, als ursprünglich angenommen, stabil tätig werden können, wenn die lokalen Ressourcen gut genutzt werden.
- Wir begrüßen zudem, dass nunmehr Versicherte gemäß § 39b S. 1 SGB V einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellungen durch die Krankenkassen zu der Hospiz- und Palliativversorgung haben. Der Anspruch soll auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote umfassen. Dabei wäre es wünschenswert, wenn für Betroffene und ihre Angehörige eine umfassende Beratung bei den Krankenkassen ohne Verweise auf weitere Stellen gewährleistet ist. Zugleich sollte zu möglichen anderen Ansprechpartnern, insbesondere den Kommunen und Hausärzten ein stetiger Informationsfluss bestehen, damit auch diese möglicherweise weiterhelfen können, ohne die Betroffenen auf die Krankenkassen zu verweisen. Mit dieser Maßnahme würde zugleich auch die Schaffung eines Netzwerkes gefördert wie es im Rahmen des Forums „Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ im Januar in Berlin vorgestellt wurde.
- Mit rund 300 Palliativstationen und 200 stationären Hospizen, d. h. insgesamt etwa 5.000 stationären Betten, ist Deutschland auf einem guten Weg mit Blick auf die stationäre Versorgung, dennoch liegt dies noch deutlich unter dem geschätzten Bedarf von 7.000 bis 8.000 notwendigen Betten für das gesamte Bundesgebiet. Neben der Entwicklung in der ambulanten Palliativversorgung ist deshalb ein Ausbau der stationären Palliativversorgung notwendig, bei gleichzeitiger Sicherung einer hohen Qualität z. B. durch Festlegung von ausreichender Personalstärke und adäquater Qualifikation. Hierfür bedarf es aber der Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Verena Göppert
Beigeordnete
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes