

**Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland**

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Kommentar P. Engeser, Arbeitskreis Palliativmedizin der DEGAM

Der Arbeitskreis Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) nimmt zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland wie folgt Stellung:

Der Ansatz und die Analyse im Referentenentwurf sind richtig. Die Palliativversorgung hat sich verbessert. Allerdings sind strukturschwache Gebiete gerade durch die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) besonders benachteiligt. Die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen (Krankenpflege und Hausärzte) an der Basis ist gelebter Alltag und muss nicht extra stärker gefördert werden. Die Zusammenarbeit mit Hospizgruppen ist bisher nicht überall möglich und muss vielerorts noch aufgebaut werden.

Die allgemeine Palliativversorgung muss in der Tat gestärkt werden, ebenso müssen die stationären Hospize in ihrer tatsächlichen Funktion als Teil der Regelversorgung unbedingt besser finanziell ausgestattet werden.

Die finanzielle Ausstattung der allgemeinen Palliativversorgung muss gezielt verbessert werden, damit besonders die Versorgung zur Unzeit durch Pflegedienste und Hausärzte gewährleistet werden kann. Diese Maßnahme entlastet sicher deutlich die spezialisierte Palliativversorgung.

Die Versorgung in ländlichen Regionen (SAPV) bedarf einer grundsätzlichen Revision der Voraussetzungen für die Teammitglieder. Hier genügt nicht, dass die Vergütung durch Schiedsverfahren geregelt werden muss. Hier bedarf es eines generellen Umdenkens der Struktur der Palliative Care Teams. Die Forderung, dass ärztliche Mitarbeiter der SAPV nur noch hauptberuflich in diesem Feld arbeiten, ist nicht darstellbar, da in diesen Bereichen häufig schon die hausärztliche Versorgung wegzubrechen droht und darüber hinaus viel zu wenig Schwerstkranke und Sterbende als finanzielle Basis für SAPV zu versorgen sind.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Hier kann aus diesen Gründen nur eine Versorgung durch multiprofessionelle, hausarztbasierte Teams umgesetzt werden.

Diese können durch Kooperationen mit Palliativmedizinern gestärkt werden. Dieses ist möglich und auch im Interesse der Patienten, da nur dann eine Kostendeckung für die Teams erzielbar ist. Eine enge Kooperation zwischen AAPV und AAPPV (allgemeine ambulante pädiatrische Palliativversorgung) ist wünschenswert, besonders aber von SAPV und SAPPV (spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung) unbedingt für strukturschwache Gebiete notwendig.

Die Stärkung der Arbeit im Ehrenamt ist eine sinnvolle Stärkung der Patientenversorgung in der Fläche.

Die stationären Einrichtungen der Pflege haben immer noch einen gravierenden Entwicklungsbedarf. Die Versorgung in diesen Einrichtungen muss kontinuierlich verbessert werden. Hierzu müssen die personellen Ressourcen gestärkt werden. Diese Verbesserung muss durch eine kontinuierliche Entwicklung der Hospiz- und Palliativkultur in den Pflegeeinrichtungen erfolgen und um eine tragfähige Vernetzung mit allen Trägern der Palliativ- und Hospizversorgung, den ärztlichen Bereitschaftsdiensten sowie den Rettungsdiensten erweitert werden. Die Bedeutung der palliativen Versorgung am Lebensende muss in das Bewusstsein aller Versorger vordringen um ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Hierzu gibt es konkrete Verbesserungen im Referentenentwurf.

Die Finanzierung der stationären Hospize muss der Rolle dieser Einrichtungen entsprechend über die Vorschläge hinaus stärker verbessert werden, da die meisten stationären Hospize nur durch ein großes Spendenaufkommen ihre Aufgaben gut erfüllen können. Bei der Berechnung der Entgelte müssen alle von Hospizen erbrachten Leistungen einbezogen werden.

Die Verbesserung der Finanzierung von Pflegediensten und Praxen muss gezielt für die Vergütung des erhöhten Zeitaufwands bei diesen Patienten bereitgestellt werden.

Abschließend möchte ich noch auf die Veränderungen und Ergänzungen des SGB 5 im Einzelnen zurückkommen.

§ 39b: Diese Aufgabe ist wichtig und kann sicher von den Pflegestützpunkten übernommen werden.

§ 87: Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung bedeutet die Einführung des Nachweises einer besonderen Qualifikation, wahrscheinlich eines 40 Stunden Kurs, und entspricht nicht dem hausärztlichen Selbstverständnis. Hierdurch entstehen neue Barrieren für die Versorgung. Entscheidend für diese ist aber die Haltung der Handelnden und der Wille, die Versorgung sicher zu stellen, und nicht der Nachweis besonderer Kenntnisse.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

§ 132f: Die verpflichtende Einbeziehung von Hausärzten ist notwendig und somit zu begrüßen.

P. Engeser, Arbeitskreis Palliativmedizin der DEGAM

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Goethe-Universität, Haus 15, 4. OG
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Tel.: 069/65007245
geschaeftsstelle@degam.de