

Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)

zur Erörterung des Referentenentwurfs
des Bundesministeriums für Gesundheit

für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung
in Deutschland

(Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)-

(Stand: 23. März 2015)

am 13. April 2015 in Berlin

I. Vorbemerkung

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) unterstützt das Ziel des Bundesministeriums für Gesundheit, mit dem vorgelegten Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland die Rahmenbedingungen dafür zu verbessern, dass schwer kranke und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung erhalten.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der MDS begleiten und unterstützen die Weiterentwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland seit vielen Jahren. Insbesondere der Aufbau der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) seit 2007 brachte die Entstehung eines neuen Begutachtungsfeldes mit sich, welches bis zu diesem Zeitpunkt vorwiegend durch die Begutachtung im Zusammenhang mit stationärer Hospizversorgung geprägt war.

Mittlerweile ist die Begutachtung und Beratung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Medizinischen Diensten voll etabliert. Sie ist gekennzeichnet durch transparente einheitliche Begutachtungsvorgaben in Form einer Begutachtungs-Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 282 SGB V, die in enger fachlicher Zusammenarbeit mit der MDK-Gemeinschaft erarbeitet worden ist. Die Begutachtungstätigkeit der MDK verzeichnete ferner stetig steigende Begutachtungsaufträge, viele speziell in der Palliativversorgung qualifizierte Gutachterinnen und Gutachter, strukturierte Fortbildungsangebote sowie einen kontinuierlichen fachlichen Austausch mit entsprechenden Wissenschaftlern und klinisch tätigen Akteuren.

Darüber hinaus hat der MDS den Runden Tisch zur Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland von Beginn an begleitet und konstruktiv unterstützt. Der MDS gehört zu den Institutionen, die die Charta als Unterstützer unterzeichnet haben.

Vor dem Hintergrund unserer vorstehend dargelegten Rolle im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung möchten wir mit dieser Stellungnahme zu einzelnen Regelungen Hinweise und Anregungen zur Ausgestaltung geben. Ansatzpunkte sind dabei insbesondere die sozialmedizinische und pflegerische Perspektive sowie die Qualität der Leistungen.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

1. Klarstellungen im Referentenentwurf zur Erbringung palliativer Versorgung (Artikel 1 Nr. 1 sowie Artikel 3 Nr. 1 und Nr. 2):

Der Referentenentwurf setzt zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung neben zusätzlichen Vergütungen für ärztliche Leistungen und Beratung auf die bessere Koordination und Vernetzung bestehender Leistungsangebote vorhandener Leistungserbringer in der Regelversorgung. Dazu wird zunächst klargestellt, dass die palliative Versorgung generell zum Leistungsspektrum der Krankenbehandlung, ambulant und stationär, sowie die Sterbebegleitung generell zum Leistungsspektrum in der Pflege, ambulant und stationär, gehören. Die Klarstellung kann insoweit hilfreich sein, als deutlich gemacht wird, dass palliativmedizinische und palliativpflegerische Leistungen grundsätzlich auch in der Regelversorgung zu erbringen sind.

2. Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen (Artikel 1 Nr. 3)

Die Verbesserung der Beratung und deren klare Verortung sind zu begrüßen, da zu erwarten ist, dass die Bedarfsgerechtigkeit bei der Allokation palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Leistungen durch die Beratung verbessert wird. Die Beratung sollte frühzeitig erfolgen (im „gesunden Zustand“ des Versicherten). In dem Zusammenhang sollte auch auf die frühzeitige Erstellung von Patientenverfügungen, Betreuungsvollmachten sowie Vorsorgevollmachten verstärkt hingewiesen werden.

Die Formulierung des neuen § 39b SGB V impliziert die Grundannahme, dass der betroffene Versicherte jederzeit selbst handlungsfähig ist, um z. B. die Beteiligung von Angehörigen zu verlangen, ein Begleitschreiben zur Kenntnis zu nehmen oder eine schriftliche Einwilligung zur Nutzung von Daten zu geben. Hier sollte geprüft werden, ob diese Grundannahme nicht an der Realität eines größeren Teils von in der Praxis vorkommenden Fallgestaltungen vorbei geht mit der Folge, dass die Regelung in diesen Fällen faktisch wenig bewirkt.

3. Regelungen zu einer besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung im Bundesmantelvertrag (Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a)

Die Erfahrungen aus der Begutachtung von Anträgen auf SAPV zeigen, dass diese Leistung nicht selten bei Versicherten verordnet wird, die nicht das geforderte komplexe Symptomgeschehen aufweisen, weil nicht spezialisierte Leistungen der Palliativversorgung, die medizinisch eigentlich ausreichen würden, nicht alloziert werden können. Vor diesem Hintergrund ist die Stärkung von nicht spezialisierten Leistungen der Palliativversorgung zu begrüßen. Hierdurch kann eine bedarfsgerechte und auch im Einzelfall sozialmedizinisch begründete Zuweisung verbessert und Fehl- bzw. Überversorgung vermieden werden. In diesem Zusammenhang ist es für eine möglichst eindeutige Indikationsstellung zu abgestuften palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen von größter Bedeutung, dass die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen nachvollziehbar definiert und für die praktische Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Abgrenzung zu anderen Leistungen, operationalisiert sind. Es kommt also sehr darauf an, dass die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zu vereinbarenden Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung solche sozialmedizinischen Anforderungen erfüllen. Hinsichtlich der in § 87 Absatz 1b Nr. 1 SGB V (neu) zu Recht vorgesehenen Abgrenzung zu anderen Leistungen, kommt es v. a. auf die Abgrenzung zu den in der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses definierten Anspruchsvoraussetzungen zur SAPV an.

Nicht spezialisierte, aber dennoch - wie jetzt vorgesehen - besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Leistungen, sollten als solche inhaltlich definiert und auch dahingehend erkennbar sein, von wem sie angeboten werden. Damit auf diese Leistungen im Rahmen der Beratung durch die Krankenkassen oder in der sozialmedizinischen Begutachtung konkret verwiesen werden kann, müssten sich die Anbieter dieser Leistungen als Netzwerk oder ähnliches nach außen zu erkennen geben. Hier sollte geprüft werden, inwieweit dies durch die jetzt vorgesehenen Regelungen sichergestellt ist.

Zu begrüßen ist, dass in § 87 Absatz 1b Nr. 4 SGB V (neu) die Festlegung von Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität und im Weiteren eine jährliche, auch qualitätsbezogene, Berichterstattung vorgesehen sind. Diesbezüglich wird im Referentenentwurf auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und ein entsprechendes Beispiel aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) verwiesen.

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Palliativversorgung ist dabei unbedingt zu begrüßen, da dieser Bereich der Gesundheitsversorgung bislang keiner verbindlichen systematischen Qualitätssicherung unterliegt und keine entsprechende Transparenz für die Versicherten besteht. Nicht nachvollziehbar ist allerdings der Hinweis auf das Beispiel aus dem Bereich der KVNo, da es sich bei den genannten Passagen aus dem betreffenden Strukturvertrag in keiner Weise um Qualitätsindikatoren, sondern lediglich um eine Art von „Patientenstammdaten“ handelt. Insbesondere vor dem Hintergrund der erheblichen Anstrengungen, die in anderen Versorgungsbereichen unternommen werden müssen, um aussagefähige Qualitätsdaten zu erzeugen (z. B. Gründung eines Qualitätsinstituts, IQTiG), wird der vorliegende Referentenentwurf beim Thema Qualitätssicherung den Anforderungen bei weitem nicht gerecht. Hier sollte noch einmal grundsätzlich nachjustiert werden.

4. Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende (Artikel 1 Nr. 10):

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen künftig die Möglichkeit erhalten, den Versicherten in ihren Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anzubieten. Im Rahmen dieser – auf freiwilliger Basis beruhenden - Beratungsangebote sollen die Versicherten über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende beraten und Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Ergänzend zu der geplanten - allgemein auf die gesetzlichen Ansprüche hin ausgerichtete - Beratung durch die Krankenkassen (vgl. Artikel 1 Nr. 3 – § 39b SGB V – neu -) sollen die Versicherten durch eine „gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende“ vielmehr dazu angeleitet werden, Vorstellungen über die medizinischen Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen für die letzte Lebensphase zu entwickeln.

Die inhaltlichen Einzelheiten der neuen Beratungsangebote soll der GKV-Spitzenverband mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Mitwirkung weiterer Organisationen vereinbaren. Neben einer weiteren Konkretisierung des Leistungsinhaltes sollen auch Regelungen zu den qualitativen Anforderungen an das Beratungsgespräch und die Fallbesprechung sowie die Qualifikation der beteiligten Fachkräfte vorgenommen werden. Schließlich sollen auch die Anforderungen an die Dokumentation der Beratung und der von dem Versicherten geäußerten Vorstellungen und Wünsche über die Versorgung am Lebensende festgelegt werden.

Die Organisationshoheit für das Beratungsangebot soll dann bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen selbst liegen. Im Rahmen der Vorgaben der noch zu treffenden Vereinbarung können sie die Beratung entweder durch qualifiziertes eigenes Personal selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

Das vorgesehene Beratungsangebot ist grundsätzlich zu begrüßen. Da Inhalte und Anforderungen einer solchen Versorgungsplanung bislang nicht allgemein etabliert sind, ist es unabdingbar, dass – wie im Referentenentwurf bereits vorgesehen – diese Inhalte und Anforderungen (hier besonders die Qualifikationen der Beteiligten) fachlich definiert werden.

Eine besondere Herausforderung wird dabei sein, dass ein ganz maßgeblicher Bestandteil der Beratung, nämlich die Beratung über medizinische Abläufe während des Sterbeprozesses, Notfallszenarien sowie die Beratung über Möglichkeiten und Konsequenzen eines Therapieverzichts nicht durch diejenigen, die das Beratungsangebot vorhalten sollen (die Pflegeeinrichtungen), sondern nur durch Dritte, nämlich Ärzte, erbracht werden können.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, die Ziele und mögliche Ergebnisparameter dieses Beratungsangebotes zusammen mit der Definition der Inhalte und Anforderungen festzulegen, um den Nutzen und die Qualität des Angebotes einer späteren Überprüfung (Evaluation) zugänglich zu machen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass ein Bedarf für eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende nicht nur bei Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen entsteht. In vielen Fällen müssen entscheidende Weichstellungen zur Versorgung am Lebensende auch in Krankenhäusern oder in der ambulanten Versorgung einschließlich der ambulanten Pflege vorgenommen werden. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, warum ein solches Angebot nur Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen soll. Insoweit sollte geprüft werden, ob ein derartiges Angebot nicht in allen Versorgungssektoren auf der Basis der, wie in Artikel 1 Nr. 1 sowie in Artikel 3 Nr. 1 und Nr. 2 klargestellt, ohnehin in der Regelversorgung zu erbringenden palliativen Versorgungsleistungen sinnvoll wäre.

Damit könnte auch ein Schritt in Richtung der mit dem Referentenentwurf angestrebten Entwicklung einer ausgeprägteren Hospiz- und Palliativkultur an den Orten, an denen Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, getan werden.

5. Artikel 3 Nr. 3 und 4 (§§ 114 Abs. 1 Satz 6 Nr. 3 –neu – und Satz 7; 115 Abs. 1b Satz 1 SGB XI):

Ab dem 1. Juli 2016 soll im Rahmen der Qualitätsprüfungen auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz hingewiesen werden. Eine solche Zusammenarbeit wird als wichtige Voraussetzung angesehen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihre künftigen Aufgaben im Rahmen einer qualifizierten Sterbebegleitung erfüllen können. Dementsprechend sollen auch die Informationspflichten bei relevanten Änderungen um diesen Tatbestand ergänzt werden. Ebenso sollen ab dem 1. Juli 2016 die Veröffentlichungen im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen um die Informationen zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz ergänzt werden.

Diese Erweiterung der Mitteilungspflichten der vollstationären Pflegeeinrichtungen ist zu begrüßen. Sie dürfte die Zielsetzung unterstützen, dass möglichst flächendeckend alle Pflegeeinrichtungen mit Hospiz- und Palliativnetzen zusammenarbeiten.