

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 199

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121

E-Mail:

fabian.mueller-zetsche@sovd.de

STELLUNGNAHME

des Sozialverbands Deutschland (SoVD) zum

Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

In Deutschland bestehen im internationalen Vergleich noch erhebliche Defizite in der Palliativversorgung. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) soll die flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland durch gezielte Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung gestärkt werden.

Schwerpunkte des Gesetzes sind:

- Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung,
- Stärkung der Palliativpflege,
- Erleichterung für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
- Stärkung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit,
- Einführung eines Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung,
- Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen,



- Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen,
- Anreize für ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot,
- Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern.

I. Gesamtbewertung

Die zentrale Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung besteht darin, schwerstkranken Menschen in der Lebensphase, in der Heilung nicht mehr möglich ist, die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Palliativversorgung umfasst dabei Palliativmedizin, Palliativpflege sowie die psychosoziale Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

Der SoVD begrüßt, dass die Bundesregierung die Palliativversorgung und die hospizliche Begleitung stärken will. Noch immer erhalten zu wenige schwerstkranken Menschen eine umfassende Begleitung und Versorgung am Lebensende. Alle schwerstkranken Menschen haben aber ein Recht auf menschenwürdige Begleitung und umfassende Pflege. Es muss flächendeckend sichergestellt sein, dass die palliative Versorgung und hospizliche Begleitung überall dort verfügbar ist, wo die Menschen sterben: zu Hause, im Krankenhaus und im Pflegeheim. Damit dies möglich ist, muss die Hospizarbeit auch finanziell gestärkt werden.

Vor diesem Hintergrund bewertet der SoVD die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehenen Maßnahmen grundsätzlich positiv. Insbesondere die bessere Finanzierung von Hospizen, die stärkere Verankerung der allgemeinen Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Erweiterung der häuslichen Krankenpflege um palliativpflegerische Elemente sind richtig. Auch die Absicht, die noch immer vielfach mangelhafte (fach)ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, wird ausdrücklich begrüßt.

An einigen Stellen hält der SoVD neben den vorgesehenen Schritten weitere Maßnahmen für notwendig. Eine angemessene Kultur der Begleitung Sterbender muss überall dort gewährleistet werden, wo Menschen sterben. Dazu ist neben dem Leistungsanspruch auf allgemeine oder spezielle ambulante Palliativversorgung vor allem der Zugang zu stationären Hospizen notwendig. In der Praxis ist es für Hospize zunehmend schwer, den von den Krankenkassen nicht gedeckten Kostenanteil durch Spenden zu finanzieren. Dies führt vielfach dazu, dass Eigenanteile von mehreren hundert Euro im Monat durch die Betroffenen gezahlt werden müssen oder nicht ausreichend Hospizplätze zur Verfügung stehen. Um ein ausreichendes Angebot an Palliativdiensten und Hospizen flächendeckend sicherzustellen, reichen die vorgesehenen Verbesserungen der Finanzierung durch die Krankenkassen allein nicht aus. Es ist zu prüfen, inwiefern die Leistungen der Hospize als Sachleistung durch die Krankenkassen in bedarfsgerechtem Umfang zu finanzieren wären. Darüber hinaus sollten Länder und Kommunen stärker als bisher in die Verantwortung für die Planung und Vorhaltung einer in Umfang und Qualität ausreichenden hospizlichen Infrastruktur genommen werden müssen.

Grundsätzlich müssen mehr Anstrengungen unternommen werden, die fachgerechte Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in der gesamten medizinischen und pflegerischen Versorgungskette zu verbessern. Neben der notwendigen – und in den letzten Jahren vorangeschrittenen – Stärkung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist für die Breitenversorgung vor allem eine Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung (APV) notwendig. Die allgemeine Palliativversorgung muss integraler Bestandteil der ärztlichen sowie pflegerischen Regelversorgung werden und bereits in der Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften eine stärkere Bedeutung erhalten.

II. Zu einzelnen Regelungen

1. Verbesserung und Angleichung der Finanzierung von Hospizen (§ 39a SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, den von den Krankenkassen getragenen Mindestzuschuss für stationäre Hospize von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzuheben (2015: von 198,45 € auf 255,15 €). Mit dieser Maßnahme sollen regionale Vergütungsunterschiede in Bezug auf stationäre Hospize angeglichen werden. Dies führt zu Mehrausgaben von 13 Mio. Euro im Jahr. Darüber hinaus soll die Finanzierung der Hospize durch die Krankenkassen verbessert werden, indem diese zukünftig generell 95 Prozent der Kosten eines Hospizplatzes übernehmen.

Der Referentenentwurf sieht weiter vor, die Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang von stationären und ambulanten Hospizleistungen zu konkretisieren. Die Partner der Rahmenvereinbarung, GKV-Spitzenverband und die Interessenorganisationen der Hospize, sollen für stationäre Hospize bundesweit geltende Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen vereinbaren. So soll erreicht werden, dass die unterschiedlichen Förderpraktiken durch unterschiedliche Definition und Bewertung der zuschussfähigen Kosten angeglichen werden.

SoVD-Bewertung: In Deutschland leiden viele Hospize unter der nicht auskömmlichen Finanzierung durch die Krankenkassen. Neben hohen privaten Zuzahlungen der Betroffenen führt diese generell auch zu einem Unterangebot an Hospizplätzen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die vorgesehene Verbesserung der Hospizfinanzierung sowie die beabsichtigte Angleichung der Finanzierungshöhen in den Bundesländern. Der SoVD regt eine kritische Prüfung an, inwiefern die Palliativversorgung in einem Hospiz als Sachleistung in voller Höhe durch die Krankenkasse zu finanzieren wäre.

2. Anspruch auf Hospiz- und Palliativberatung (§ 39b SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Versicherte künftig einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung gegen ihre Krankenkasse haben.

SoVD-Bewertung: Vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeiten und das regional verfügbare Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung in der Versorgungspraxis nur wenig bekannt sind, begrüßt der SoVD den neuen Beratungsanspruch ausdrücklich.

3. Spezielle ambulante Palliativversorgung als Teil vertragsärztlicher Versorgung (§ 73 Abs. 2 SGB V)

Der Referentenentwurf sieht vor, die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V als Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung explizit zu nennen. Eine Verordnung spezialisierter Palliativversorgung kann nicht durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen.

SoVD-Bewertung: Um der gesamten Bevölkerung flächendeckend und niedrigschwellig Zugang zu Palliativversorgung zu ermöglichen, muss der Hospiz- und Palliativgedanke in der Regelversorgung stärker berücksichtigt werden. Die explizite Nennung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als Teil der vertragsärztlichen Versorgung trägt dazu bei und ist insofern zu begrüßen.

4. Einführung der Leistung „*besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung*“ (§ 87 Abs. 1b SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, zur Stärkung der Palliativversorgung in der Regelversorgung eine neue ärztliche Leistung einzuführen und extra zu vergüten. Bei der so genannten „besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung“ sollen speziell geschulte und fortgebildete Ärztinnen und Ärzte die Versorgung der Patientinnen und Patienten unter Einbeziehung aller beteiligten Akteure (z.B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Hospize und Angehörige) und möglichen Leistungen verantwortlich organisieren und koordinieren. Dabei sollen auch die Abrechnungsmöglichkeiten für die qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung berücksichtigt werden.

SoVD-Bewertung: Bei der palliativen Versorgung von Menschen am Lebensende handelt es sich um eine komplexe Leistung mit ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Teilleistungen, an der eine Vielzahl von Akteuren und Professionen beteiligt sind. Der aktiven Koordination der verschiedenen Akteure und Leistungen kommt eine hohe Bedeutung zu. Insofern ist die Einführung der besonderen medizinischen Leistung *besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinische Versorgung*, die durch speziell geschulte Ärztinnen und Ärzte erbracht werden kann, richtig.

5. Besondere Vergütung zusätzlicher ärztlicher Kooperations- und Koordinationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 87 Abs. 2a SGB V n.F.)

Zum Zwecke einer besseren ärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen können Pflegeeinrichtungen einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit geeigneten Leistungserbringern abschließen. Der Referentenentwurf sieht vor, die Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell zu fördern, indem zusätzliche ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen besser vergütet werden. Dazu sind Aufschläge auf bestehende Gebührenpositionen oder neue Gebührenpositionen vorgesehen.

SoVD-Bewertung: Für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, speziell die palliativ-medizinische Versorgung, ist das Zustandekommen von Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtungen und Vertragsärztinnen und –ärzten wichtig. Die verbesserte Vergütung ärztlicher Kooperations- und Koordinationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen kann das Zustandekommen solcher Kooperationsvereinbarungen und so die ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen verbessern.

6. Stärkung der Palliativpflege - Überarbeitung der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie (§ 92 Abs. 7 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Überarbeitung der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) zu verpflichten und dabei im Zusammenhang mit den Verordnungsanforderungen für häusliche Krankenpflege Näheres zu den Versorgungsanforderungen der ambulanten Palliativpflege zu regeln. Ziel der geplanten Neuregelung ist die Stärkung der Palliativpflege in der Regelversorgung.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt ausdrücklich, dass die ambulante Palliativpflege als Teil der häuslichen Krankenpflege gestärkt werden soll. Die dazu notwendige Beauftragung des G-BA zur Überarbeitung der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie ist folgerichtig.

7. Verstärkung der Kooperation stationärer Pflegeeinrichtungen mit Vertragsärzten (§ 119b SGB V n.F.)

Um die (fach-)ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, sieht der Referentenentwurf vor, die Einrichtungen stärker als bisher zur Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten anzuhalten. Dazu soll aus der bisherigen fakultativen Möglichkeit („Kann“-Regelung), Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen, eine „Soll“-Regelung werden.

SoVD-Bewertung: Die (fach-)ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist aufgrund fehlerhafter Anreize und Strukturen im Gesundheitssystem äußerst problematisch. So sind z.B. Fachärzte wegen der geringen Vergütung von Hausbesuchen oftmals nicht bereit, stationäre Pflegeeinrichtungen aufzusuchen. Zudem mangelt es massiv an einer qualifizierten fach- und zahnärztlichen Versorgung. Sie entspricht in den wenigsten Fällen dem Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus Modellprojekten, zum Beispiel der Einsatz von Heimärzten nach dem Berliner Modell, sind überaus positiv. Zum Beispiel konnten unnötige Einweisungen ins Krankenhaus vermieden werden. Vor diesem Hintergrund setzt sich der SoVD dafür ein, stationäre Pflegeeinrichtungen über die im Referentenentwurf vorgesehene „Soll“-Regelung hinaus dazu zu verpflichten, die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner durch die Anstellung einer Heimgärtin/eines Heimarztes oder durch Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten, Fachärzten und Zahnärzten zu verbessern.

8. Verbesserung des Angebots an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (§ 132d SGB V n.F.)

Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Regionen kein ausreichendes Angebot an SAPV existiert, sieht der Referentenentwurf die Einführung eines Schiedsverfahrens zum beschleunigten Abschluss der o.g. Verträge vor.

SoVD-Bewertung: Um den Leistungsanspruch der Versicherten auf SAPV flächendeckend zu gewährleisten, müssen die Angebotsstrukturen deutlich ausgebaut werden. Das vorgesehene Schiedsverfahren kann dazu beitragen und wird insofern begrüßt.

9. Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende (§ 132f SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass stationäre Pflegeeinrichtungen den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten können. In Fallbesprechungen sollen auf Basis der individuellen Bedürfnisse der Versicherten auf medizinische Abläufe während des Sterbeprozesses, mögliche Notfallszenarien sowie mögliche Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung besprochen werden. In die Fallbesprechungen soll auch der Hausarzt eingebunden werden.

SoVD-Bewertung: Obwohl nur ein Prozent aller Menschen in Umfragen angeben, in einer Pflegeeinrichtung sterben zu wollen, sterben viele Menschen in Pflegeeinrichtungen. Diese haben darum eine besondere Verantwortung zur Einbeziehung des Hospiz- und Palliativgedankens in ihrer Regelversorgung. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die vorgesehene Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase durch die Einrichtungen. Angesichts der großen Bedeutung von Pflegeeinrichtungen als Sterbeort sollte das Angebot einer solchen Planung aber nicht im Ermessen der Einrichtung liegen, sondern muss verpflichtend angeboten werden. Außerdem sollte eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende auch außerhalb von Pflegeeinrichtungen allen Versicherten zur Verfügung stehen.

10. Information über die Zusammenarbeit stationärer Pflegeeinrichtungen mit Hospiz- oder Palliativnetzen (§ 114 Abs. 1 SGB XI n.F. und § 115 Abs. 1b SGB XI n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, die Informationspflichten stationärer Einrichtungen über getroffene Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Versorgung mit Arzneimitteln in der Einrichtung zu erweitern um Informationen zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz. Der Referentenentwurf sieht weiter vor, dass die Informationen über eine etwaige Zusammenarbeit einer Einrichtung mit einem Hospiz- und Palliativnetz ebenso wie bereits die Informationen zur (fach)ärztlichen Versorgung und der Arzneimittelversorgung durch die Landesverbände der Pflegekassen in geeigneter Weise veröffentlicht werden und auch in der Einrichtung sichtbar ausgehängt werden müssen.

SoVD-Bewertung: Angesichts der großen Bedeutung von Pflegeeinrichtungen als Sterbeort ist es richtig, dass über die Zusammenarbeit einer Pflegeeinrichtung mit einem Hospiz- und Palliativnetz informiert und berichtet wird.

Unklar ist, warum der Begriff des Hospiz- und Palliativnetzes gewählt wurde. Denkbar wäre auch die Kooperation mit einem speziell geschulten Arzt, einem ambulanten Hospizdienst oder einem Hospiz. Der SoVD regt eine Erweiterung der Informations- und Veröffentlichungspflicht auf alle vorgenannten Angebote an.

11. Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern (§ 17b Abs. 1 KHG n.F.)

Der Referentenentwurf sieht eine Änderung des Krankenhausgesetzes vor. Zukünftig sollen Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, zur Finanzierung ihrer Palliativstationen und -einheiten abweichend von den bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten (DRG) krankenhausesindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern zu vereinbaren.

SoVD-Bewertung: Die Möglichkeit für Krankenhäuser, auf Wunsch krankenhausesindividuelle Entgelte zur Finanzierung ihrer Palliativstationen und -einheiten zu vereinbaren, ermöglicht eine an die regionalen Besonderheiten angepasste Finanzierung und stärkt so den Aufbau und das Vorhalten von Palliativstationen, besonders auch in strukturschwachen Regionen. Neben dem Aufbau von Palliativstationen in Krankenhäusern muss die allgemeine Palliativversorgung in der Regelversorgung der Krankenhäuser stärker verankert und gefördert werden.

III. Schlussbemerkung

Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist die Aufrechterhaltung bestmöglicher Lebensqualität von Menschen in ihrer letzten Lebensphase, in der Heilung nicht mehr möglich ist. Noch immer bestehen in Deutschland erhebliche Defizite in der Palliativversorgung. Vielerorts fehlt es an speziellen Strukturen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Ursächlich dafür ist auch die unzureichende Finanzierung solcher Angebote. Neben speziellen Angeboten und Sondereinrichtungen braucht es aber vor allem eine umfassende Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung als Teil

der pflegerischen, ärztlichen und psychosozialen Regelversorgung. Der vorliegende Referentenentwurf enthält vor dem Hintergrund der vorgenannten Notwendigkeiten viele gute Einzelmaßnahmen. Insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung und die Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung in der häuslichen Versorgung, in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen sind aber weitergehende Schritte notwendig.

Abschließend weist der SoVD darauf hin, dass die begrüßenswerten Leistungsverbesserungen angesichts der Finanzsystematik der Krankenversicherung zu steigenden kassenindividuellen Zusatzbeiträgen und damit zu einseitigen Mehrbelastungen für die Versicherten führen werden. Vor diesem Hintergrund fordert der SoVD erneut eine sofortige Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung sowie Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Berlin, 9. April 2015

DER BUNDESVORSTAND

Abteilung Sozialpolitik