

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23.03.2015 z.H. Frau Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann- Mauz, MdB Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG)

1) Vernetzung und Kooperation

Durch die Klarstellung,

„...dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des SGB XI dazugehören.“,

wird im Referentenentwurf zum Hospiz- und Palliativgesetz klar betont, welche wichtige Rolle die Pflege im Zusammenspiel der Professionen im Gesundheitswesen einnimmt (§ 75 Abs. 2 Satz 1).

Im Referentenentwurf wird die Verantwortung für interdisziplinäre Fallbesprechungen an die vollstationären Pflegeeinrichtungen übertragen. Die bestehende „Kann-Regelung“ wird in eine „Soll-Regelung“ geändert.

Als schwierig sehen wir die Umsetzung der interdisziplinären Fallbesprechungen an. Im Referentenentwurf wird ein finanzieller Anreiz auf Seiten der Ärzteschaften gesetzt, jedoch, genau wie bei allen weiteren Akteuren zur Beteiligung an interdisziplinären Fallbesprechungen nur eine „Kann-Regelung“ ausgesprochen.

Lösungsvorschlag:

Der Grad der Verpflichtung für alle Kooperationspartner und Beteiligtegruppen sollte im gleichen Maße gültig sein. Dabei könnte die Organisationshoheit bzw. Koordinationsstelle durchaus im Bereich der Pflege, nicht nur angesiedelt sondern auch benannt bleiben. Die Aufwendungen für Koordination, Organisation und Moderation bei interdisziplinären Fallbesprechungen stellen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine Erhöhung der administrativen Tätigkeiten und Qualifikation des Personals dar. Für die Ressourcenbereitstellung sind die entsprechenden Rahmen und Ausgleiche zu schaffen (siehe Punkt 2 und 6).

2) Besondere Aufgaben in der Begleitung und Versorgung von Menschen und deren An- und Zugehörigen in der letzten Lebensphase

In Einrichtungen der Hospiz und Palliativversorgung sind bereits die besonderen Aufgabenstellungen der gesetzlichen Krankenversicherungen für z. B. Leistungen der psychosozialen Betreuung, Einbeziehung der Angehörigen und Begleitung trauernder Angehöriger in der Sterbephase des Versicherten erweitert worden. Nun soll die

Rahmenvereinbarung bezüglich ausreichender Berücksichtigung des administrativen Aufwandes, bedingt durch häufig wechselnde Belegungen überprüft werden.

Durch die angestrebte stärkere Vernetzung der Professionen, wie z. B. zwingende Einbeziehung von Hospizdiensten, Organisation der interdisziplinären Fallbesprechungen (§ 119 b Abs. 1) und Erstellung disziplinübergreifender Versorgungsplänen, ergibt sich für die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein zunehmend höherer Grad an administrativen Tätigkeiten.

Weiter ist im Rahmen der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen in gleichem Masse, wie in Hospizen gefordert. Diesen Tätigkeiten und Aufgabenfeldern muss durch Bereitstellung von personellen Ressourcen auch in stationären Pflegeeinrichtungen Rechnung getragen werden. Erschwerend für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste wirken sich in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung die drastisch veränderten Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe in den letzten Jahren aus. Hier lassen sich besonders die Arbeitsverdichtung sowie die ansteigende Zahl der Wechsel der Bewohner¹ in stationären Pflegeeinrichtungen benennen.

Lösungsvorschlag:

Eine gesetzliche Verankerung und Anerkennung eines zusätzlichen definierten Personalschlüssels in den Pflegesatzverhandlungen stationär, sowie die Berücksichtigung in Leistungskomplexverhandlungen der Länderregelungen, damit Ressourcen zur Bewältigung der gestellten Aufgaben in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in ambulanten Diensten vorgehalten werden können. Alternativ könnten wir uns auch einen Vergütungszuschlag vorstellen. Dieser sollte analog zu § 87 b SGB XI aus den Mitteln der Pflegeversicherung direkt an die stationären Pflegeeinrichtungen vergütet werden, z. B. als neu einzuführender § 87 c SGB XI. Hier sehen wir auch die Aufgabe der Kassen in ihrer Pflicht zur Versorgungssicherung gefragt.

3) Erweiterung der HKP-Richtlinien (§ 92 Abs. 7 Nummer 5)

Weiter sehen wir entscheidende Chancen in der Versorgung der Menschen am Lebensende, vor allem im ambulanten Versorgungsbereich, durch die Weiterentwicklung der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP). Allgemein und im Speziellen ist zu bemerken, dass bei den Konkretisierungen und Festlegungen zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung deutlich höhere Wirkungen als möglich erachtet werden, soweit die Leistungserbringer nach § 113 SGB XI aktiv in das Verhandlungsgeschehen einbezogen wären und nicht nur durch ein Stellungsverfahren (§ 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V) gehört werden würden.

¹ Ungefähr jeder fünfte Heimbewohner, verstirbt innerhalb der ersten drei Monate nach Heimeinweisung. Die durchschnittliche Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegeheime liegt zwischen zwei und drei Jahren (vgl. Messmer 1995) {Schneider #4254D: 114} Schönberg/de Vries ermittelten in einer Studie für das Evangelische Johanneswerk im Jahr 2010 eine durchschnittliche Verweildauer von 31,3 Monaten, d.h. 2,6 Jahren in den Einrichtungen dieses Trägers {Schönberg 2011 #5964I: 370}. Ein Heimträger der Caritas (28 stationären Pflegeeinrichtungen) ermittelte im Februar 2015 eine Verweildauer der Bewohner von ca. 2,1 Jahr für das Jahr 2014, im Jahr 2008 lag die Verweildauer der Bewohner noch bei 3,6 Jahren.

4) Selektivverträge für Palliativversorgung (§ 132 d Abs. 1 SGB V)

Der Referentenentwurf zum Hospiz- und Palliativgesetz strebt ein flächendeckendes Angebot der Palliativversorgung an und ermöglicht die Regelung über Selektivverträge. Dies sehen wir als problematisch an, da in der Versorgung von Menschen am Lebensende keine Unterschiede im Raume stehen sollten. So sind hier den Prinzipien der Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit Beachtung zu schenken um dem Recht der Menschen in dieser Lebensphase auf Versorgung unter gleichen Voraussetzungen gerecht zu werden.

Lösungsvorschlag:

Um eine flächendeckende Versorgung der Menschen am Lebensende, mit gleicher Qualität zu erreichen, ist die Berücksichtigung der AAPV und SAPV im Leistungsrecht aller Kranken- und Pflegekassen in gleicher Weise zu verankern.

5) Regelung zur Versorgungsqualität der Palliativversorgung (§§ 119 Abs. 1 SGB V und 114 Abs. 1 Nummer 3 SGB XI)

Die Formulierung der grundsätzlichen Voraussetzungen für eine qualifizierte und strukturierte palliativ-medizinische Versorgung im Bundesmantelvertrag und der finanzielle Anreiz für spezifisch qualifizierte Ärzte sind erfreulich. Nach § 119 b Abs. 1 **sollen** zukünftig vollstationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Ärzten schließen, und die Zusammenarbeit aktiv koordinieren. Die Sicherstellungsaufgabe liegt hier bei den kassenärztlichen Vereinigungen.

Da verwundert es, dass trotz des Sicherstellungsauftrages und der Wahrung der Wahlfreiheit für den Patienten die „Kann-Bestimmung“ in eine „Soll-Bestimmung“ für die vollstationären Pflegeeinrichtungen überführt wird.

Lösungsvorschlag:

Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, auch des ländlichen Raumes, mit palliativmedizinischer Versorgungsqualifikation **durch die kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.**

6) Beratung (§ 132 f SGB V)

Zur Stärkung der Autonomie, individueller und situationsangepasster Entscheidung, benötigen Betroffene sowie An- und Zugehörige die Befähigung durch umfassende und angepasste Information und Beratung. Mit der Verpflichtung der Krankenkassen und vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Beratungsleistung wird hier sicher ein hoher Aufklärungsgrad erreicht. Ebenso positiv nehmen wir, den finanziellen Anreiz für Pflegeeinrichtungen zur Beratungsleistung und die Finanzierung des Angebotes eines gesundheitlichen Versorgungsplanes über das Sozialgesetzbuch wahr. Die Angabe der tatsächlichen Anzahl durchgeführter Beratungen lässt sich im Abrechnungssystem der ambulanten Pflegedienste sicher gut ermitteln. Für den stationären Bereich müssen Finanzierungen gefunden werden, welche den personellen Aufwendungen entsprechen und einem angepassten Bürokratieaufwand sowie den vorherrschenden Verwaltungsformen entsprechend angepasst sind. In der Prognose zum Referentenentwurf wird von einem Personalbedarf von ca. 1/8 Vollzeitstelle pro 50 Bewohner gesprochen.

Im Weiteren wird den vollstationären Einrichtungen die Möglichkeit eröffnet, die Beratung in Kooperation mit regionalen Beratungs- und Versorgungsstellen (z.B. ambulante Hospizdienste, SAPV-Teams) zu gestalten.

Lösungsvorschlag:

Bindende Personalschlüsselerhöhungen oder Finanzierung über einen neu einzuführenden Vergütungszuschlag nach § 87 c SGB XI (Punkt 2) für die Beratungsleistungen und Mehraufwendungen im Bereich der stationären Pflegeeinrichtung. Weiter sollte die Möglichkeit bestehen die tatsächlichen Kosten des Kooperationspartners, soweit diese für Beratungsleistungen herangezogen werden, über die Kassen zu finanzieren.

30. März 2015

Andreas Leimpek-Mohler
Geschäftsführer VKAD

Angela Querfurth
Fachreferentin VKAD