

Geschäftsstelle

Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Stellungnahme des DHPV

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Sie erreichen uns unter:

Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

Geschäftsführender

Vorstand:

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvertr. Vorsitzende
Dirk Blümke
Stellvertr. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:

VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft
Konto 834 00 00
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205
0000 0834 0000
BIC: BFSWDE33XXX

Berlin, den 12.11.2020

1. Vorbemerkung

Der DHPV begrüßt, dass die Bundesregierung durch den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung einen weiteren Baustein zur Verbesserung der Hospizarbeit und Palliativversorgung realisieren möchte. Richtigerweise nimmt sie hierbei in einem neu geschaffenen § 39d SGB V die Notwendigkeit der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken in den Blick, eine Regelung, der der DHPV große Bedeutung beimisst und die in der jetzigen gesetzlichen Formulierung grundsätzlich Zustimmung verdient. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass die Realisierung der Netzwerkkoordination mit der darin vorgesehenen geringen Refinanzierung wenig erfolgversprechend erscheint.

Ohne Einschränkung verdient Zustimmung, dass die ambulante Kinderhospizarbeit gestärkt werden soll, indem zukünftig eine gesonderte Rahmenvereinbarung für GKV-Zuschüsse abgeschlossen werden wird.

Darüber hinaus möchte der DHPV an dieser Stelle erneut seiner Forderung Ausdruck verleihen, in § 37b SGB V eine dringend notwendige Klarstellung vorzunehmen, wonach in das interdisziplinäre Palliative-Care-Team der SAPV zwingend eine psychosoziale Fachkraft integriert und über die GKV finanziert werden muss. Die Einbindung einer psychosozialen Fachkraft als strukturelle Anforderung an das SAPV-Team entspricht auch den Empfehlungen der erweiterten S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (Empfehlung Nr. 5.15). Die Tätigkeit einer psychosozialen Fachkraft (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie) wirkt für den/die Patient*in und die Zugehörigen in der komplexen Versorgungssituation systemstabilisierend. Die professionelle Intervention ermöglicht häufig erst den Verbleib der Patient*innen im ambulanten Setting und bildet somit das Fundament für die ärztliche und pflegerische Versorgung. Die (ehrenamtliche) psychosoziale Unterstützung durch ambulante Hospizdienste ist inhaltlich anders gelagert und kann die Tätigkeit einer psychosozialen Fachkraft nicht ersetzen.

2. Zur Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken

Der DHPV begrüßt die neue Regelung in § 39d SGB V, wonach die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen

Netzwerkkoordinator fördern. Alle Erfahrung zeigt, dass regional koordinierte Hospiz- und Palliativnetzwerke eine grundlegende Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und nachhaltig wirksame Hospiz- und Palliativversorgung und deren Weiterentwicklung haben. Das gegliederte Versorgungssystem in Deutschland ist auf die besondere Komplexität der Anforderungen und Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen nur unzureichend eingerichtet. Eine an den individuellen Bedürfnissen orientierte Betreuung setzt nicht nur in jedem Einzelfall sondern auch auf der Systemebene eine systematische Zusammenarbeit der beteiligten Partner in einem koordinierten regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk voraus. Hier gibt es grundlegenden Handlungsbedarf. In den Charta-Handlungsempfehlungen wurde daher in Leitsatz 2, Handlungsfeld 3 ein eigenes Kapitel dazu erarbeitet und mit allen Beteiligten der Charta am Runden Tisch konsentiert.

Die Neuregelung verdient auch hinsichtlich der darin formulierten Ziele, dem Grundverständnis der Netzwerkarbeit unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen und der formulierten Aufgaben des Netzwerkkoordinators Zustimmung. Näher eingegangen werden soll jedoch auf die Kritik an der Förderung der Netzwerkkoordination in der bisher vorgesehenen Größenordnung, die als nicht ausreichend erachtet wird:

Die Förderung setzt voraus, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind, eine Regelung, die grundsätzlich als sinnvoll angesehen werden kann, da das kommunale Engagement für die regionale Netzwerkarbeit unbestritten ist. Die Fördersumme durch die Krankenkassen für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination soll dabei maximal 15.000,00 EUR je Kalenderjahr und Netzwerk betragen. Würde man daneben den geforderten gleich hohen Zuschuss der Kommune berücksichtigen, stünden für die Netzwerkkoordination insgesamt 30.000 EUR jährlich zur Verfügung. Damit aber wären die im § 39d Abs. 2 Nr. 1 bis 6 SGB V beschriebenen vielfältigen Aufgaben bei weitem nicht zu leisten. Als Minimum wäre für die personelle Ausstattung – auch unter Berücksichtigung von großen Entfernungen im ländlichen Raum - von (mind.) 1,0 VK auszugehen; unter Zugrundlegung der Entgeltgruppe 12/Stufe 3 TVÖD ergäben sich dadurch Personalkosten i.H. von ca. 68.500,00 EUR pro Jahr. Hinzu kommen Kosten für Büroorganisation, entsprechende Nebenkosten sowie Fahrtkosten i.H.v. 14.000,00 EUR und Fortbildungskosten i.H. v. ca. 7.500,00 EUR pro Jahr. Daraus ergibt sich ein Gesamtbetrag von 90.000,00 EUR, mithin ein hälftiger Betrag von 45.000,00 EUR. Damit der als dringend notwendig erachtete Ausbau koordinierter regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke nicht bereits zu Beginn an der Finanzierung und damit an der Umsetzung in die Praxis scheitert, empfiehlt der DHPV nachdrücklich, die Fördersumme für die Teilfinanzierung auf 45.000,00 EUR zu erhöhen.

Um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen regen wir an, dass die Koordination von Netzwerken in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen neben den allgemeinen Netzwerken möglich sein sollte, und zwar in größeren räumlichen Dimensionen als bei Erwachsenen. Hintergrund für eigene Netzwerkstrukturen für Kinder und Jugendliche ist, dass in der Praxis kaum Schnittstellen in der Netzwerkarbeit von Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen gegeben sind und dass die Zusammensetzung der Netzwerkpartner bei Kindern und Jugendlichen räumlich und strukturell stark von denen der Netzwerke für Erwachsene abweicht (relevant neben den bekannten Akteuren des Gesundheitswesens sind für Kinder z.B. Elterninitiativen, Jugendämter, Kinderschutzbund, Behinderteneinrichtungen/ Eingliederungshilfe etc.). Es sollte daher vorgesehen werden, dass für Netzwerke in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch mehrere Kommunen/ Gebietskörperschaften gemeinsam den kommunalen Förderanteil tragen. Nach § 39d Abs. 3 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Grundsätze der Förderung nach Abs. 1 in Förderrichtlinien erstmals bis zum 31. März 2022. Wir regen eine Erstellung der Förderrichtlinien bis zum 31.12.2021 an.

3. Stärkung ambulante Kinderhospizarbeit

Zur Stärkung ambulanter Kinderhospizarbeit ist künftig für die GKV-Zuschüsse eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche abzuschließen, die eigenständig neben der Rahmenvereinbarung der ambulanten Hospizversorgung für Erwachsene steht. Diese Festlegung verdient uneingeschränkt Zustimmung, da auf diese Weise die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihres Familiensystems besser Berücksichtigung finden können, separate Rahmenvereinbarungen bereits in der stationären Hospizversorgung bestehen und für die SAPV derzeit verhandelt werden.

4. Bericht Bewertungsausschuss Palliativmedizin

Das DHPV hat Verständnis dafür, dass mit dem Ziel der Bürokratieentlastung der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen zukünftig nur noch alle drei Jahre über die palliativmedizinische Versorgung berichtet. Wünschenswert wäre jedoch, wenn es beim jetzigen zeitlichen Intervall von einem Jahr verbliebe.

5. SAPV – strukturelle Anforderungen psychosoziale Fachkraft

In § 37b Abs. 1 S. 3 SGB V ist geregelt: „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach S. 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen.“ Die SAPV stellt eine spezifische Gesamtleistung im ambulanten Versorgungssektor dar (BT-Drs. 16/3100, 105). Nach Auffassung des DHPV beinhaltet § 37b SGB V nicht nur medizinische und pflegerische Leistungsanteile, sondern auch die Einbindung einer psychosozialen Fachkraft in das SAPV-Kernteam. Die Einbindung einer psychosozialen Fachkraft als strukturelle Anforderung an das SAPV-Team entspricht auch den Empfehlungen der erweiterten S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (Empfehlung Nr. 5.15). Diese Struktur ist mithin im stationären Kontext bereits ein Anforderungsmerkmal. Insofern ist hinsichtlich der Versorgungsgerechtigkeit kein Grund ersichtlich, weshalb die Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich hinter derjenigen im stationären Kontext zurückstehen sollte, zumal gerade in der ambulanten häuslichen Versorgung stabilisierende Elemente notwendig sind, um die Versorgung realisieren zu können.

Diese Auffassung ist jedoch seitens der Kostenträger umstritten und führt dazu, dass die notwendige psychosoziale Leistung im Rahmen der SAPV-Versorgungsverträge mit Hinweis auf den aktuellen Wortlaut in § 37b SGB V nicht finanziert wird. Der DHPV befürchtet auch vor dem Hintergrund des anstehenden Abschlusses der Bundesrahmenvereinbarung, dass die SAPV-Leistungserbringer kurz- bis mittelfristig die psychosoziale Expertise nicht mehr werden sicherstellen können mit z.T. verheerenden Folgen für die Versorgung sterbenskranker Menschen.

Zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und zur Verbesserung der Versorgung schwerkranker Patient*innen bedarf es somit dringend einer gesetzgeberischen Klarstellung, um sicherzustellen, dass die SAPV-Patient*innen trotz der schwierigen Ausgangslage in der vertrauten Umgebung weiterhin versorgt werden können. Die psychosoziale Expertise einer entsprechenden Fachkraft ist ein wesentlicher Faktor für die Sicherstellung der häuslichen Versorgung und somit ein Fundament für die medizinisch-pflegerische Versorgung. Die SAPV grenzt sich von der allgemeinen Versorgung durch das Erfordernis dieses interdisziplinären Versorgungskonzeptes ab. Ein Konzept, welches lediglich zwischen Medizin und Pflege abgestimmt ist, genügt nicht den Anforderungen einer besonders aufwändigen Versorgung, die notwendige Voraussetzung

für einen Anspruch der/der Patient*in auf SAPV-Versorgung ist. Nur ein interdisziplinäres Konzept mit medizinisch-pflegerischen und weiteren disziplinären Komponenten kann bei Vorliegen der krankheits- und symptombezogenen Voraussetzungen erreichen, dass die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen erhalten, gefördert oder verbessert werden können und dass ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung ermöglicht werden können.