



Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

NEU: Aachener Str. 5
10713 Berlin

Telefon: 030 - 83223893

Fax: 030 - 83223950

E-Mail: bag.hospiz@hospiz.net

Internet: www.hospiz.net

Vorschlag der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) zum Gesetzentwurf des GKV-WSG (Stand 1.11. 2006)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz begrüßt sehr, dass mit dem GKV-WSG verbesserte Grundlagen für die ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung geschaffen werden sollen.

Entsprechende Modellerprobungen in den einzelnen Bundesländern haben sehr deutlich gezeigt, dass hierdurch viele schwerstkranke Menschen im häuslichen Umfeld versorgt werden können und so ein Sterben Zuhause möglich wird. Voraussetzung hierfür ist die enge Verzahnung der ambulanten und stationären Hospizdienste mit allen Einrichtungen der palliativmedizinischen Versorgung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz legt mit diesem Schreiben Vorschläge zur Änderung bzw. Ergänzung der nachfolgenden Paragraphen bzw. Artikel vor:

1. Ergänzung des § 37b Abs. 1 (*Legende: neuer Text hervorgehoben*)

Aus langjähriger Erfahrung in der Hospizarbeit und Palliativversorgung ist es entscheidend, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung als integrative und multiprofessionelle Leistung erbracht wird. Daher schlagen vor, als Satz 4 folgenden Satz einzufügen:

Die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung arbeiten mit den ambulanten Hospizdiensten und Hospizen (§ 39a SGB V) und Anbietern weiterer Begleitleistungen (insbesondere aus den Berufsfeldern Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie und Physiotherapie) integrativ zusammen.

Die Begründung bedarf einer Überarbeitung, damit sie der geforderten Klarstellung Rechnung trägt: Die hospizlich-palliative Versorgung ist gemeinschaftlich durch ein multidisziplinäres Team zu erbringen. Unter dem Begriff „weitere Begleitleistungen“ sind insbesondere weitere therapeutische, psychosoziale und seelsorgerlich-spirituelle Angebote zusammengefasst.



2. Ergänzung des § 37b Abs. 3

Um die Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass die Kompetenz der beiden wesentlichen Spitzenorganisationen für die Hospizarbeit und Palliativmedizin, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einbezogen werden. Daher schlagen vor, als Absatz 3 Satz 1 folgendermaßen zu ergänzen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und den Verbänden der Pflegeleistungserbringer das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. ...

2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten; die gewachsenen Versorgungsstrukturen **der Hospiz- und Palliativversorgung (z.B. Palliativstationen, ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize, Palliativdienste)** sind zu berücksichtigen.

Die Begründung zu § 37 b Abs. 3 bedarf in Abs. 1 Satz 2 einer Ergänzung, um die Fachkompetenz beim Gemeinsamen Bundesausschuss multiprofessionell einzubinden: Da es sich bei der Leistung um eine multiprofessionelle Gesamtleistung mit u. a. ärztlichen und pflegerischen palliativmedizinischen Anteilen sowie Anteilen des hospizlichen Ehrenamtes handelt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Erarbeitung der Richtlinien auch den Sachverstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (als multiprofessionelle Fachvertretung der palliativmedizinischen Pflege und ärztlichen Behandlung sowie weiterer Berufsgruppen) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (als Vertretung der Hospizverbände und Hospizorganisationen) sowie den Verbänden der Pflegeleistungserbringer maßgeblich einzubeziehen und diese zu beteiligen.

3. Ergänzung des § 39a Abs. 1

Satz 1:

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 6 ...

Satz 2: streichen

Satz 3

Das Hospiz trägt 5 vom Hundert der Kosten nach Satz 1; die Krankenkassen leisten einen kalendertäglichen Zuschuss in Höhe von 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches, soweit unter Anrechnung der Eigenleistung des Hospizes die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschritten werden.

Satz 5

Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen.

Begründung

Die heutige Regelung der Hospizfinanzierung in Form der zehnprozentigen Eigenleistung des Hospizes und einer Mischfinanzierung durch bis zu fünf verschiedene Kostenträger hat sich nicht bewährt. Diese Regelung ist ausschließlich historisch, unter anderem mit der seinerzeitigen Einführung der Pflegeversicherung, erklärbar. Damals war allerdings vorgesehen, dass in stationären Einrichtungen ausschließlich Leistungen der Grundpflege über die Pflegeversicherung und Leistungen der Behandlungspflege über die Krankenversicherung finanziert werden; dies wird inzwischen dauerhaft geändert.

Heute bedeutet diese Mischfinanzierung (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Eigenleistung des Hospizes, betreute Person und ggf. Sozialhilfeträger) nach einer empirischen Untersuchung (vgl. R. Allert u. a., Erfolgsfaktoren für Hospize. Forschungsergebnisse zu Qualität und Kosten, Wuppertal 2005) für Hospize einen Verwaltungsaufwand pro abzurechnenden Fall von teilweise mehr als einer halben Stunde. Dies ist nicht länger akzeptabel. Knappe Hospizressourcen werden für Bürokratie und Verwaltungsaufwand fehlverwendet.

Die aktuell vorgesehene zehnprozentige, faktisch aber gewöhnlich deutlich höher liegende, Mindestbeteiligung des Hospizes, bedeutet für viele Hospize angesichts des immer enger werdenden Spendenmarktes mittelfristig eine finanzielle Überforderung und damit wachsende Existenzgefährdung. Zur Zukunftssicherung der Hospize und damit nachhaltiger ganzheitlicher Begleitung Schwerstkranker und Sterbender bedarf es einer finanziellen Entlastung der Hospize unter Beibehaltung einer, allerdings niedrigeren, Eigenbeteiligung in Höhe von 5%, um mit Sterbebegleitung keinen Preiswettbewerb zu installieren und keine Gewinnerzielung zu ermöglichen.

Als weiteres Problem der Praxis zeigt sich immer wieder, dass viele private Krankenversicherungen nicht bereit sind, für ihre Versicherten Hospizleistungen zu finanzieren. Zu Zeiten des Vertragsabschlusses gab es vielfach noch keine Hospize, so dass diese Leistungen nicht wie Krankenhausleistungen durch die Versicherung automatisch mit abgedeckt sind.

Lösung

Die Problematik der Mischfinanzierung lässt sich weitestgehend lösen, indem Krankenkassen künftig 10 Prozent an Stelle der bisherigen sechs Prozent der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des 4. Buches übernehmen. Die Techniker-Krankenkasse zahlt diesen Betrag (10% der Bezugsgröße) bereits heute freiwillig.

Dafür entfallen die Leistungen der Pflegekasse. Gleichzeitig werden Hospize finanziell entlastet, bringen aber immer noch Eigenleistungen auf.

Sozialhilfeleistungen werden nur noch in Ausnahmefällen notwendig werden.

Durch die Änderung in Satz 1 soll zum Ausdruck gebracht werden, dass stationäre Hospizleistungen an Stelle von Krankenhausleistungen erbracht werden und somit automatisch an Stelle von Krankenhausleistungen, auch durch private Krankenversicherungen, zu finanzieren sind.

Kosten und Einspareffekte

Bei einer unterstellten späteren Ausbaustufe von 205 stationären Hospizen mit jeweils acht Betten bei 80-prozentigem durchschnittlichen Nutzungsgrad an 365 Tagen bedeuten 10 Prozent der Bezugsgröße (2006: €245,-) pro Tag Krankenkassenausgaben von €0,117 Mrd. pro Jahr für die gesamte stationäre Hospizversorgung in Deutschland. Dies sind €0,046 Mrd. mehr als bei einer Krankenkassenleistung in Höhe von 6% der Bezugsgröße.

Durch diese Regelung entfallen jedoch der erhebliche Verwaltungsaufwand der Hospize im Antrags- und Abrechnungsverfahren sowie die regelmäßigen MDK-Prüfungen zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit bei teilweise täglich wechselnden Stufen der Pflegebedürftigkeit.

Satz 6

Die Spitzenverbände der Krankenkassen ...

Satz 7

In den letzten Jahren konnte mehrfach keine Einigkeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern über die angemessene Vergütung für die Hospizbetreuung von Betroffenen erzielt werden. Hier ist dringend die Eröffnung einer Schiedsmöglichkeit erforderlich. Daher ist Abs. 1 um folgenden Satz zu ergänzen:

Können sich die Vertragspartner nicht einigen, ist eine Schiedsperson zu bestellen, § 132 a Abs. 2 Satz 6-8 SGB V gelten entsprechend.

4. Ergänzung des § 132d

Auch und gerade in den Heimen ist – wie vom Gesetzgeber bereits geplant – die spezialisierte palliative Versorgung zu implementieren. Die Betroffenen im Altenheim haben Anspruch auf die gleichwertig hohe Versorgungsqualität, wie in der ambulanten Betreuung. Daher sind die Richtlinien des § 37b dort genauso anzuwenden wie in der ambulanten Versorgung.

4 a. Ergänzung des § 132d Abs. 1

Daher ist in Absatz 1 der Passus: „unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b“ zu ersetzen durch: **nach den Richtlinien des § 37b** und der Passus: „soweit dies ... notwendig ist“ ist zu ersetzen durch: **zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung.**

4 b. Ergänzung des § 132d Abs. 2

Um die Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch in den Heimen zu gewährleisten, muss die Kompetenz beider wesentlichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativmedizin auch hier mit einbezogen werden. Daher schlagen vor, als Absatz 3 Satz 1 folgendermaßen zu ergänzen:

Analog zu § 37b Abs. 3 ist in Satz 1 nach den Worten „Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ einzufügen:

den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin.

Die Begründung zu § 132d Abs. 2 bedarf es als erster Satz einer Ergänzung, um die Fachkompetenz multiprofessionell einzubinden: Da es sich bei der Leistung um eine multiprofessionelle Gesamtleistung mit u. a. ärztlichen und pflegerischen palliativmedizinischen



Anteilen sowie Anteilen des hospizlichen Ehrenamtes handelt, ist bei der Festlegung der Empfehlungen auch der Sachverstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (als multiprofessionelle Fachvertretung der palliativmedizinischen Pflege und ärztlichen Behandlung sowie weiterer Berufsgruppen) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (als Vertretung der Hospizverbände und Hospizorganisationen) einzubeziehen und sind diese zu beteiligen.

Artikel: Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Nach § 5b Abs. 3 wird Abs. 4 eingefügt

(4) Betäubungsmittel, die nach Absatz 3 gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, können von dem Arzt für einen anderen Patienten dieses Alten- oder Pflegeheims oder **stationären** Hospizes erneut verschrieben werden oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der Weiterverwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder einem **stationären** Hospiz zurückgegeben werden. **Entsprechendes soll gelten für die Versorgung mit Betäubungsmitteln im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach §37b SGB V.**

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie unsere Vorschläge im laufenden Gesetzgebungsverfahren berücksichtigen könnten.