

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

(Hospiz- und Palliativgesetz HPG)

A. Allgemein

B. Zum Hospiz- und Palliativgesetz HPG in Einzelnen

C. Nicht im Entwurf enthalten – vom DRK geforderte Änderungen

Zu A: Allgemein

Das DRK begrüßt die Einführung eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz HPG) und der hiermit verbundenen Impulses zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung und bedankt sich für die Möglichkeit zu einer Stellungnahme.

Der Ausbau palliativmedizinischer Angebote ist dringend erforderlich und wird vor dem Hintergrund der aktuellen Sterbehilfe-Debatte als ein wichtiges Signal gewertet. Sterben in Würde bedeutet, dass Schwerkranke und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung erhalten. Dies erfordert eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Denn bisher erhalten in Deutschland maximal 10 Prozent der Sterbenden spezialisierte bzw. stationäre Palliativangebote oder werden in Hospizen versorgt. Nach Berechnungen der WHO brauchen aber 60 Prozent der Sterbenden eine professionelle Sterbebegleitung.

Besonders in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es noch an hinreichenden Angeboten. Mithin kann das Gesetz dazu beitragen, ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.

Der Hilfebedarf schwerkranker und sterbender Menschen ist von Fall zu Fall unterschiedlich, so dass für eine vernetzte Versorgung ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote gewährleistet sein müsste.

Die Schwerpunkte des Gesetzes sind:

1. Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung
2. Stärkung der Palliativpflege
3. Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
4. Stärkung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit
5. Einführung eines Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung
6. Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen
7. Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
8. Anreize für ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot
9. Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0128(3) gel. VB zur öAnhörung am 21.09. 15_HPG 14.09.2015</p>

Zu B: Zum vorliegenden Entwurf eines Hospiz- und Palliativgesetz in Einzelnen

SGB V

§ 27 Krankenbehandlung

Das DRK begrüßt die Erweiterung im SGB V um die Leistung „palliative Versorgung“. Dabei ist es jedoch erforderlich die Refinanzierung dieser Leistung ausreichend sicher zu stellen.

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Die Zuschusserhöhung von 7 auf 9 % sowie die Erhöhung der zuschussfähigen Kosten von 90 auf 95 % wird durch das DRK begrüßt. Durch die Änderung wird der Betrieb von Hospizen wirtschaftlich erleichtert. Gleichzeitig sind nur noch 5 % der Kosten über Spenden einzuwerben, so dass ehrenamtliches Engagement weiterhin in der Hospizarbeit wirksam bleibt.

Wir begrüßen weiterhin, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene Rahmenempfehlungen zur Definition zuschussfähiger Kosten treffen sollen und der Gesetzgeber der DRK-Empfehlung gefolgt ist neben den Personalkosten auch die anfallenden Sachkosten zu berücksichtigen.

Eine gesetzliche Regelung, dass mindestens alle 4 Jahre eine Anpassung an die Versorgungs- und Kostenentwicklungen stattfinden muss, erscheint nach den Praxiserfahrungen überflüssig. Vertragspartner können bei Bedarf jederzeit zu Verhandlungen auffordern.

Das DRK begrüßt grundsätzlich den Einsatz von Ehrenamtlichen und deren angemessene professionelle Begleitung, weist aber auch darauf hin, dass der verbindliche, zusätzliche Einsatz von Hauptamtlichen zu wirtschaftlichen Problemen führen kann, insofern die Refinanzierung nicht ausreichend gesichert ist.

§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Aus Sicht der Versicherten sind vielfältige Informations- und Beratungsmöglichkeiten sowie eine Wahlfreiheit sinnvoll, da sich die Beratungsinhalte und die Beratungsqualität je nach Profession deutlich voneinander unterscheiden können. In Frage kommende Informations- und Beratungsstellen können sein:

- Ambulante Hospizdienste: (Die Beratung von Patienten und Angehörigen ist bereits jetzt nach der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 2 SGB V Aufgabe der ambulanten Hospizdienste.)
- Hausärzte
- Ambulante Pflegedienste
- Kranken- und Pflegekassen
- Pflegestützpunkte
- Andere Beratungsangebote

Damit die Beratungsangebote kostenlos für die Versicherten sein können, benötigen sie eine Refinanzierung über § 39a SGB V. Spezifische Beratungselemente sollten auch in der HKP-Richtlinie verankert sein.

Ein weiterer Rechtsanspruch gegenüber den Krankenkassen gegenüber der schon bestehenden Beratungspflicht der Krankenkassen ist nicht erforderlich und sinnvoll.

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die Aufnahme eines neuen Bundesmantelvertrages zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung wird grundsätzlich begrüßt.

Zu kritisieren ist allerdings, dass die

- „Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen“ sowie
- die „Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität“

ausschließlich zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen zu vereinbaren sind.

Die Hospizbewegung tritt seit langem für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit und eine fachliche Gleichrangigkeit der verschiedenen Professionen ein. Bei der SAPV-Versorgung nach § 132d SGB V sind alle an der Versorgung Beteiligten in die Erarbeitung von Regelungen für Kooperationen eingebunden. Warum im § 87 nun vom Gesetzgeber ausschließlich die Ärzteschaft bei der Festlegung der Anforderungen zu beteiligen ist, erschließt sich in diesem Kontext nicht.

Das DRK fordert daher, analog der Regelungen nach § 132d, den regelhaften Einbezug von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung an der Erarbeitung solcher Grundsätze.

Weiterhin ist zu beachten, dass zur Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung eine Vergütung für den zusätzlichen Aufwand an Kooperation und Koordination bei allen beteiligten Professionen erfolgen muss. Der Ansatz nach § 87 Abs. 2 nur den

zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen neu zu vergüten, ist unter dem Aspekt zu prüfen.

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Aufnahme der Thematik „Verordnung häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ wird begrüßt. Darüber hinaus muss aber sichergestellt werden, dass eine Ausweitung der HKP-Leistungen auch mit einer Ausweitung des Budgets bei den Krankenkassen einhergehen muss.

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Gesetzgeber hat den Wunsch über die Regelungen in § 119 SGB V die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen nun über eine Soll-Vorschrift sicherzustellen. Damit wird die Verantwortung für eine angemessene ärztliche Versorgung von der Kassenärztliche Vereinigung auf die stationären Pflegeeinrichtungen übertragen. Systemgerecht wäre stattdessen von den niedergelassenen Ärzten den Nachweis des Abschlusses von Kooperationsverträgen mit stationären Pflegeeinrichtungen zu verlangen.

§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Versorgungsverträge einfacher abzuschließen sind, um die „weißen Flecken“ in der Versorgungslandschaft zu reduzieren. Dazu soll eine Schieds personenregelung eingeführt werden. Die Schiedsperson soll auch von der Aufsichtsbehörde der federführenden Krankenkasse benannt werden können. Ein weiterer Ansatz ist, über Selektivverträge die Versorgungsdichte zu erhöhen.

Das DRK begrüßt das Ziel die Versorgungsdichte zu erhöhen und hält auch die Einführung einer Schiedsperson für sinnvoll. Jedoch bleibt bei dem Modell die Frage unbeantwortet, wie mit Situationen umzugehen ist, wo die Kasse keinen Versorgungsbedarf sieht, der Leistungsanbieter jedoch einen wahrnimmt. Die Krankenkassen sollten daher zum Vertragsabschluss mit den Leistungsanbietern verpflichtet werden. Der Ansatz, eine Schiedsperson auch von der Aufsichtsbehörde der federführenden Krankenkasse benennen zu können, wird nicht für sinnvoll gehalten. Schiedspersonen müssen das Vertrauen beider Vertragsparteien haben, damit der Schiedsspruch akzeptiert wird und nicht zu einer Klage führt.

Selektivvertragliche Regelungen haben den Nachteil, dass sie zu unterschiedlichen Versorgungsqualitäten in Deutschland führen. Die Ausweitung selektivvertraglicher Regelungen wird daher kritisch gesehen.

§ 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

Die Einführung der Möglichkeit Versicherten in vollstationären Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung, eine Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung zum Lebensende anbieten, wird begrüßt.

In § 132f Absatz 1 sollte als Satz 3 ergänzt werden, „Für Kinder und Jugendliche soll diese Beratung in altersgerechter Weise erfolgen und ihr Wille soll weitestgehend Berücksichtigung finden.“

In der Gesetzesbegründung zu § 132f Absatz 2 sollte als Satz 3 ergänzt werden: „Dabei sind die spezifischen Anforderungen insbesondere für die Beratungen von Kindern und Jugendlichen, von Menschen mit Behinderungen, von Menschen ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse besonders aufzuzeigen.“

Im Detail gibt es folgende weitere Änderungshinweise:

- § 132f sollte für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI gelten
- Zu bedenken ist, dass das Durchspielen möglicher Notfallszenarien mit relevanten Versorgern (Rettungsdienste, Krankenhäuser, kommunale und seelsorgerische Einrichtungen) sehr aufwendig ist und refinanziert werden muss. Für diese Refinanzierung hat der Gesetzgeber keine Möglichkeiten aufgezeigt. Da das Durchspielen möglicher Notfallszenarien als Soll-Regelung vorgesehen ist, wird es schwer für Pflegeheime werden, die eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten möchten, genügend externe Partner zu finden, die unter den gegebenen Bedingungen zu einer Kooperation bereit sind.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführte zwingende Einbeziehung des behandelnden Vertragsarztes ist fachlich sinnvoll. Die daraus folgende Konsequenz (Unterbrechung des Beratungsprozesses), die bei Verhinderung des behandelnden Vertragsarztes entsteht, sollte vom Gesetzgeber noch einmal bewertet werden.

SGB XI

§ 114 Qualitätsprüfungen

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Neu soll ab dem 1.7.2016 die Verpflichtung eingeführt werden, dass die Zusammenarbeit von Pflegeheimen mit einem Hospiz- und Palliativnetz den Pflegekassen mitzuteilen sind, die diese Informationen dann veröffentlichen.

Die Mitteilungspflichten in der Qualitätsberichterstattung nach § 114 Abs.1 und § 115 Abs. 1b SGB XI werden abgelehnt, da die geplante zwingende Umsetzung auf folgende Schwierigkeiten stößt:

- a) Eine Definition, was ein Hospiz- und Palliativnetz ist, fehlt.
- b) Bei den „weißen Flecken“ in der Hospizversorgung wird nicht jedes interessierte Pflegeheim in der Lage sein Kooperationen im regionalen Umfeld einzugehen.
- c) Das Pflegeheim wird, analog der Darstellung von Kooperationen mit Ärzten, für das Nichtzustandekommen von Kooperationen mit Hospiz- und Palliativnetzen verantwortlich gemacht. Es gibt vielfältige Ursachen für das Nichtzustandekommen einer Kooperation, die nicht dem Pflegeheim zuzurechnen ist.
- d) Der für eine Vernetzungsarbeit notwendige Zeitaufwand ist nicht refinanziert.

Stattdessen wird die Aufnahme einer „kann-Regelung“ empfohlen.

§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

Das DRK begrüßt die Neuaufnahme der §132 G „Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende“ als Möglichkeit für Betroffene hierüber gezielt Information und Beratung zu finden sowie mit der Einführung der neuen Möglichkeit in Pflegeeinrichtungen nach §43 SGB XI diesen Versorgungsbereich für Fragen in der letzten Lebensphase zu sensibilisieren; vorausgesetzt die Refinanzierung der Leistung ist ausreichend gesichert.

Zu C: Nicht im Entwurf enthalten – vom DRK geforderte Änderungen

SGB V

§ 92

Trotz jahrelanger Forderungen haben die Spitzenverbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene weiterhin keinen Sitz im Gemeinsamen Bundesausschuss GBA. Die ausschließliche Möglichkeit Stellungnahmen abzugeben erscheint den beteiligten Spitzenverbänden als nicht ausreichend genug, um die HKP-Richtlinien praxisgerecht zu gestalten. Dieser gegenwärtige Status sollte geändert werden.

SGB XI

Zusätzliches Personal für Sterbende in Pflegeheimen

Das DRK hält es für sinnvoll die Begleitung Sterbender in Pflegeheimen strukturell und personell zu verbessern. Hierzu sollte ein §43c SGB XI eingeführt werden, über den für Pflegebedürftige kostenneutral zusätzlich Personalstellen geschaffen werden, die

- a) die Vernetzung innerhalb der Einrichtung und mit Akteuren außerhalb der Einrichtung zu hospizlichen Sachverhalten gestalten und koordinieren,
- b) die direkte Versorgung von Sterbenden in Einrichtungen verbessern. In den letzten Jahren hat die Anzahl Sterbender in Pflegeheimen zugenommen, ohne das mehr Personal vorhanden ist, so dass die Versorgungssituation hierüber verbessert werden kann.

Das DRK hält für die Ausgestaltung eines §43c SGB XI einen Personalschlüssel von 1:20 für angemessen.