

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)

Vor dem Hintergrund meiner **direkten praktischen Erfahrungen in der Hospiz- und Palliativversorgung** als Geschäftsführer des Christophorus Hospiz Vereins e.V. München (gegründet 1985), der pro Jahr im Stadtgebiet München mit

- seinem **ambulanten Hospizdienst** ca. 350 bis 400 Menschen,
- seinem ambulanten Palliativ-Geriatriischen Dienst zur Unterstützung **stationärer Pflegeheime** ebenfalls ca. 350 bis 400 Menschen,
- seinem **stationären Hospiz** ca. 200 bis 250 Menschen und
- seinem SAPV-Team ca. 350 bis 400 Menschen

Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache 18(14)0128(29)
gel. ESV zur Anhörung am 21.09. 15_HPG 18.09.2015

und jeweils ihre Zugehörigen betreut, und als Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der stationären Hospize in Bayern nehme ich in **vier Punkten** Stellung zum Gesetzentwurf. Zwei davon betreffen die **Finanzierungsgrundlage stationärer Hospize** und zwei die **Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung**.

1. Verbesserung der Finanzierungsgrundlage stationärer Hospize

a) Ich begrüße es sehr, dass durch die Ergänzung in **§ 39a SGB V Abs. 1** in der Rahmenvereinbarung Regelungen zum Umfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen sind und die Hospizträger dies dadurch nicht mehr wie bisher in den Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen aushandeln müssen.

Es ist dabei jedoch zu beachten, dass Hospize regional unter kaum vergleichbaren Bedingungen arbeiten, die in diesen Regelungen abgebildet werden müssen. Die Dichte der Hospizplätze gemessen an der Einwohnerzahl ist z.B. regional sehr unterschiedlich. In Regionen mit einer geringeren Dichte an Hospizplätzen kommen auf das einzelne Hospiz mehr Menschen mit sehr komplexen Symptomen und hohem Pflegebedarf zu, wodurch ein höherer Personalschlüssel erforderlich wird.

Es ist deshalb erforderlich, dass Modelle eingeführt werden können, die das Verhältnis der Hospizplätze zur Einwohnerzahl berücksichtigen. Dafür sollte im Gesetzestext die geplante Formulierung in § 39a SGB V Absatz 1 minimal ergänzt werden: **Der Satz 6 könnte lauten „In der Vereinbarung sind bundesweit geltende Mindeststandards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen.“**, um dadurch solche Modelle zu ermöglichen.

b) Ich begrüße außerdem, dass in **§39a SGB V Absatz 1** künftig im neuen Satz 7 auf den erhöhten Verwaltungsaufwand in stationären Hospizen hingewiesen wird. Jedoch ist der Personalbedarf auch in anderen Hospizbereichen, z.B. in der **psychosozialen Begleitung** und der **Einbeziehung der Angehörigen** sowie im **hauswirtschaftlichen Bereich** spürbar erhöht. Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass stationäre Hospize hier in Vergütungsverhandlungen mit Pflegeheimen verglichen werden, was jedoch aufgrund der anderen Aufgabenstellung, der geringeren Einrichtungsgröße und der unterschiedlichen Bewohnerstruktur nicht möglich ist.

Es darf deshalb nicht darauf verzichtet werden, im neuen Satz 7 des § 39a Abs. 1. zu ergänzen: „Der besondere Verwaltungsaufwand, der Aufwand für die psychosoziale Begleitung und die Einbeziehung der Angehörigen sowie der erhöhte Aufwand in der hauswirtschaftlichen Versorgung stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen.“

2. Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung

a) Für die Arbeit der **ambulanten Hospizdienste** ist die im Gesetzentwurf für **§ 39a Abs. 2 SGB V** vorgesehene Überprüfung des Verhältnisses von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeitern zu begrüßen. Über die Qualifizierung und Koordination von Ehrenamtlichen hinaus

erbringen die ambulanten Hospizdienste tatsächlich jedoch zunehmend auch die dringend notwendige **fachliche palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung** der Patienten und ihrer Angehörigen. Außerdem leisten Hospizdienste oftmals wichtige Arbeit bei der **Bildung und Koordination von fachlichen Netzwerken, die erst die Voraussetzung für ein koordiniertes und vernetztes Arbeiten beteiligter Fachstellen im Einzelfall schaffen**. Diese Leistungen für eine allgemeine ambulante Palliativversorgung sind – im Gegensatz zu SAPV – bisher zwar nicht geregelt und finanziert, werden jedoch aufgrund des dringenden Bedarfes der Menschen in der Praxis bereits von ambulanten Hospizdiensten erbracht. Deshalb müssen neben der Koordination ehrenamtlicher Sterbebegleitung zwingend zusätzlich auch die Angebote der fachlichen Beratung, die patientenbezogenen Koordinationsaufgaben und der Beitrag von ambulanten Hospizdiensten zur regionalen Netzwerkbildung und -pflege Eingang in die Vergütung nach § 39 a Abs. 2 finden. Hier ist Finanzierungsmodell erforderlich, das **die palliative Beratung von Fachkräften als eigenständige Aufgabe ambulanter Hospizdienste wahrnimmt und entsprechend finanziert**.

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband schlägt dazu in seiner Stellungnahme vom 10.04.2015 einen Lösungsvorschlag in § 39a Absatz 2 SGB V vor, dem ich mich uneingeschränkt und nachdrücklich anschließe: „**In § 39a Abs. 2 Satz 3 werden die Worte ‚palliativ-pflegerische Beratung‘ gestrichen und durch ‚Palliative Care Beratung und die daraus folgenden Koordinationsleistungen‘ ersetzt und weiterhin werden in Satz 5 hinter den Worten ‚zu der Zahl der Sterbebegleitungen‘ die Worte ‚sowie durch einen Zuschuss für die Beratungs- und Koordinationsleistungen‘ eingefügt.**“

b) Ich befürworte sehr, dass der Gesetzentwurf im neuen **§ 132g SGB V** eine **gesundheitliche Versorgungsplanung** zum Lebensende, finanziert durch die Krankenversicherung, vorsieht. Das Angebot ist jedoch beschränkt auf Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein vergleichbares Angebot **für den häuslichen Bereich** nicht vorgesehen ist. Meine Erfahrung in der Geschäftsführung des Christophorus Hospiz Vereins zeigt, dass auch bei Personen die die letzte Lebensphase zu Hause verbringen, insbesondere bei Patienten die die SAPV-Kriterien nicht erfüllen, eine individuelle vorausschauende Planung im Sinne einer Krisenplanung erforderlich ist, **um unnötige Krankenhauseinweisungen am Lebensende zu vermeiden. Angeboten wird diese vorausschauende Versorgungsplanung im ambulanten Bereich bereits jetzt schon vielerorts von fachpflegerisch qualifizierten ambulanten Hospizdiensten**, wodurch vielen Menschen ermöglicht wird, möglichst lange in der häuslichen Betreuung zu verbleiben. Hier wäre dringend erforderlich, ebenfalls ein ausreichend regelfinanziertes Angebot zu schaffen.

Möglich ist dies durch eine Fassung des **§ 132g Abs. 1 Satz 1** wie sie der Bundesrat in seiner Stellungnahme von 12.06.2015 vorschlägt: „**Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, ambulante Pflege- und Hospizdienste und Krankenhäuser können am Ort der Leistungserbringung den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.**“

Es genügt hier nicht, bezüglich der gesundheitlichen Versorgungsplanung im ambulanten Bereich auf Haus- oder Fachärzte zu verweisen. Zum einen reicht die Einführung von Leistungen durch Haus- oder Fachärzte nach § 87 Abs. 1b dafür nicht aus. Zum anderen sind auch in Pflegeheimen Hausärzte an der Versorgung beteiligt und dennoch soll auch hier durch § 132g ein besonderes Beratungsangebot etabliert werden.

Schließlich würde es dem Ziel des Gesetzes, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu verbessern nicht gerecht, wenn eine Erweiterung der Versorgungsplanung auf den häuslichen Bereich mit dem Argument abgelehnt würde, dass hier bislang noch wenig praktische Erfahrungen vorliegen.

München, 15.09.2015
Leonhard Wagner