

Kommentierung der Trägerorganisationen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

(Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland – Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

9. April 2015

I. Allgemeine Anmerkung:

Die drei Trägerorganisationen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland begrüßen ausdrücklich den Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Entsprechend den Ausführungen im Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit und der Regierungsfractionen vom 10. November 2014 greift der Gesetzentwurf wesentliche Punkte aus der Diskussion im Charta-Prozess und im Forum für die Hospiz- und Palliativversorgung auf. Auch dies wird ausdrücklich begrüßt. Die Trägerorganisationen betrachten den Gesetzentwurf als wichtigen Schritt, die Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in wesentlichen Bereichen weiter auszubauen und zu konsolidieren. Dies betrifft insbesondere

- die Weiterentwicklung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im ärztlichen und pflegerischen Bereich,
- die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Versorgungsangebote,
- die Patientenberatung und -information zu Fragen der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase,
- grundlegende Fragen der Orientierung stationärer Pflegeeinrichtungen zur Hospizkultur und Palliativversorgung
- Verbesserungen in der Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize
- sowie in der Finanzierung der Palliativstationen.

Allerdings klammert der Entwurf den Bereich der allgemeinen Krankenhausversorgung und Regelungen zur palliativpflegerischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen bislang fast vollständig aus – Bereiche, die unter dem Aspekt des „Transfers in die Regelversorgung“ für den größten Teil der Schwerstkranken und Sterbenden in Deutschland von zentraler Bedeutung sind.

Nahezu jeder zweite Mensch verstirbt derzeit im Krankenhaus, fast jeder Vierte in einer stationären Pflegeeinrichtung. Nur wenn auch diese Versorgungsbereiche berücksichtigt sind, kann der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen allgemeinen wie auch spezialisierten Palliativversorgung für alle, die sie benötigen, gewährleistet werden. Die Einbeziehung gerade auch der allgemeinen Krankenhausversorgung in ein solches Hospiz- und Palliativ-Spezialgesetz ist allein deshalb schon erforderlich, um die zu entwickelnden Strukturen von vornherein sektorübergreifend planen zu können.

Zu einigen Regelungen/ konkreten Gesetzesänderungen gibt es darüber hinaus Ergänzungs-, Änderungs- und Optimierungsbedarf – das betrifft beispielsweise die Vernetzung/Netzwerke sowie die Qualität, Qualitätssicherung und in diesem Zusammenhang auch die Datendokumentation und -evaluation, besonders im stationären Bereich. Zu den Einzelregelungen nachfolgend weitere Anmerkungen (Spezieller Teil):

II. Anmerkungen zum speziellen Teil

1. Zu Artikel 1

1.1 Zu Art. 1, Nr. 2, § 39a, Abs. 1 SGB V (Stationäre Hospize):

Die vorgesehenen Änderungen zu § 39a, Abs. 1 SGB V werden ausdrücklich begrüßt:

- a. Anhebung der zuschussfähigen Kosten auf 95 Prozent, aber keine Vollfinanzierung
- b. Anhebung der monatlichen Bezugsgröße von 7 auf 9 Prozent
- c. Vereinbarung einheitlicher Standards – als eine wichtige Grundlage für eine stärkere Angleichung der Tagesbedarfssätze zwischen den Regionen

1.2 Zu § 39 a Abs. 2 SGB V (Ambulante Hospizdienste):

Insbesondere die vorgesehene Reduzierung der Vorlaufzeiten bei der Förderung ist ein wichtiger Fortschritt und wird ausdrücklich begrüßt.

Allerdings sollten auch die Begleitung im Krankenhaus, die Trauerbegleitung sowie Sach- und Verwaltungskosten bei der Förderung besser berücksichtigt werden, da sie kaum noch ausreichend aus Spenden aufgebracht werden können. Denn die Begleitung durch Ehrenamtliche wird durch den – auch mit diesem Gesetz - vorgesehenen Ausbau der Palliativversorgung in ihren Anforderungen noch weiter wachsen.

1.3 Zu Art. 1, Nr. 3, § 39 b SGB V (neu)- (Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkasse):

Dieser neu aufgenommene Rechtsanspruch ist ein großer Fortschritt für die Versicherten.

Vorgesehen ist, dass die Beratung im Wesentlichen durch die Kassen selbst erfolgen soll. Sie kann aber auch an eine in § 35 Abs. 1 SGB I genannte Stelle delegiert werden. Vor diesem Hintergrund fordern die Träger der Charta-Steuerungsgruppe Regelungen zur Sicherstellung der Neutralität der beratenden Stelle. Darüber hinaus müssen bereits bestehende Beratungsstrukturen berücksichtigt und Möglichkeiten geschaffen werden, um die notwendige fachliche Kompetenz bei der Beratung zu gewährleisten. Insofern sind das regionale Netzwerk bzw. die Akteure in der Region einzubeziehen und mit diesen über die beratende Stelle Einvernehmen herzustellen.

1.4 Zu Art. 1, Nr. 5, § 87 SGB V: (Qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung im Bundesmantelvertrag)

Die unter 1. bis 4. aufgeführten Anforderungen, die nach diesem Gesetzentwurf im Bundesmantelvertrag als Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung zu vereinbaren sind, sind – in Verbindung mit Nr. 7 dieses Entwurfs (§ 92 Abs. 7, häusliche Krankenpflege) – als Grundlage einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung grundsätzlich zu begrüßen. Dazu zwei Anmerkungen:

- Bei der unter Punkt 3 aufgeführten Anforderung im Gesetzentwurf selbst wird das Netzwerk als Begriff nicht erwähnt (Dieser Begriff wird im Gesetzentwurf selbst überhaupt nur einmal im Art. 3, § 114 SGB XI, S. 11 erwähnt, an einigen weiteren Stellen lediglich in der Begründung). Es erscheint notwendig, den Begriff Netz oder Netzwerk an dieser Stelle in die Gesetzesformulierung zu integrieren; denn eine gut strukturierte Vernetzungsarbeit ist ohne die Organisation durch Netzwerke nicht denkbar.
- Bei den unter Punkt 4 aufgeführten Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität sollte die einheitliche Datendokumentation zur Sicherung einer einheitlichen und vergleichbaren Qualitätssicherung ausdrücklich verpflichtend vorgegeben werden. Nur dann werden zukünftig bessere Erkenntnisse über die Qualität und die Ergebnisse der Versorgung durch eine systematische Evaluation und Versorgungsforschung möglich werden

1.5 Zu Art. 1, Nr. 9, § 132d SGB V

a) Schiedsperson SAPV:

Auch diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, um Vertragsabschlüsse bei bestehenden Versorgungslücken zu fördern.

Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass in ländlichen Regionen darüber hinaus spezielle Vertragsregelungen für die SAPV notwendig sind, z. B. bezogen auf sog. Satellitenteams. Solche speziellen Vertragsregelungen sollten mit diesem Gesetzentwurf ausdrücklich ermöglicht werden.

Weiterhin wird auch an dieser Stelle nochmals die Notwendigkeit einer einheitlichen Datendokumentation für die Qualitätssicherung in der SAPV betont, um dadurch zukünftig über bessere Grundlagen für eine vergleichende Evaluation zu verfügen.

b) – neuer Abs. 3 in § 132 d SGB V (Selektivverträge)

Selektivverträge können zweifellos zu einer flexibleren Umsetzung der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung führen. Es sollte aber sichergestellt werden, dass, wie auch in der Begründung betont, die qualitativen Anforderungen dadurch nicht abgesenkt werden. Insbesondere die etablierten SAPV-Teams, die mit ihrem multiprofessionellen Ansatz eine große Errungenschaft bei der Umsetzung des § 37 b SGB V sind, dürfen dadurch nicht gefährdet werden.

In der Begründung S. 31 heißt es dazu insbesondere, dass *„wichtig ist, dass eine enge Kooperation aller ... und eine Teamstruktur gewährleistet ist“*. Die Einhaltung der qualitativen Anforderungen und die Gewährleistung der Teamstruktur müssen daher auch im Gesetzestext selbst formuliert werden.

1.6 Zu Art. 1, Nr. 10, Einfügung eines neuen § 132 f SGB V – (Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende)

Änderungsvorschlag für den Gesetzestext: Die Begriffe „Lebensende“, „Angebote der Sterbebegleitung“, „Abläufe während des Sterbeprozesses“ sollten im Gesetzestext selbst wie folgt geändert bzw. ergänzt werden: Statt Lebensende: letzte Lebensphase; statt Sterbebegleitung: Palliativversorgung und Sterbebegleitung; statt Abläufe während des Sterbeprozesses: Abläufe in der palliativen Versorgungssituation.

Begründung: Auch diese Regelung bedeutet einen wichtigen Fortschritt für mehr Patientenorientierung und mehr Selbstbestimmung. Denn der Prozess der Versorgungsplanung sollte bereits mit oder kurz nach Aufnahme der Bewohnerinnen oder des Bewohners beginnen.

2. Zu Artikel 3

2.1 Zu Art. 3 - Änderungen des SGB XI, Nrn. 1 – 4

Die vorgesehenen Regelungen der Nrn. 1, 2, 3, und 4 zum SGB XI sind hilfreich, reichen aber nicht aus – sie tragen dem erhöhten Pflegeaufwand bei der Palliativpflege nicht ausreichend Rechnung – weitere Änderungen sollten z. B. darüber hinaus

- im § 75 SGB XI zu den Vorgaben auf Bundesebene erfolgen, die Grundlage für die Rahmenverträge auf Landesebene sind; denn derzeit gibt es keine vergleichbaren Entwicklungen zwischen den Bundesländern
- und als Ergänzung in Form eines neuen § 87 c SGB XI zur Vergütung palliativpflegerischer Leistungen vorgesehen werden – entsprechend des bereits geltenden § 87b SGB XI. Denn nicht nur in der ambulanten, sondern auch in der stationären Pflege ist der Aufwand palliativpflegerischer Leistungen gesondert zu bewerten (s. Nr. 7 dieses Entwurfs - § 92 Abs. 7, häusliche Krankenpflege).
- Zudem sollte der Begriff „Sterbebegleitung“ in den vorgesehenen Ergänzungen in §§ 28 und 75 um den Begriff „Palliativpflege“ erweitert

werden, sodass an den entsprechenden Stellen die Formulierung „Palliativpflege und Sterbegleitung“ anzuwenden ist. Der ursprüngliche Begriff umfasst die notwendigen Leistungen nicht ausreichend, da es dabei nicht ausschließlich um die unmittelbare Sterbephase geht.

3. Zu Art. 4 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes:

Die mit dieser Regelung vorgesehene Möglichkeit, dass Krankenhäuser zukünftig eigenständig entscheiden können, ob sie über DRG oder über krankenhausespezifisch zu vereinbarenden Entgelte abrechnen wollen, entspricht einer wesentlichen Forderung aus vorangehenden Gesprächen/Stellungnahmen. Diese Regelung wird als ein wichtiger Fortschritt zur Unterstützung der Arbeit von Palliativstationen und deren Finanzierung auf hohem qualitativem Niveau begrüßt. Sie ist damit ein Beitrag zur Unterstützung der spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus. Allerdings ist es unabdingbar, eine solche Wahlmöglichkeit mit verbindlichen Qualitätsvorgaben auch für sog. Besondere Einrichtungen zu verbinden und eine entsprechende einheitliche Dokumentation, z. B. im Rahmen eines Registers, verpflichtend vorzusehen. Entsprechende Vorgaben sind hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität an dem OPS-Katalog im DRG-System (Teambesprechung, eigenständige Abteilung, 6 Std. aus anderen Therapiebereichen, Einbeziehung der Seelsorge, Sozialarbeit, Ehrenamtliche etc.) zu orientieren und hinsichtlich notwendiger Personalstandards für beide Finanzierungssysteme weiterzuentwickeln. Darüber hinaus aber halten wir – wie bereits einleitend und bei der Kommentierung des BMG-Eckpunktepapiers dargestellt und wie zum Teil bereits auch in den Krankenhausplänen der Länder (z. B. NRW) gefordert – ergänzende Regelungen für erforderlich, um die Hospizkultur und Palliativkompetenz in der allgemeinen Krankenhausversorgung flächendeckend zu implementieren. Nur so wird auch der großen Zahl schwerstkranker und sterbender Menschen Rechnung getragen, die in anderen Fachabteilungen bzw. auf den verschiedenen Allgemeinstationen versorgt wird.

Zu fordern sind vor diesem Hintergrund

- multiprofessionelle Palliativdienste in Krankenhäusern mit entsprechendem Bedarf (z. B. mehr als 250 Betten),
- die Möglichkeit zu sektorübergreifender Leistungserbringung, die gerade in strukturschwachen Gebieten mit dem hier häufig vorhandenen Mangel an weitergebildeten Ärzten und Pflegenden unabdingbar sein wird,
- die verpflichtende Mitwirkung an den regionalen Netzwerken sowie
- eine einheitliche, vergleichbare Dokumentation der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus, z. B. zur Einrichtung eines Registers, mit dem auch im stationären Bereich bessere Erkenntnisse über die Qualität und die Ergebnisse der Versorgung durch eine systematische Evaluation und Versorgungsforschung ermöglicht werden bzw. zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, um die Einhaltung der Qualität zu gewährleisten.