



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)
(BT-Drs. 18/5170)

vom 12.06.2015

Berlin, 26.08.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

A. Vorbemerkungen

Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßt den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland als einen wichtigen Schritt, die Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in wesentlichen Bereichen weiter auszubauen und zu konsolidieren. Der Gesetzentwurf greift wesentliche Aspekte aus der Diskussion im Charta-Prozess, dem Forum für die Hospiz- und Palliativversorgung auf und berücksichtigt darüber hinaus einzelne Vorschläge, die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und bei der Erörterung zum Referentenentwurf eingebracht worden waren.

Positiv bewertet werden 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 und
- die Verbesserungen der Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize sowie der Palliativstationen.

Allerdings klammert der Gesetzentwurf bislang den Bereich der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus und Regelungen, die den erhöhten palliativen Pflegeaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigen, weitestgehend aus.

Nahezu die Hälfte aller Menschen in Deutschland verstirbt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Krankenhaus. Im Jahr 2013 waren dies insgesamt 46,7 Prozent aller Todesfälle. Ganz überwiegend werden Sterbende in den verschiedenen Fachabteilungen und Allgemeinstationen außerhalb einer Palliativstation begleitet. Deshalb gilt es insbesondere die allgemeine palliative Versorgung im Krankenhaus zu verbessern und somit eine alle Versorgungsbereiche umfassende, differenzierte palliativ-medizinische Versorgung sicherzustellen. Durch eine Stärkung der allgemeinen palliativen Versorgung in den Krankenhäusern würde die derzeit bestehende Lücke geschlossen.

Allerdings werden diese strukturellen und organisatorischen Maßnahmen zur Förderung der Palliativversorgung in Deutschland ihre Wirkung nur entfalten können, wenn gleichzeitig ausreichend qualifiziertes ärztliches wie nicht-ärztliches Personal zur Verfügung steht. Zum 21.12.2014 verfügten 9.073 Fachärztinnen und Fachärzte über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin; davon waren 8.683 berufstätig. Derzeit werden pro Jahr ca. 1000 neue Zusatzweiterbildungen erworben. Die vom Gesetzentwurf intendierte qualifizierte, dem jeweiligen Bedarf entsprechend abgestufte und flächendeckende palliativ-medizinische Versorgung setzt das Vorhandensein einer entsprechenden Fachexpertise voraus. Hier sind dringend begleitende Maßnahmen notwendig, um angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland entsprechend qualifiziertes ärztliches wie nicht-ärztliches Personal in ausreichender Zahl rekrutieren zu können.

Bereits im Jahr 2003 haben sich die Mitglieder des Europarates verpflichtet, rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine adäquate Palliative Care für alle Menschen, die eine solche Betreuung benötigen, rechtzeitig und ohne unnötigen bürokratischen Aufwand zu ermöglichen. Dabei ist ein Kontinuum der palliativen Betreuungsmöglichkeiten zwischen Angeboten der Primärversorgung bis hin zu spezialisierten Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Palliative Care sollte als ein palliativer Betreuungsansatz in Strukturen verschiedener medizinischer Fachrichtungen im ambulanten wie stationären Bereich sowohl als allgemeine palliative Versorgung als auch als Leistung für die spezialisierte Versorgung in entsprechenden Strukturen angeboten werden. Hierzu bedarf es eines abge-

stufen Konzeptes einer differenzierten Hospiz- und Palliativversorgung, das sowohl ambulante, stationäre als auch allgemeine und spezialisierte palliativ-medizinische Versorgungsangebote vorhält, um die Patienten dem Stadium ihrer Erkrankung und dem jeweiligen Bedarf entsprechend betreuen zu können.

B. Zu den Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 – Änderungen des SGB V

1. Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen gem. § 39b SGB V-E

Mit dieser Regelung sollen Versicherte einen Anspruch auf eine individuelle Beratung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung erhalten. Diese soll insbesondere mit der Pflegeberatung und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten werden Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung beteiligt. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer über die wesentlichen Beratungsinhalte. Der Versicherte soll in die Datennutzung und -weitergabe einwilligen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Krankenkassen können diese Aufgaben an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.

Bewertung:

a) Ein Rechtsanspruch des Versicherten auf eine Beratung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung ist zu begrüßen, weil die Information des Betroffenen eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme und letztlich den Zugang zu diesen Leistungen ist. Allerdings werden Leistungserbringer mit dieser Regelung von einer Beratung der Versicherten ausgeschlossen. Eine ausschließlich individuelle Beratung durch die Krankenkassen dürfte mit erheblichen Konflikten behaftet sein. Diese resultieren beispielsweise aus dem Umfang der Beratung und der Rolle der Krankenkassen als „Verwalter“ der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel.

Wegen der komplexen Fragestellungen bedarf es neben einer auf die Aufgaben einer Krankenkasse begrenzten Beratung auch einer medizinischen Beratung durch die beteiligten Leistungserbringer verbunden mit dem Angebot einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Entscheidend dürfte nicht die Beratung „aus einer Hand“ sein, sondern dass aufgrund der Komplexität der jeweils fachlich kompetente im Rahmen seiner Zuständigkeit den Patienten bzw. Versicherten berät. Ferner existieren gewachsene Strukturen vor Ort seitens der Hospiz- und Palliativ-Netzwerke und -Organisationen. Hier sollte – je nach gewachsenen Strukturen und regionalen Gegebenheiten – eine Beratung durch die verschiedenen Beteiligten vor Ort ausdrücklich ermöglicht werden.

Ärztinnen und Ärzte sollten Informationen über Beratungsangebote der Krankenkassen nicht nur erhalten (vgl. S. 28 der Begründung), sondern zuvor, wie die anderen an der Versorgung vor Ort Beteiligten auch, an der Erarbeitung dieser Materialien einbezogen werden. Darüber hinaus könnte die Hinzuziehung der (Landes-)Ärzttekammern sinnvoll sein.

Anzustreben ist eine unabhängige Beratung aller an der Betreuung Beteiligten; ein Beratungsmonopol der Krankenkassen ist jedoch abzulehnen. Als Vorbild für eine solche Grundstruktur könnten die Regelungen im SGB XI dienen (vgl. §§ 7 und 7a SGB XI). Danach sind die Aufgaben der Pflegekassen von denen der Pflegeberatung getrennt. Aufgabe der Pflegeberatung ist es auch, auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken. Über eine solche Aufgabenverteilung und Einbeziehung der maßgeblichen Akteure könnte zudem ein Ausgleich der Interessen der an der Leistungserbringung Beteiligten im Sinne der zu versorgenden Patienten erfolgen.

b) Die Regelung sieht ferner eine Beteiligung von Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen auf Verlangen des Versicherten vor. Klarstellend sollte – zumindest in der Gesetzesbegründung – die Beteiligung von Bevollmächtigten oder Betreuern erwähnt werden, wenn

der Versicherte diese Beratung nicht mehr selbst in Anspruch nehmen kann und eine Betreuung oder/und Bevollmächtigung vorliegt.

c) Kritisch ist zu hinterfragen, ob die mit der Regelung verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Gesundheitsdaten erforderlich ist, um den Patienten wegen einer Hospiz- und/oder Palliativversorgung zu beraten. Der Versicherte, der eine entsprechende Hilfe unmittelbar benötigt, wird seine Einwilligung erteilen, weil er bestimmte Leistungen von seiner Krankenkasse erhalten möchte. Er ist möglicherweise in einer existenziellen Situation, die eine freie Willensentscheidung nicht mehr zulässt. Deshalb sollte gesetzlich festgelegt werden, welche Daten für eine solche Beratung unverzichtbar sind.

d) Im Referentenentwurf dieses Gesetzes fand sich folgende Regelung: „Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“ Diese Bestimmung wurde zugunsten der oben erwähnten Übertragung „an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften“ geändert. Damit entfällt eine mögliche Übertragung z. B. an „andere Leistungsträger und ihre Verbände“. Wenngleich die Übertragung durch die Krankenkassen an die genannten Stellen nachvollziehbar ist, verbleibt es bei der grundlegenden Kritik an der individuellen Beratung durch die Krankenkassen über die Hospiz- und Palliativversorgung.

Vorschlag:

Vorgeschlagen wird eine unabhängige Beratung unter Einbeziehung der an der Betreuung Beteiligten und unter Einbindung lokaler Beratungsangebote. Ein Beratungsmonopol, beispielsweise der Krankenkassen, wird abgelehnt. Eine solche Grundstruktur könnte sich an den Regelungen im SGB XI (vgl. §§ 7 und 7a SGB XI) orientieren. Dort sind die Aufgaben der Pflegekassen von denen der Pflegeberatung getrennt. Eine solche Aufgabenverteilung unter Einbeziehung der maßgeblichen Beteiligten und Nutzung vorhandener lokaler Beratungsangebote ist im Interesse der Patienten zu befürworten.

2. Vereinbarungen über eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung im Bundesmantelvertrag gem. § 87 Abs. 1b SGB V-E

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sollen zukünftig die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vereinbaren. Wesentliche Anforderungen sind in § 87 Abs. 1b Satz 2 Nrn. 1 bis 4 SGB V-E genannt. Unter Nr. 2 sind die „Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer“ expressis verbis erwähnt. Der BÄK und der Bundespsychotherapeutenkammer ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.

Bewertung:

a) Diese gesetzliche Regelung zielt auf eine Stärkung der „Palliativversorgung in der Regelversorgung“ (vgl. S. 29 der Begründung). Deshalb sollte nicht der neue Begriff „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ eingeführt, sondern weiterhin von der „allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung“ (AAPV) gesprochen werden. Dabei kann es nicht darum gehen, weitere Anforderungen an die Koordinierung oder Zusammenarbeit vertraglich festzuschreiben. Vielmehr sollte eine Verbesserung der AAPV erreicht werden. Dies erfordert „die Zusammenarbeit unterschiedlicher palliativmedizinischer und -pflegerischer Leistungserbringer sowohl der spezialisierten als auch der nicht-spezialisierten Form und ggf. die enge Einbindung begleitender, auch ehrenamtlicher Helferstrukturen“ (vgl. Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, Positionen des GKV-Spitzenverbandes vom 10.06.2015, S. 8). Zugleich sind entsprechend vernetzte Struk-

turen auszubauen und zu sichern, nicht aber durch bürokratische Regelungen zu behindern oder Kräfte zu binden.

b) Die Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer werden primär durch die (Landes-)Ärzttekammern auf Grundlage der Heilberufe- und Kammergesetze geregelt. Eine wesentliche Funktion nimmt hier auch die BÄK wahr, indem maßgebliche Vorgaben in der (Muster-)Weiterbildungsordnung definiert werden. Es ist daher nicht Aufgabe der Partner des BMV-Ä diese Anforderungen zu bestimmen. Vielmehr müssen diese Normen des BMV-Ä mit den berufsrechtlichen Vorgaben abgestimmt sein.

Zunächst bedarf es eines abgestuften Konzeptes einer differenzierten Hospiz- und Palliativversorgung, das sowohl ambulante, stationäre als auch allgemeine und spezialisierte palliativ-medizinische Versorgungsangebote beinhaltet, um einen Patienten dem Stadium seiner Erkrankung und seinem jeweiligen Bedarf entsprechend zu betreuen. Im Hinblick auf die jeweils notwendigen Qualifikationsanforderungen ist zu konstatieren, dass Ärztinnen und Ärzte heute bereits im Medizinstudium Kenntnisse der Palliativmedizin erwerben.

Um die Palliativversorgung in der Regelversorgung zu stärken, bedarf es nicht einer „spezifischen Qualifikation der Ärztin oder des Arztes zur Palliativmedizin“ (vgl. S. 29/30 der Begründung). Erforderlich ist eine Verbreiterung palliativ-medizinischer Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Weiterbildung verschiedener Fachgebiete, insbesondere im Hinblick auf die Fachgebiete der unmittelbaren Patientenversorgung. Eine solche Verbreiterung kann auch über Fortbildungsmaßnahmen erreicht werden. Bezüglich der zu stellenden Anforderungen an die Qualifikation nach § 87 Abs. 1b Satz 2 Nr. 2 SGB V-E bietet sich der von der BÄK und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelte, 40-Stunden umfassende Kurs Palliativmedizin an.

c) Die Partner des BMV-Ä legen gemeinsam 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 (vgl. § 87 Abs. 1b Satz 2 Nr. 3 SGB V-E) fest.

Eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Palliativversorgung verlangt klare Strukturen, wobei eine dezidierte Regelung der Anforderungen möglichst unterlassen werden sollte, denn dies könnte für eine Verbesserung der Versorgung hinderlich sein. Im Vordergrund sollte die Bereitschaft stehen, vernetzte Strukturen regional aufzubauen bzw. zu sichern und sich in eine vernetzte Versorgung einzubringen. Eine gut strukturierte Vernetzungsarbeit ist ohne die Organisation durch Netzwerke nicht denkbar. Der Begriff Netz bzw. Netzwerk wird bislang im Gesetzentwurf selbst nur einmal in Artikel 3, § 114 SGB XI-E erwähnt, an weiteren Stellen lediglich in der Begründung. Diesbezüglich sollten die Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung wegen ihrer Sachkompetenz einbezogen und gehört werden.

Nur ein gemeinsames und abgestimmtes Vorgehen der Vertragspartner des BMV-Ä im Zusammenwirken mit dem G-BA und unter Einbeziehung der ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringer sowie aller weiteren Beteiligten im multiprofessionellen Ansatz kann zu einer Verbesserung der Palliativversorgung führen.

d) Die Partner des BMV-Ä sollen auch Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität vereinbaren.

Die praktischen Erfahrungen mit „Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität“ und die damit verbundene Bürokratie sind in der Summe negativ. Sie verbrauchen unkompenziert erhebliche Ressourcen, die letztlich für die Betreuung von Patientinnen und Patienten verloren gehen. Deshalb ist bei dieser Vereinbarung von vornherein darauf abzustellen, dass nur die notwendigen bzw. unverzichtbaren Daten erhoben und dokumentiert werden. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband haben seinerzeit einen Kerndatensatz zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) entwickelt, um eine bundesweit vergleichbare Dokumentation und damit ggf. eine Evaluation oder Versorgungsforschung in dem Bereich gewährleisten zu können. Dieser Kerndatensatz kann auch als Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen zur Sicherung

der Versorgungsqualität genutzt werden. Vorschläge für Qualitätsindikatoren, die zur vergleichenden Beurteilung der Versorgungsqualität dienen könnten, finden sich z. B. im Mustervertrag der KBV zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen (Version 2.0 v. 06.11.2010, siehe dort die Anlage Nr. 6).

e) Die BÄK und die Bundespsychotherapeutenkammer sollen ein Stellungnahmerecht erhalten. Begründet wird dies mit der Expertise zu den Anforderungen an die Qualifikation (vgl. S. 30 der Begründung). Wegen der Regelungskompetenz für diesen Bereich ist aber ein Stellungnahmerecht nicht ausreichend, zumal die Nichtbeachtung dieses Rechts ohne Rechtsfolgen bleibt. Wegen der Kompetenz der Kammern im Hinblick auf die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sollte diesbezüglich das Einvernehmen mit der BÄK hergestellt werden. Darüber hinaus sollte mit Blick auf § 87 Abs. 1b Satz 2 Nr. 3 SGB V-E den Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden.

Vorschlag:

a) Der Begriff „besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung“ ist durch die Worte „allgemeine ambulante palliativ-medizinische Versorgung“ zu ersetzen.

b) Die Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer werden durch die BÄK in Abstimmung mit den (Landes-)Ärztekammern geregelt. Sofern diese Anforderungen wegen der Abrechnung von Leistungen modifiziert werden, ist das Einvernehmen mit der BÄK herzustellen. Die Formulierung in § 87 Abs. 1b Satz 3 SGB V-E sollte daher lauten:

„Vor Abschluss der Vereinbarung ist das Einvernehmen mit der Bundesärztekammer im Hinblick auf die Anforderungen nach Satz 2 Nr. 2 herzustellen. Im Übrigen ist der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

3. Ergänzende Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gem. § 132d SGB V-E

Mit dieser Ergänzung wird zum einen für den Fall der Nichteinigung über den Vertragsinhalt eine Schiedsperson eingesetzt und zum anderen den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, Verträge, die die AAPV und die SAPV umfassen, auf der Grundlage der §§ 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) und 140a SGB V (Integrierte Versorgung) zu schließen.

Bewertung:

Die Integration von Verträgen nach § 73b SGB V im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung sollte nur in besonderen Konstellationen, insbesondere in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen, ermöglicht werden. Zudem sollten die wesentlichen Vertragsinhalte nicht von den Vorgaben im BMV-Ä nach § 87 Abs. 1b SGB V-E abweichen dürfen. Diese betreffen im Wesentlichen die Anforderungen an die Strukturqualität und an die Dokumentation. Die Anforderungen und die erreichten Ergebnisse sollten bundesweit vergleichbar sein. Bisher ist dies trotz der Bestimmungen in § 132d Abs. 2 SGB V nicht gewährleistet. Deshalb könnte sich auch hier z. B. eine Verständigung auf einen Kerndatensatz, wie unter 2.d) dargestellt, als sinnvoll erweisen.

Allerdings ist bei der sensiblen Versorgung durch Hospize und Palliativeinrichtungen ein Wettbewerb mit daraus resultierender Ökonomisierung dringend zu vermeiden. Es ist den Versicherten nicht vermittelbar, dass unterschiedliche Versorgungskonstellationen wirtschaftlich miteinander konkurrieren sollen.

Gesetzlich intendiert ist eine Verbesserung der Vernetzung und der intersektoralen Zusammenarbeit. Dafür sind Verträge nach § 73b SGB V grundsätzlich nicht geeignet.

4. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V-E

Auf dieser Grundlage können zugelassene Pflegeeinrichtungen den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Diese Beratung soll sowohl die medizinisch-pflegerische Versorgung betreffen als auch „Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung“ aufzeigen. Dafür sind Fallbesprechungen vorgesehen, bei denen u. a. mögliche Notfallsituationen besprochen werden. In diese Fallbesprechungen ist der Hausarzt einzubeziehen; auf Wunsch des Versicherten sind die Angehörigen und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Deziert wird geregelt, welche Betreuungs- und Versorgungsangebote einbezogen werden sollen. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

Die konkreten Inhalte dieser Versorgungsplanung sind auf vertraglicher Ebene zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1 auf Bundesebene zu vereinbaren. Verschiedenen Organisationen wird nach Absatz 3 ein Stellungnahmerecht eingeräumt. Die Kosten sollen von den Krankenkassen getragen werden.

Bewertung:

a) Hintergrund der Bestimmung sind die Erfahrungen mit dem sogenannten „advance care planning“. Der Ansatz wird begrüßt, wengleich der Regelungsinhalt und die -tiefe der Norm das Ansinnen konterkarieren.

Nachvollziehbar ist das Ansinnen der Pflegeeinrichtungen, die Bewohner über mögliche Konstellationen im Hinblick auf die medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgliche Betreuung und Versorgung in der letzten Lebensphase zu beraten, über die Behandlungswünsche, die ethischen oder religiösen Überzeugungen sowie sonstigen Wertvorstellungen zu sprechen und informiert zu sein. Dies sind zutiefst persönliche Fragen, die jeder Mensch selbstbestimmt regelt oder bewusst auch nicht regelt. Das notwendige Instrumentarium bietet das Betreuungsrecht. Individuelle Festlegungen können in einer Patientenverfügung möglichst kombiniert mit einer Vorsorgevollmacht aufgenommen werden. Es wird insoweit auf die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis Bezug genommen (<http://www.bundesaerztekammer.de/recht/publikationen>). Das Wissen über diese Instrumentarien ist intensiv zu verbreitern und die Bürger sind anzuhalten, ihre vorsorglichen Willensbekundungen ggf. zu konkretisieren. Anlass dafür kann beispielsweise eine schwere Erkrankung und die damit verbundene Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim sein. Daneben kann die vorgesehene gesundheitliche Versorgungsplanung hilfreich sein, vor allem dann, wenn keine vorsorglichen Willensbekundungen vorliegen. Gleichzeitig gilt es, beide Ansätze aufeinander abzustimmen, damit mögliche Dopplungen oder Widersprüche vermieden werden. Auch bei dieser Versorgungsplanung muss jeglicher Zwang vermieden werden. Außerdem sollte ein Kopplungsverbot statuiert werden. Die Durchführung oder Vorlage einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase darf nicht zur Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden, z. B. bei dem Abschluss eines Heim- oder Versicherungsvertrages. Individuellem oder gesellschaftlichem Druck zur Teilnahme an dieser Planung sollte entgegengewirkt werden.

Besprechungen über die konkrete Behandlungs- und Betreuungssituation mit dem Hausarzt, mit Angehörigen etc. sollten angeboten werden. Der Betreute muss aber jederzeit das Recht haben, auch ohne dies zu begründen, solche Gespräche und damit auch die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase abzulehnen. Deshalb wird in Analogie zu § 1904a Abs. 4 BGB eine Ergänzung in einem neuen Absatz 5 von § 132g SGB V-E vorgeschlagen.

b) Die Norm sollte abstrakter gefasst werden. Die Aussagen zur Fallbesprechung und zum konkreten Inhalt einer solchen gesundheitlichen Versorgungsplanung sollten in die Begründung aufgenommen werden. Eine Fallbesprechung kann ein Element einer solchen Planung sein. Sinnvoll ist die obligate Einbeziehung des Hausarztes, um den Informationsfluss und die gegenseitige Abstimmung zu gewährleisten. Die Palliativversorgung ist auch Bestandteil der hausärztlichen Versorgung. Der Hausarzt ist oftmals eine langjährige oder wesentliche Bezugsperson für schwerstkranke und sterbende Menschen. Es wird daher keine Notwendigkeit für bürokratische Vorgaben oder besondere Qualifikationsanforderungen an Beteiligte, insbesondere Hausärzte, gesehen. Im Mittelpunkt sollten die Beratung und die Verbesserung der Betreuung stehen. Vor diesem Hintergrund werden wesentliche Teile der Begründung zu Absatz 3 (vgl. S. 34 der Begründung) kritisiert. Ein solches Vorgehen dürfte dem Sinn und Zweck der Regelung widersprechen.

c) Die Beratungsleistung ist auf Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen begrenzt. Daher bleiben insbesondere Versicherte, die zu Hause betreut werden, unberücksichtigt. Die meisten Menschen möchten so lange wie möglich im vertrauten Umfeld leben. Daher sollte das vorgesehene Beratungsangebot auch auf diese Versicherten ausgedehnt werden. Gleiches gilt für entsprechende Beratungsangebote in Krankenhäusern, insoweit wird auf die Empfehlungen des Bundesrates, Drs. 195/1/15 vom 29.05.2015, S. 12, Bezug genommen.

d) Bezüglich der wissenschaftlichen Evaluierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung wird ebenfalls auf die Darlegungen und den Gesetzesvorschlag in den oben genannten Empfehlungen des Bundesrates vom 29.05.2015 verwiesen. Diese Position wird unterstützt.

Vorschlag:

§ 132g Gesundheitliche Versorgungsberatung

- (1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, ambulante Pflege- und Hospizdienste sowie Krankenhäuser können am Ort der Leistungserbringung den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsberatung für die letzte Lebensphase anbieten. Diese Einrichtungen können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden und ihnen sollen Hilfen und Angebote zur Unterstützung aufgezeigt werden. Eine solche Beratung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.
- (2) In die Beratung soll der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder es sollen andere Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 1 einbezogen oder in anderer geeigneter Weise beteiligt werden. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen hinzuzuziehen.
- (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum ... das Nähere zu den Anforderungen an die gesundheitliche Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene ... (weiter wie im Regierungsentwurf) ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Abs. 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.
- (4) (wie im Regierungsentwurf)
- (5) Kein Versicherter darf zu einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase verpflichtet werden. Er kann dies ohne Begründung ablehnen oder eine abgegebene Erklärung jederzeit widerrufen. Eine gesundheitliche Versorgungsplanung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden.“

Artikel 3 – Änderungen des SGB XI

a) Die §§ 28 Abs. 5 und 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI werden insoweit ergänzt, als die Pflege auch die Sterbebegleitung einschließt und folglich in den entsprechenden Verträgen über die pflegerische Versorgung zu berücksichtigen ist.

Diese klarstellende Regelung ist wichtig, denn die Sterbebegleitung war schon bisher Bestandteil der pflegerischen Leistungen. Damit wird verdeutlicht, dass die Palliativversorgung und die Sterbebegleitung heute zentrale Aufgaben auch in stationären Pflegeeinrichtungen sind. Änderungsvorschläge ergeben sich unter zwei Aspekten: Zum einen im Hinblick auf das begriffliche Verständnis, also auf die begriffliche Anpassung des Leistungskataloges. Zum anderen gilt es, den damit verbundenen erhöhten Aufwand palliativer Pflege zu berücksichtigen.

Bewertung:

Mit der Einführung des Begriffs „Sterbebegleitung“ ist nicht ausreichend klargestellt, dass auch die palliative Pflege eingeschlossen ist.

Palliativpflege beschreibt das pflegerische Fachwissen, die Maßnahmen und Aufgaben, die innerhalb des ganzheitlichen Konzeptes von Palliative Care, insbesondere von Pflegerinnen und Pflegern, erbracht werden und der Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder terminalen Erkrankungen sowie deren Angehörigen dienen.

Schwerpunkt dieses Konzeptes ist die Vorbeugung und Linderung von Leiden durch die pflegerische Versorgung von Schmerzen sowie anderer Beschwerden. Hierbei überschneiden sich die Pflegeprozesse der allgemeinen und speziellen kurativ orientierten Pflege mit der Palliativpflege, gehen in vielen Bereichen fließend ineinander über und ergänzen sich.

Der Begriff der Sterbebegleitung umfasst diese notwendigen Leistungen nicht ausreichend; weder hinsichtlich des inhaltlichen Ansatzes noch hinsichtlich der zeitlichen Dimension. Von dem Begriff der Palliativpflege ist nicht nur die unmittelbare Sterbephase umfasst, sondern die gesamte hospizliche Begleitung und Palliativversorgung, die häufig mit oder kurz nach der Aufnahme der Bewohnerin oder des Bewohners in das Hospiz oder die Pflegeeinrichtung beginnt. Daher sollte der Begriff der Palliativpflege in den genannten Regelungen ergänzt werden.

Vorschlag:

In § 28 wird folgender Abs. 5 eingefügt:

„(5) Pflege schließt pflegerische Sterbebegleitung sowie die Palliativpflege mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“

In § 75 Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich pflegerische Sterbebegleitung und Palliativpflege“ eingefügt.

b) Der erhöhte palliativpflegerische Aufwand in stationären Pflegeeinrichtungen ist sowohl im SGB XI als auch im SGB V zukünftig ausdrücklich zu berücksichtigen.

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung des Leistungskatalogs in den §§ 28 und 75 SGB XI ist auch eine erhöhte Leistungserwartung verbunden. Diese resultiert im Übrigen aus den in stationären Pflegeeinrichtungen bereits stattfindenden Implementierungsprozessen von Hospizkultur und Palliativkompetenz. Der erhöhte Pflegeaufwand betrifft vor allem den gestiegenen Aufwand für die Behandlungspflege, dem bisher in der stationären Pflege – mit Ausnahme der SAPV – nicht Rechnung getragen wird bzw. der ausschließlich zulasten der Pflegeversicherung und damit im Hinblick auf das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung zulasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bzw. der Träger der Sozialhilfe geht. In diesem Zusammenhang ist auf die vorgesehenen Änderungen in den §§ 37 Abs. 2a und 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V-E, die dem erhöhten Aufwand palliativer Behandlungs-

pflege für den ambulanten Bereich im SGB V Rechnung tragen, hinzuweisen. Deshalb sind Lösungen zu entwickeln, die diese Aspekte im Bereich der Pflegeversicherung berücksichtigen und insbesondere an den Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern V und XI fokussieren.

Artikel 4 – Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG wird ergänzt. Danach können „besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, (...) zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend.“

Bewertung:

Danach können Krankenhäuser entscheiden, ob sie die Versorgung auf Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder als besondere Einrichtung über krankenhausesindividuell zu verhandelnde Entgelte abrechnen wollen. Allerdings gilt dies nur zeitlich befristet, bis eine sachgerechte Vergütung im DRG-System gewährleistet ist.

Damit bleibt der Regierungsentwurf die Antwort auf die Frage schuldig, wie die quantitativ bedeutsame palliativ-medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den allgemeinen Krankenhausstationen finanziell und personell verbessert werden soll und kann. Insbesondere Kliniken der Grund- und Regelversorgung bzw. Kliniken in Flächenregionen werden sich nur bedingt die finanziellen Mehraufwendungen, z. B. für Fachpersonal, leisten können. Die wünschenswerten Verbesserungen in der Palliativmedizin sollten keinen regionalen Disparitäten unterliegen oder diese begünstigen.

Zudem sollten in der oben genannten Regelung die Worte "zeitlich befristet" gestrichen werden, so dass besondere Einrichtungen, deren Leistungen, insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, ohne zeitliche Befristung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können.

C. Fazit

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland wird als ein wichtiger Schritt angesehen, die Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in wesentlichen Bereichen weiter auszubauen und zu konsolidieren. Weiterzuentwickeln sind allerdings auch die allgemeine palliativ-medizinische Krankenhausversorgung und palliative Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Stellungnahme geht insbesondere auf folgende Aspekte näher ein:

1. Ein Rechtsanspruch des Versicherten auf eine Beratung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung ist sinnvoll, weil die Information des Betroffenen eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme und letztlich den Zugang zu diesen Leistungen ist. Anzustreben ist eine unabhängige Beratung aller an der Betreuung Beteiligten; ein Beratungsmonopol, beispielsweise der Krankenkassen, wird abgelehnt. Als Vorbild für eine strukturell unabhängige Beratung könnten die Regelungen im SGB XI dienen (vgl. §§ 7 und 7a SGB XI). Danach sind die Aufgaben der Pflegekassen von denen der Pflegeberatung getrennt. Aufgabe der Pflegeberatung ist es auch, auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken. Eine solche Aufgabenverteilung unter Einbeziehung der maßgeblichen Beteiligten liegt im Interesse der zu versorgenden Patienten.
2. Die gesetzliche Regelung zu den Vereinbarungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung im BMV-Ä gem. § 87 Abs. 1b SGB V-E zielt auf eine Stärkung der „Palliativversorgung in der Regelversorgung“. Deshalb sollte nicht der neue Begriff „besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung“ eingeführt, sondern weiterhin von der „allgemeinen ambulanten palliativ-medizinischen Versorgung“ (AAPV) gesprochen werden. Dabei kann es nicht darum gehen, weitere Anforderungen an die Koordinierung oder Zusammenarbeit vertraglich festzuschreiben. Vielmehr sollte eine Verbesserung der AAPV erreicht werden. Dies erfordert „die Zusammenarbeit unterschiedlicher palliativ-medizinischer und -pflegerischer Leistungserbringer sowohl der spezialisierten als auch der nicht-spezialisierten Form und ggf. die enge Einbindung begleitender, auch ehrenamtlicher Helferstrukturen.“ Zugleich sind entsprechend vernetzte Strukturen auszubauen und zu sichern, nicht aber durch bürokratische Regelungen zu behindern oder Kräfte und Mittel ohne positive Effekte für die Patientenversorgung zu binden. Gleiches gilt im Hinblick auf die Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer und zur Sicherung der Versorgungsqualität. Diesbezüglich ist auf die maßgeblichen berufsrechtlichen Regelungen abzustellen. Sofern diese Anforderungen wegen der Abrechnung von Leistungen modifiziert werden, sollte das Einvernehmen mit der Bundesärztekammer hergestellt werden.
3. Die Integration von Verträgen nach § 73b SGB V im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung sollte nur in begrenzten Konstellationen, insbesondere in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen, ermöglicht werden. Gesetzlich intendiert ist eine Verbesserung der Vernetzung und der intersektoralen Zusammenarbeit. Dafür sind Verträge nach § 73b SGB V grundsätzlich nicht geeignet.
4. Es ist ein wichtiges Anliegen, die Bewohner von Pflegeeinrichtungen über mögliche Konstellationen im Hinblick auf die medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase zu beraten, über die Behandlungswünsche, ethischen oder religiösen Überzeugungen sowie sonstigen Wertvorstellungen zu sprechen und informiert zu sein. Dies sind zutiefst persönliche Fragen, die jeder Mensch selbstbestimmt regelt oder bewusst auch nicht regelt. Der Betreute muss jederzeit das Recht haben, auch ohne dies zu begründen, solche Beratungsgespräche und damit auch die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase abzu-

lehnen. Deshalb wird in Analogie zu § 1904a Abs. 4 BGB eine Ergänzung in einem neuen Absatz 5 in § 132g SGB V-E vorgeschlagen, die dies berücksichtigt. Abschließend wird ein Vorschlag für die Neufassung von § 132g SGB-V-E unterbreitet und im Einzelnen begründet.

5. Weitere Vorschläge betreffen die Ergänzung der §§ 28 Abs. 5 und 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI.