



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz-Info-Dienst

29. April 2015

Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++ Stellungnahme +++

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



I. Vorbemerkungen

Der vorliegende Entwurf eines Hospiz- und Palliativgesetzes verfolgt das Ziel, schwerkranken und sterbenden Menschen „in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung“ bereitzustellen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt und unterstützt dieses wichtige und überfällige Vorhaben ausdrücklich.

Für eine zeitnahe Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung von Schwerstkranken, Pflegebedürftigen und Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen greifen die in dem Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen jedoch zu kurz. Daher werden in Abschnitt II. dieser Stellungnahme weitergehende Vorschläge formuliert, um die Ungleichbehandlung von Hospiz- und Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase auszugleichen und die Facharztversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Darüber hinaus werden die Vollfinanzierung stationärer Hospize sowie eine verbindliche Bedarfsplanung für die Allgemeine und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (AAPV und SAPV) gefordert.

Datenbasis zur Versorgung Sterbender in Deutschland

Um das in dem Referentenentwurf formulierte Ziel umfassend und bedarfsgerecht umzusetzen, sind aussagefähige, öffentlich zugängliche Daten dazu erforderlich, wie Sterbende in Deutschland konkret versorgt und begleitet werden. Eine solche Sammlung aller relevanten Basisinformationen gibt es bis heute nicht. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher die Bundesregierung auf, beginnend im Jahr 2015, einen umfassenden „Bericht zur Versorgung Sterbender in Deutschland“ vorzulegen. Dieser Bericht ist alle zwei Jahre mit vergleichbaren Daten fortzuschreiben. Er dient dazu, den mit dem vorliegenden Referentenentwurf angestoßenen Prozess der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung zu begleiten, Zielvorgaben zu ermöglichen und deren Umsetzung zu kontrollieren.

Dritte Säule Suizidprävention

Die mit dem Entwurf bezweckte Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung steht im Zusammenhang mit der beabsichtigten gesetzlichen Regelung der organisierten Suizidbeihilfe. Kaum diskutiert wird in diesem Kontext jedoch die Notwendigkeit, zusätzlich die Suizidprävention für alte Menschen zu stärken. Kein strafrechtliches Verbot, welcher Ausgestaltung auch immer, wird verhindern können, dass auch weiterhin Menschen aus Deutschland zum assistierten Suizid in die Schweiz fahren werden. Personen, die heute diesen Schritt tun, leiden zumeist nicht an den schwersten körperlichen Symptomen, mit denen Befürworter des assistierten Suizids argumentieren. Viele von ihnen sind depressiv erkrankt und ihnen könnte mit Therapieangeboten sowie mit einer frühzeitigen Suizidprävention geholfen werden. Knapp 45 Prozent der Suizide in Deutschland werden von über 60-Jährigen begangen.¹ Diese Altersgruppe hat jedoch nur einen Bevölkerungsanteil von 27 Prozent und ist somit bei Suiziden deutlich überrepräsentiert. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert die Bundesregierung daher auf, als dritte

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland, 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 8.



Säule neben der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung und dem Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe eine Initiative zur Stärkung der Suizidprävention in Deutschland zu starten. Hierbei muss ein Schwerpunkt auf der Altersgruppe der über 60-Jährigen liegen, beispielsweise im Rahmen eines von Bund und Ländern gemeinsam entwickelten „Aktionsprogramms Suizidprävention 60plus“.

II. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf

1. Gleichstellung Sterbender: Anspruch auf Hospizleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Situation

In deutschen Pflegeheimen leben ca. 764.000 Menschen.² Eine Sterbestatistik nach Sterbeorten fehlt. Aus den Angaben zur Verweildauer in Pflegeheimen kann abgeleitet werden, dass dort jährlich ca. 340.000 Menschen sterben.³ Dies sind 38 Prozent der 893.000 jährlich in Deutschland Sterbenden.⁴

Während die Sozialkassen für einen Platz im Hospiz ca. 6.500 Euro im Monat zur Verfügung stellen, liegt dieser Betrag für Pflegeheime bei maximal 1.612 Euro (Pflegestufe III, § 43 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB XI). In beiden Versorgungsformen ist die ärztliche und palliativ-ärztliche Behandlung nicht enthalten und muss gesondert hinzugezogen sowie vergütet werden. Für einen Hospizplatz wenden die Sozialkassen demnach jeden Monat knapp 5.000 EUR mehr als für einen Pflegeheimplatz mit Pflegestufe III auf. Die Bedürfnisse der schwerstkranken und sterbenden Menschen sind aber identisch. Ein Wechsel vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz ist laut § 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V nur in engen Ausnahmefällen möglich.

Problem

Der Entwurf sieht keine konkreten Verbesserungen für Pflegeheimbewohner mit infauster Prognose vor. Zwar sollen Versicherte in Pflegeheimen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende erhalten können (§ 132f SGB V-Entwurf), jedoch beinhaltet der Entwurf keinen leistungsrechtlichen Anspruch der Pflegeheimbewohner auf Partizipation an der Hospiz- und Palliativversorgung.

Grundsätzlich bedarf es für Menschen in den letzten Wochen und Monaten des Lebens einer Anpassung der Behandlungspflege und Betreuungssituation an die sich ändernden Bedürfnisse. Hier stehen Schmerzfreiheit, professionelle palliative Pflege und Begleitung im Vordergrund. Dies sollte unabhängig vom Aufenthaltsort, sei es ein Pflegeheim, ein Hospiz, ein Krankenhaus oder zu Hause, gelten.

² Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 5.

³ Bundesminister Hermann Gröhe MdB, Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz MdB, et. al., Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 10.11.2014, S. 6.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland, 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6.



Im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen besteht hier, insbesondere im Vergleich zu den stationären Hospizen, eine eklatante Versorgungslücke, die nicht durch gut gemeinte Beratungsangebote ausgeglichen werden kann. Dies führt zu einem „Sterben zweiter Klasse“ in den 13.000 Pflegeheimen.⁵

Forderungen

Es ist offensichtlich, dass trotz Einstufung in die höchste Pflegestufe und trotz der Möglichkeit, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) auch im Pflegeheim in Anspruch zu nehmen, eine adäquate Versorgung sterbender Patienten im Pflegeheim nicht mit dem im SGB XI bestehenden „Teilkasko-System“ geleistet werden kann und strukturbedingt immer hinter dem Anspruch auf Vollversorgung in einem stationären Hospiz (§ 39a Abs. 1 SGB V) zurücksteht.

Diese Ungleichbehandlung muss beendet werden. Sterbende Pflegeheimbewohner müssen in den gesetzlichen Hospizleistungen den Hospizbewohnern gleichgestellt werden.

Daher müssen auch Pflegeheimbewohner, die die Voraussetzungen für eine Versorgung im stationären Hospiz erfüllen, einen Anspruch auf Hospizleistungen im Pflegeheim erhalten. Dabei müssen die Hospizleistungen des Pflegeheims hinsichtlich Qualität und Umfang den Leistungen eines stationären Hospizes gemäß der geltenden Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V entsprechen. Im Gegenzug erhalten Pflegeheime für Hospizleistungen dieselbe Vergütung wie ein stationäres Hospiz. Die jährlichen Mehrausgaben der Sozialkassen werden seitens der Deutschen Stiftung Patientenschutz auf 720 Millionen Euro geschätzt.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher die Einführung folgenden Satzes in § 39a Abs. 1 SGB V:

„Stationäre Hospizleistungen können auch in Einrichtungen der stationären Pflege gemäß § 72 SGB XI erbracht werden.“

2. Fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Situation

Pflegeheime schulden den Bewohnern alle für die Versorgung nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Pflege (§ 43 SGB XI) sowie die Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI). Um die medizinische Versorgung müssen sich die Bewohner bzw. ihre Bevollmächtigten oder Betreuer im Rahmen der freien Arztwahl eigenverantwortlich kümmern. Diese Eigenverantwortung stößt jedoch schnell an ihre Grenzen. Daher werden laut einer Studie Arztbesuche in Pflegeheimen fast ausschließlich (98,8 Prozent) vom Heimpersonal initiiert.⁶ Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt zwar der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 Abs. 1 SGB V), jedoch

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015, S. 5.

⁶ Johannes Hallauer, Christel Bienstein, Ursula Lehr, Hannelore Rönsch, SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, 2005, S. 21.



entbindet dies den Patienten bzw. dessen Vertreter nicht von der Pflicht zur eigenständigen Konsultation des (Fach-)Arztes.

Somit befindet sich die (fach-)ärztliche Versorgung des Pflegeheimbewohners in einem „Dreieck der Unzuständigkeit“ zwischen Patientenvertreter, Pflegeheim und niedergelassenen Ärzten. Diese Situation spiegelt sich auch in einer nach wie vor unzureichenden fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen wieder. Das Ergebnis dieser einschlägigen Studie aus dem Jahr 2013 stellt sich wie folgt dar:⁷

Zuständiger Arzt	Durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen/Jahr
Psychiatrischer od. neurologischer Facharzt	< 2
Facharzt für Augenheilkunde	± 0,5
Facharzt für Orthopädie	± 0,5
Facharzt für Urologie	≤ 1
Facharzt für Gynäkologie	≤ 1
Facharzt für Zahnmedizin	≤ 1

Obwohl die mangelhafte Versorgung schon seit den 1990er Jahren bekannt ist, schuf der Gesetzgeber erst im Jahr 2008, in Anlehnung an das sogenannte „Berliner Projekt“, für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit Vertragsärzten zu schließen bzw. geriatrisch fortgebildete Ärzte anzustellen (§ 119b SGB V). Im Jahr 2012 wurde diese Möglichkeit im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) um Qualitätssicherungs- und Evaluierungsmaßnahmen ergänzt. Zudem wurde in § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. HS, Nr. 1 und 2 SGB V die Zahlung von Zuschlägen bei der ärztlichen Vergütung vorgesehen. Diese Versuche, die eklatante Unterversorgung durch Kooperationsverträge mit Fachärzten zu beheben, brachten keinen messbaren Erfolg.

Problem

Neben der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, insbesondere der SAPV, spielt die fachärztliche Versorgung eine entscheidende Rolle. Die Bedeutung der fachärztlichen Versorgung kann am Beispiel der Zahnmedizin besonders veranschaulicht werden. So ergibt sich aus der oben zitierten Studie, dass mehr als 60 Prozent der Bewohner kein einziges Mal im Jahr von einem Zahnarzt untersucht wurden.⁸ Entzündungen des Parodontiums (Zahnhalteapparats) stellten sich mit einer Krankheitshäufigkeit von 90 Prozent dar.⁹ Zwar bewerteten 78 Prozent der Bewohner ihre Kaufähigkeit als gut, konnten jedoch weder in eine Apfelschale beißen noch Fleisch zu sich nehmen.¹⁰ Nach einer anderen Untersuchung liegt der letzte Zahnarztbesuch bei Pflegeheimbewohnern im Durchschnitt 21,9 Monate zurück.¹¹ Diese Zahlen sind erschreckend, zumal ein gesunder Zahnhalteapparat für die Ernährung unerlässlich ist.

⁷ Katrin Balzer, Stefanie Butz, Jenny Bentzel, Dalila Boulkhemair, Dagmar Lühmann, Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland, 2013, S. 18.

⁸ aaO, S. 18 mwN.

⁹ aaO, S. 39 mwN.

¹⁰aaO, S. 252 mwN.

¹¹ Ina Nitschke, Julian Hopfenmüller, Werner Hopfenmüller, Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland, 2012, in: IDZ-Information (03), 4-21; in: BARMER GEK Pflegereport 2014, S. 213 f.



Der Referentenentwurf setzt weiterhin auf vertragliche Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten, sowie auf verbesserte finanzielle Anreize für Letztere. Zwar wird die Umwandlung des § 119b Abs. 1 SGB V in eine „Soll-Vorschrift“ den Abschlussdruck erhöhen, jedoch sind diesem rechtliche und faktische Grenzen gesetzt. Insbesondere besteht dann kein Kontrahierungszwang des Arztes, wenn dieser keine Möglichkeit einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim sieht.¹² Daher ist die vorgesehene sozialrechtliche Verpflichtung zur Kooperation leicht aushebelbar. In der Praxis scheitern Kooperationen zudem häufig an der Schwierigkeit, geeignete ärztliche Kooperationspartner zu finden.

Hieran hat auch die Einführung von Vergütungszuschlägen für die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, in Kraft seit 01.01.2013, § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. HS, Nr. 1 und 2 SGB V) nichts geändert. Ebenso wenig wird die im Referentenentwurf vorgesehene Ausweitung der Vergütungsanreize in § 87 Abs. 2a SGB V nennenswerte Verbesserungen bringen.

Forderungen

Der vom Gesetzgeber seit dem Jahr 2008 verfolgte Ansatz einer selbstregulatorischen Lösung mittels Kooperationsverträgen und Vergütungsanreizen hat sich nicht bewährt. Eine nachhaltige Lösung muss daher grundlegender ansetzen.

Die Koordination der (fach-)ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist auf Grund der bisherigen praktischen Erfahrungen dem Aufgabenbereich der Pflegeheimträger zu übertragen. Sie sollen künftig nicht nur die pflegerische Versorgung, sondern auch die Organisation der medizinischen Versorgung und der Vorsorgeuntersuchungen übernehmen. Dies muss auch die Behandlung durch Schmerz- und Palliativmediziner umfassen.

Bereits jetzt gehört die Hilfe zur Sicherung der ärztlichen Versorgung zu den nebenvertraglichen Pflichten der Pflegeeinrichtung. Diese zivilrechtliche Verpflichtung gegenüber dem Bewohner muss durch eine sozialrechtliche Verpflichtung gegenüber den Kostenträgern ergänzt werden. Schuldhaftige Verletzungen dieser sozialrechtlichen Verpflichtung können dann auch mit Entgeltkürzungen oder sogar mit der Kündigung des Versorgungsvertrages sanktioniert werden.

Ergänzend zur Verpflichtung der Pflegeheime zur Koordination der medizinischen Versorgung ihrer Bewohner müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen. Sie müssen in unterversorgten Regionen die Ansiedelung geeigneter Ärzte fördern, die dann den Pflegeheimen als Kooperationspartner zur Verfügung stehen. Bereits heute besteht ein Vermittlungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Förderung von Kooperationsverträgen (§119b Abs. 1 S. 2 SGB V), der jedoch nicht wirksam umgesetzt wird. Auch die Pflegeeinrichtungen sind daher aufgefordert, die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vermittlung solcher Verträge stärker in die Pflicht zu nehmen.

¹² Welti, in: Becker/Kingreen, Kommentar SGB V, 4. Auflage, München 2014, § 119b Rn. 7.



Außerdem müssen zur Ermöglichung einer fachärztlichen Versorgung im Pflegeheim entsprechend ausgestattete Behandlungszimmer vorgehalten werden. Daher wird eine Neufassung des § 119b SGB V empfohlen:

„Stationäre Pflegeeinrichtungen sind für die Koordination der ärztlichen, insbesondere der fachärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung verantwortlich. Das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V) bleibt hiervon unberührt.“

Die Pflicht zur Einrichtung von Behandlungszimmern ist im Anforderungskatalog des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI zu verorten. Dieser soll lauten:

„Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die [...]
Nr. 5 Behandlungszimmer zur Gewährleistung der (fach-)
 ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen
 Versorgung im angemessenen Umfang unterhalten.“

Um seitens der Pflegekassen ein Nichteinhalten der Verpflichtungen sanktionieren zu können, ist § 75 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„Nr. 10 Kürzung der Pflegevergütung und Kündigung des
 Versorgungsvertrages gemäß § 72 bei Nichteinhaltung
 der Pflicht zur Koordination der ambulanten ärztlichen
 Versorgung gemäß § 119b SGB V.“

Die Einhaltung der Vorsorgeuntersuchungen, die regelmäßige Untersuchung des Gesundheitszustandes durch Fachärzte (zum Beispiel Zahnarzt, Augenarzt etc.), das Bestehen eines Kooperationsvertrages mit Ärzten oder die Beschäftigung eines angestellten „Heimarztes“ sind als wichtige Qualitätskriterien zwecks Information und Markttransparenz zu veröffentlichen.

3. Vollfinanzierung stationärer Hospizarbeit

Situation

Die finanzielle Ausstattung der stationären Hospize ist regional unterschiedlich und hat sich in der Praxis als häufig unzureichend erwiesen. Mit der 15. AMG-Novelle wurde im Jahr 2009 der Anteil der zuschussfähigen Kosten gemäß § 39a Abs. 1 S. 2 SGB V auf 90 Prozent (bei Kinderhospizen auf 95 Prozent) angehoben.¹³ Im Gegenzug entfiel der Eigenanteil der Patienten. Die mit der Aufstockung bezweckte Entspannung der finanziellen Lage vieler Hospize ist jedoch in zahlreichen Fällen nicht eingetreten.¹⁴

¹³ Vgl. Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, in Kraft seit 23.07.2009.

¹⁴ Vgl. Pinneberger Tageblatt: Hospize klagen über knappe Kassen, 03.02.2015, Abruf am 07.04.2015.



Problem

Der Entwurf sieht zusätzlich zu einer Erhöhung des kalendertäglichen Mindestzuschusses vor, den Anteil der zuschussfähigen Kosten bei Hospizen für Erwachsene auf 95 Prozent anzuheben.

Weiterhin ist vorgesehen, dass im Gegenzug die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V verpflichtet werden, bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität zu vereinbaren. Ziel ist die Verringerung regionaler Unterschiede durch Schaffung einer einheitlichen Definition der zuschussfähigen Kosten. Bundesweit gleiche Qualitätsstandards sind im originären Patienteninteresse. Dafür unabdingbar wäre zudem eine bundesweit einheitliche Vorgabe für einen Mindestpersonalschlüssel.

Werden aber aufgrund der vorgesehenen Neuregelung die Anforderungen an Leistungsumfang und Qualität – jedenfalls für einen Teil der stationären Hospize – steigen, so werden dort auch die damit verbundenen Kosten steigen. Die vorgesehene Anhebung der zuschussfähigen Kosten um 5 Prozent wird die finanzielle Schieflage hier nicht beseitigen.

Zudem ist die Teilfinanzierung stationärer Leistungen atypisch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (so § 17b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Daher müssen stationäre Hospize einen Anspruch auf vollständige Übernahme ihrer erstattungsfähigen Kosten erhalten, zumal ein sachlicher Grund für eine nur Teilkostenübernahme aus Patientenperspektive nicht ersichtlich ist.

Forderungen

Es bedarf einer Vollfinanzierung stationärer Hospizleistungen. Sie gehören zu den Sachleistungen, auf die Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 2 Abs. 2 SGB V einen Anspruch haben. Zur Sicherstellung einerseits und zur Qualitätssicherung andererseits gehört, unbeschadet des für alle Leistungen geltenden Gebotes der Wirtschaftlichkeit gemäß §§ 12, 70, 71 SGB V, eine Vollfinanzierung und nicht nur ein Zuschuss. Dies gilt auch für die Versorgung von Kindern.

Unabhängig von dieser Vollfinanzierung wird weiterhin die Notwendigkeit der Finanzierung mittels Spenden bestehen bleiben (zum Beispiel für Erweiterungen des Hospizes oder für außergewöhnliche Leistungsangebote). Da die Möglichkeit für Spenden auch im Interesse der Angehörigen liegt, soll dieses Finanzierungsmittel den Hospizen und deren Trägern nicht eingeschränkt werden.

Somit sind § 39a Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V wie folgt neu zu fassen:

„Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Auf die Leistungen der Krankenkasse werden Leistungen nach dem SGB XI angerechnet.“

Die Sätze 3 ff. gelten wie bisher einschließlich der Änderungen des Entwurfs.



4. Verbesserung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)

Situation

Der Gesetzgeber führte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 01.04.2007 den Rechtsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) in § 37b SGB V ein.¹⁵ Der Gesetzgeber ging von einem Versorgungsbedarf von 10 Prozent aller Sterbenden aus.¹⁶ Während in den derzeit rund 220 Hospizen die Betreuung von Schmerzpatienten mittels SAPV gewährleistet ist und den Patienten dadurch ein möglichst schmerz- und symptomfreies Sterben ermöglicht wird, ist die Versorgung in den 13.000 Pflegeheimen und im ambulanten Bereich noch immer unzureichend.

Nach der Intention des Gesetzgebers im Jahr 2007 sollte der Anspruch auf SAPV auf das bereits bestehende Fundament der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) aufgebaut werden. Man ging damals von der Annahme aus, dass die AAPV überall verfügbar und die Versorgung bundesweit sichergestellt sei. Eine gesetzliche Regelung der AAPV fehlt jedoch bis heute.

Problem

Im Jahr 2013 verstarben 893.000 Menschen in Deutschland.¹⁷ Wie viele dieser Menschen tatsächlich palliativ betreut wurden, kann jedoch nur geschätzt werden. Eine statistische Erfassung der Sterbeorte und des Leistungsgeschehens in der Palliativversorgung fehlt bis heute. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) benötigen in Industrieländern wie Deutschland 60 Prozent der Sterbenden eine palliative Begleitung.¹⁸ Demnach haben ca. 535.000 Sterbende in Deutschland jährlich Bedarf an palliativer Versorgung.

Nach dem Bericht zum Stand der Umsetzung der SAPV konnten im Jahr 2013 insgesamt 37.564 Erstverordnungen gezählt werden.¹⁹ Auf Palliativstationen, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen, wurden 32.057 Patienten versorgt.²⁰ Nach Auskunft der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurden im Jahr 2010 in stationären Hospizen 17.000 Menschen begleitet.²¹ Zahlen zur AAPV fehlen vollständig. Rechnet man diese Zahlen zusammen, kommt man auf knapp 90.000 Menschen. Bei dieser Zahl muss zudem berücksichtigt werden, dass viele Patienten mehrfach erfasst wurden.

¹⁵ Vgl. BT-Drs. 3100/16.

¹⁶ BT-Drs. 3100/16, S. 105.

¹⁷ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 4, Todesursachen in Deutschland, 2013, erschienen am 27.11.2014, S. 6.

¹⁸ WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25.

¹⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss, Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013, S. 20.

²⁰ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.4, Gesundheit – Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, 2013, 11.03.2015, S. 25.

²¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, in: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. (Hg.), Dirk Müller, Bettina Wistuba, Die Situation von Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland, 2014, S. 23.



Somit ergibt sich für das Jahr 2013 folgende Versorgungssituation:

	Bedarf absolut	Bedarf relativ	Versorgung absolut	Versorgung relativ
SAPV	89.300	10 Prozent der Sterbenden	37.564	4,21 Prozent der Sterbenden
Palliative Care	535.000	60 Prozent der Sterbenden	90.000 (geschätzt)	10,08 Prozent der Sterbenden

Neben Zahlen zum Versorgungsgrad fehlen auch gesicherte Erkenntnisse über die Qualität der bereits vorhandenen Angebote im Bereich SAPV und AAPV. Zwar legt gemäß § 132d Abs. 2 Nr. 2 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Empfehlungen auch über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung fest. Ob diese Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden, wird allerdings nur unzureichend nachgehalten. Angesichts des notwendigen Ausbaus der SAPV und AAPV bedarf es zur Förderung der Qualität dieser Leistungsangebote einer Dokumentationspflicht. Hier müssen auch Daten zur Arzneimittelversorgung und zur Delegation bestimmter Leistungen im Rahmen der SAPV einfließen.

Forderungen

Die im Referentenentwurf eher marginalen Änderungsvorschläge werden die eklatante Unterversorgung nicht beheben können. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert deshalb eine grundsätzliche Kehrtwende und eine Neuausrichtung durch Aufnahme der ambulanten Palliativversorgung (AAPV und SAPV) in die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wie bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung soll auf Landesebene ein Bedarfsplan gemäß § 99 SGB V erstellt werden. Soweit der Bedarfsplan unterversorgte Regionen ausweist, ist es Aufgabe der Krankenkassen geeignete Einrichtungen und Personen gemäß § 132d SGB V zu ermitteln und ggf. mit Hilfe von Fördermitteln in analoger Anwendung des § 105 SGB V Niederlassungen in strukturell unterversorgten Gebieten anzuregen. Flankierend ist eine Förderung der Weiterbildung von Pflegekräften erforderlich. Der Bedarfsplan hat insbesondere auch die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) zu umfassen und muss die Erbringung der auf Grundlage der gemäß EBM 03370 – 003373 abgerechneten Leistungen analysieren. Der Bedarfsplan muss veröffentlicht werden. Dadurch soll den jeweiligen Landesregierungen und auch der Bundesregierung Gelegenheit gegeben werden, weitere Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden SAPV und AAPV zu ergreifen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert deshalb, dass nach § 37b SGB V folgender neuer „§ 37c SGB V – Bedarfsplan zur Palliativversorgung“ eingefügt wird:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der ambulanten Palliativversorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen, erstmals zum 31.03.2016. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Bedarfsplanung nach § 99, die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 132d



Abs. 2 und die im Bundesmantelvertrag-Ärzte gemäß § 87 Abs. 1b vereinbarten Anforderungen sind zu beachten. Den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Bedarfsplan ist zu veröffentlichen.“

Des Weiteren fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz zur Sicherstellung der Qualität von SAPV und AAPV eine Berichtspflicht. Deshalb muss § 132d SGB V um folgenden neuen Absatz 3 für die Berichtspflicht zur SAPV-Qualität ergänzt werden:

„Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) erstellt auf Landesebene jährlich einen Bericht über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der palliativen Versorgung der Versicherten. Unter Berücksichtigung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 132d Abs. 2, der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b Abs. 3 und der Vorgaben im Bundesmantelvertrag gemäß § 87a Abs. 1b hat der Bericht auch Auskunft darüber zu geben, wie weit der gemäß Bedarfsplan zur Sicherstellung erforderliche Versorgungsgrad erreicht ist.“

Weiter muss § 136 Abs. 1 SGB V um folgenden Satz 3 für die Berichtspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung zur Qualitätssicherung in der Palliativversorgung ergänzt werden:

„Der Bericht soll auch Auskunft über den Stand der Qualitätssicherung in der Palliativversorgung geben.“