

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (23.3.2015)

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)¹

I. Stellungnahme zu Teil A

(Seite 1-2 des Referentenentwurfs)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) begrüßt den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland ausdrücklich.

Aktuell steht die Palliativversorgung in Deutschland an der Schwelle zur Regelversorgung; das Gesetzesvorhaben könnte diese Entwicklung wesentlich befördern, über alle Lebensalter den notwendigen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen allgemeinen wie auch spezialisierten Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.

Der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch in § 27 vorgesehene Satz „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“ festigt einen umfassenden Rechtsanspruch und schafft den dringend erforderlichen Rahmen, damit zukünftig jeder Mensch mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung im Bedarfsfall eine palliativmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen kann.

Dies sollte neben tumorerkranken Patienten insbesondere für Menschen mit internistischen, geriatrischen (incl. der Demenz) und neurologischen Erkrankungen gelten. Die spezialisierte Palliativversorgung von Patienten (Kinder bis Hochbetagte) mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern erfordert eine besondere fachliche Qualifikation und kontinuierliche Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge, Pharmazie, Physiotherapie, Psychotherapie, Musik- und Kunsttherapie etc.).

II. Stellungnahme zu Teil B

(Seite 2-3 des Referentenentwurfs)

In dieser Stellungnahme wägt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) einzelne Schwerpunkte des Gesetzentwurfes hinsichtlich ihrer Chancen und Risiken in der konkreten Umsetzung ab:

Schwerpunkt 1, S. 2:

„Die allgemeine ambulante Palliativversorgung sowie die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden gestärkt, indem im vertragsärztlichen Bereich zusätzlich vergütete Leistungen zur Steigerung der Qualität der Versorgung und zur Förderung von Kooperationen mit den an der Versorgung Beteiligten und der aktiven Koordination der Leistungsangebote eingeführt werden. Dabei wird auf den bereits bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten der palliativmedizinischen Betreuung im hausärztlichen Versorgungsbereich aufgebaut.“

Die DGP unterstützt den Ausbau der vergüteten Leistungen in der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Neben der Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen müssen auch Koordinationsleistungen sowie weitere Leistungen insbesondere der Pflege in der AAPV finanziert werden. Die DGP begrüßt und befürwortet ausdrücklich alle Bestrebungen, die zu einer besseren Vernetzung sämtlicher Akteure im Bereich der ambulanten Palliativversorgung führen. Dazu müssen allerdings verbindliche Mindestanforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer und an die Form der Zusammenarbeit formuliert werden.

¹ Die DGP gibt zu bedenken, dass „HPG“ auch als Abkürzung für „Heilpraktikergesetz“ Verwendung findet.

8.4.2015: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Stand: 23.3.2015

Schwerpunkt 2, S. 2:

„Die Bedeutung der häuslichen Krankenpflege für die allgemeine ambulante Palliativversorgung wird herausgestellt, indem der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhält, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren.“

Die DGP erachtet die Konkretisierung des Auftrages an den G-BA in Hinblick auf die Erfordernisse in der Palliativversorgung gegenüber der Regelversorgung für notwendig: Die allgemeine ambulante Palliativversorgung in der häuslichen Krankenpflege bedarf eines vom Gesetzgeber formulierten hausärztlichen und pflegerischen Entscheidungsspielraums. Bei der Erarbeitung der Richtlinien sollte der Gemeinsame Bundesausschuss Organisationen der Palliativpflege sowie pflegewissenschaftlichen Sachverstand einbeziehen.

Schwerpunkt 3, S. 2:

„Um insbesondere in ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu fördern, wird ein Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungs-verträge eingeführt. Zudem wird klargestellt, dass allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen und gemeinsam vereinbart werden können.“

Die DGP begrüßt das Ziel, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung ein flächendeckendes Angebot in ganz Deutschland zu verwirklichen, und unterstreicht nachdrücklich die Notwendigkeit einer bundesweiten Vereinheitlichung der Vertragsstrukturen für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Insbesondere für den Ausbau im ländlichen Bereich sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Schiedsverfahren für die SAPV-Versorgungsverträge hilfreich. Mit dem Ausbau der SAPV kommt der Sicherung einer hohen Qualität in der spezialisierten Versorgung eine besondere Bedeutung zu. SAPV-Teams müssen zur Qualitätssicherung verpflichtet werden. Das „Nationale Hospiz- und Palliativregister“ stellt hierfür ein geeignetes Medium dar. Die Kosten der Registeranbindung sollten durch die Kostenträger übernommen werden.

Zur Entwicklung innovativer Versorgungsstrukturen gerade in ländlichen Regionen ist es dringend notwendig, Modellprojekte (z.B. mit Satellitenteams bestehender SAPV-Teams) zu initiieren, zu finanzieren und zu evaluieren. Insgesamt fehlt es in der SAPV noch an tragfähigen Konzepten, wie Berufsgruppen wie z.B. Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen oder Seelsorger strukturell zu verankern sind.

Zu fordern ist ein Ausbau der SAPV für Kinder und Jugendliche, dringend erforderlich sind auch hier bundesländerübergreifende Verträge. Die DGP weist in diesem Zusammenhang auf die gemeinsamen Empfehlungen zur Ausgestaltung von SAPV für Kinder und Jugendliche vom 12.06.2013² hin. Da die Empfehlungen keinen verbindlichen Charakter haben, sind Rahmenvereinbarungen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (analog der Kinderhospizarbeit) zwingend notwendig.

Die DGP sieht die Selektivverträge in der SAPV kritisch, zumal in der Begründung zum Referentenentwurf ausdrücklich steht, dass dabei von den Vorgaben des § 132d abgewichen werden kann. Hierdurch ist zu befürchten, dass auch in Regionen mit einer gut funktionierenden SAPV neue wettbewerbsorientierte Konkurrenzsituationen entstehen, die dazu führen könnten, dass sich kostengünstigere selektivvertragliche Lösungen mit niedriger Qualität durchsetzen und bestehende Strukturen gefährdet werden. Selektivverträge zur SAPV sollten nur dort zulässig sein, wo es keine (funktionierenden) SAPV-Strukturen gibt bzw. diese sich noch nicht im Aufbau befinden, und müssen sich an bestehenden Qualitätsmerkmalen insbesondere bezüglich multiprofessioneller Teamstrukturen orientieren.

² GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband: Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen, 12.6.2013

8.4.2015: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Stand: 23.3.2015

Schwerpunkt 6, S. 3: „Versicherte erhalten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.“

Die DGP begrüßt es, dass Versicherte zukünftig auf Informationsangebote bei den gesetzlichen Krankenkassen zugreifen können. Während allgemeine Informationen wie z.B. Angebote und Adressen von Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung über Informationsplattformen wie den „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ der DGP abgerufen werden können, muss im Rahmen des Beratungsangebots auch eine qualifizierte inhaltliche Beratung für Patienten und Angehörige zur Verfügung gestellt werden. Hierbei ist es von hoher Bedeutung, dass die Beratung mit ausgewiesener Kompetenz erfolgen kann, also entweder durch besonders geschulte Mitarbeiter oder in Kooperation mit einem lokalen Experten in der Versorgung. Dieser Anspruch muss sich ebenso auf die Angehörigen beziehen, die in der Doppelrolle als pflegende Angehörige und als belastete Familienmitglieder (Hilfegebende und selbst Hilfebedürftige) als besonders belastete Personengruppe gelten.

Schwerpunkt 7, S. 3: „Die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wird weiter verbessert. Da Sterbebegleitung zur Pflege am Lebensende dazu gehört, wird sie als Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen. Daran anknüpfend wird in den Rahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung die Bedeutung der Sterbebegleitung durch deren ausdrückliche Benennung betont, und es werden die in der voll-stationären Pflege bestehenden Mitteilungspflichten um Informationspflichten zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen erweitert.“

Der Begriff Sterbebegleitung ist zu kurz gefasst: Es muss ein "und allgemeine Palliativversorgung" eingefügt werden oder alternativ: Statt „Sterbebegleitung“ sollte stringent „Palliativversorgung“ verwendet werden. Die DGP betont, dass die allgemeine palliative Behandlungspflege analog § 37 Abs. 2, SGB V in den stationären Pflegeeinrichtungen abrechnungsfähig werden sollte. Für das SGB XI ist dieser pflegerische Leistungsanteil in der allgemeinen Palliativversorgung ebenfalls in § 75 aufzunehmen.

Schwerpunkt 9, S. 3: „Es wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten können. Durch Koordinierung der verschiedenen Versorgungsangebote und Kooperation mit den dafür zuständigen Leistungserbringern und Einrichtungen ist sicherzustellen, dass eine umfassende palliative und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende gewährleistet ist. Das Beratungsangebot wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.“

Die DGP begrüßt die Einführung eines individuellen und ganzheitlichen Beratungsangebots.

Der neue §132f (Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende) ist vor allem in Hinblick auf die Abgrenzung dieser Leistung zu anderen Beratungsleistungen und vor allem bezüglich der nötigen Qualifikation die für eine solche Beratung erforderlich ist, kritisch zu prüfen. Begleitforschung und Evaluation (z.B. nach 3 Jahren) zu den Effekten dieser Beratungsleistung sind dringend vorzusehen.

Die DGP erachtet insbesondere den Einsatz eines qualifizierten Palliativbeauftragten als sinnvoll und geboten, welcher regelhaft in die Finanzierung vollstationärer Pflegeeinrichtungen integriert sein sollte. Der Palliativbeauftragte könnte selbst an der Versorgung beteiligt sein, vor allem aber sollte er *die* Ansprechperson sein für die Einbindung in die lokalen Netzwerke und die Kooperation mit den Hospiz- und Palliativdiensten, für die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Beratung für die Bewohner und ihrer Angehörigen, für die frühzeitige Bahnung einer individuellen Vorsorgeplanung und für die Sicherung der Qualität in der Versorgung am Lebensende. Damit stünde auch den Hausärzten ein fester Ansprechpartner zur Verfügung.

8.4.2015: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Stand: 23.3.2015

Schwerpunkt 10, S. 3: „Stationären Palliativeinrichtungen wird gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhaushausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung vereinbaren möchten.“

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) begrüßt ausdrücklich die im Gesetzesentwurf vorgesehene Flexibilität für Palliativstationen, welche diesen dauerhaft das Recht einräumt, anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten krankenhaushausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtungen (BE) zu verhandeln. Allerdings muss hier zwingend sichergestellt werden, dass diese Entgelte ausreichend sind, um eine qualifizierte Versorgung zu gewährleisten und insbesondere den notwendigen Personalbedarf einer spezialisierten Palliativversorgung finanziell abzudecken.

Aktuell werden palliativmedizinische Leistungen im Krankenhaus im fallpauschalenbasierten Finanzierungssystem (DRG) systematisch unterfinanziert. Der Grund dafür ist, dass das DRG-System nicht alle relevanten Kostenfaktoren einer palliativmedizinischen Behandlung und Begleitung erfasst. Zur Sicherung und Weiterentwicklung der stationären Palliativversorgung muss eine ausreichende und differenzierte Finanzierung sowohl von multiprofessionellen Palliativdiensten als auch von Palliativstationen durch kostendeckende Abbildung im Fallpauschalensystem ermöglicht werden.

Eine gute Palliativversorgung lebt von qualifiziertem Personal: Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten, Seelsorger und andere haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter. In der S3-Leitlinie zur Palliativversorgung von Patienten mit Tumorerkrankungen, die gerade im Leitlinienprogramm der Deutschen Krebsgesellschaft für die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt worden ist, werden verbindliche Mindestzahlen für die Besetzung von Palliativdiensten und Palliativstationen aufgeführt, die eine bedarfsgerechte Versorgung rund um die Uhr möglich machen.

Nur ca. 15 Prozent der bundesweit rund 2.000 Krankenhäuser verfügen über Palliativstationen. Von den übrigen Krankenhäusern haben nur wenige einen multiprofessionellen Palliativdienst. Für jedes Krankenhaus mit mehr als 250 Betten soll ein Palliativdienst vorgeschrieben sein, der als Team aktiv Palliativbetreuung anbietet.

Die DGP spricht sich mit Nachdruck dafür aus, Palliativbeauftragte in die Finanzierungsmodelle für alle stationären Einrichtungen zu integrieren. Mit dem Einsatz eines Palliativbeauftragten in jeder Klinik und jeder stationären Pflegeeinrichtung können Strukturen der Palliativversorgung entwickelt und die Versorgung koordiniert werden, um den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten in den jeweiligen Einrichtungen gerecht werden. Der Palliativbeauftragte soll die Palliativstation oder den Palliativdienst nicht ersetzen. Der Palliativbeauftragte soll die Umsetzung der allgemeinen Palliativversorgung in der Einrichtung und die Schnittstellen zur ambulanten Versorgung sicherstellen und vor allem die Qualität der Palliativversorgung im Krankenhaus gewährleisten. Er ist der Ansprechpartner für das ambulante Netzwerk der Hospiz- und Palliativversorgung und verantwortlich für die Einführung und Umsetzung von Qualitätsstandards.

Abschließend weist die DGP darauf hin, dass eine adäquate Finanzplanung nur auf der Grundlage von bundesweiten Vergleichsdaten möglich ist. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft bietet hierzu konkrete Umsetzungskonzepte wie das „Nationale Hospiz- und Palliativregister“³ an.

³ <http://www.hospiz-palliativ-register.de/>

III. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

(ab S. 7 im Referentenentwurf)

Zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu 1) Änderung § 27 SGB V (S. 7)

Die DGP begrüßt nachdrücklich den im Fünften Buch Sozialgesetzbuch in § 27 vorgesehenen Satz „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“. Diese Formulierung schafft den dringend erforderlichen Rahmen, damit zukünftig jeder Mensch mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung im Bedarfsfall eine palliativmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen kann.

Zu 3) Einfügung § 39b SGB V (S. 8) Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Die DGP begrüßt es, dass Versicherte zukünftig auf Informationsangebote bei den gesetzlichen Krankenkassen zugreifen können. Die Festlegung „Grundsätzlich haben die Krankenkassen die Aufgabe der individuellen Beratung und Hilfestellung selbst wahrzunehmen.“ berücksichtigt die bereits bestehende regionale und bundesweite Beratungsstrukturen nur unzureichend, auch wenn die Regelung formuliert ist, dass die Beratung an eine in § 35 Abs1 SGB I genannte Stelle delegiert werden kann. Der Halbsatz „durch die Krankenkassen“ sollte deswegen ersetzt werden durch: „durch die Krankenkassen oder die Erbringer palliativer Versorgungsleistungen. Die Kosten der Beratung übernimmt die Krankenkasse.“

Der Anspruch auf umfassende Hospiz- und Palliativberatung muss sich ebenso auf die Angehörigen beziehen, die in der Doppelrolle als pflegende Angehörige und als belastete Familienmitglieder besonders gefordert sind.

Beschrieben und festgelegt werden muss insbesondere das Qualifikationsprofil der Hospiz- und Palliativberater.

Zu 5) Änderung § 87 (S. 8)

Unter Punkt 4 fehlen bei den Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität dringend die Qualitätssicherung in den Versorgungsreinrichtungen mittels einheitlicher Datendokumentation und vor allem Datenauswertung, wie sie z.B. das „Nationale Hospiz- und Palliativregister“ ermöglicht.

Zu 9) Änderung § 132d (S. 10)

a. Zusätzlich zum Schiedsverfahren wäre es zur Entwicklung innovativer Versorgungsstrukturen gerade in ländlichen Regionen dringend notwendig, spezifische Modellprojekte (z.B. mit Satellitenteams bestehender SAPV-Teams) zu ermöglichen. Dies ist durch Datendokumentation, -auswertung und -vergleich zu begleiten. Hier bietet sich das „Nationale Hospiz- und Palliativregister“⁴¹ als Evaluationsinstrument an.

b. Bei den Selektivverträgen ist zu gewährleisten, dass sich diese an den Qualitätskriterien bestehender multiprofessioneller SAPV-Strukturen entsprechend Umsetzung § 37b SGB V orientieren und diese nicht unterlaufen. Selektivverträge zur SAPV sollten nur dort zulässig sein, wo es keine funktionierenden bzw. sich im Aufbau befindlichen SAPV-Strukturen gibt.

8.4.2015: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Stand: 23.3.2015

Zu 10) Einfügung § 132f (S. 10) Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

Die DGP begrüßt die Einführung eines individuellen und ganzheitlichen Beratungsangebots.

§132f ist jedoch in Hinblick auf die Abgrenzung dieser Leistung zu anderen Beratungsleistungen und vor allem bezüglich der nötigen Qualifikation, die für eine solche Beratung erforderlich ist, kritisch zu prüfen. Die DGP erachtet auch für diese Beratungsleistung den Einsatz eines qualifizierten Palliativbeauftragten als sinnvoll und geboten, welcher regelhaft in die Finanzierung vollstationärer Pflegeeinrichtungen integriert sein sollte

Vorgeschlagen wird eine Ergänzung: „Begleitforschung und Evaluation zu den Effekten dieser Beratungsleistung sind vorzusehen.“

Zu Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu 1) Anfügung § 28, Absatz 5 (S. 11)

Statt „Sterbebegleitung“ sollte stringent „Palliativversorgung“ verwendet werden.

Zu 2) Einfügung § 75

Die DGP betont, dass die allgemeine palliative Behandlungspflege analog § 37 Abs. 2, SGB V, in den stationären Pflegeeinrichtungen abrechnungsfähig werden sollte. Für das SGB XI ist dieser pflegerische Leistungsanteil in der allgemeinen Palliativversorgung ebenfalls in § 75 aufzunehmen.

Zu Artikel 4: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Einfügung § 17b (S. 12)

„In § 17b Absatz 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I, S. 886), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „bei Palliativstationen oder -einheiten ist für die Ausnahme ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend“, eingefügt.

Die DGP schlägt folgende Ergänzung zur Einfügung vor: „bei Palliativstationen oder -einheiten ist für die Ausnahme ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend, „sofern die Qualitätsvorgaben des G-BA eingehalten werden. Der G-BA wird hierzu bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben definieren.“

IV. Stellungnahme zur Begründung, B. Besonderer Teil

(ab S. 24 des Referentenentwurfs)

Der Qualitätssicherung in der Hospiz- und Palliativversorgung kommt zukünftig eine überragende Bedeutung zu. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin kann mit ihren Strukturen, ihrer interprofessionellen Fachexpertise und folgenden Instrumenten zu einer Qualitätssicherung in der Hospiz- und Palliativversorgung beitragen:

Zu 3) § 39b, SGB V (S. 26)

„Versicherte wissen häufig zu wenig über die Beratungs- und Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung. (...)“

Zur Information für Patienten und Angehörige ebenso wie für Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser oder Pflegeheime wird aktuell der „Wegweiser Hospiz und Palliativversorgung Deutschland“, das Online-Portal zur schnellen Übersicht über Palliativstationen, stationäre Hospize, ambulante Hospizdienste, SAPV-Teams, Ärzte mit palliativmedizinischer Zusatzbezeichnung und Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene neu gestaltet, deutlich erweitert und bedienerfreundlich angelegt. Online-Start: Mai 2015

8.4.2015: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Stand: 23.3.2015

Zu 5) § 87, SGB V (S. 27)

„(...) Zudem sind Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität (z.B. durch Erhebung von Qualitätsindikatoren) zu vereinbaren.“

Gesicherte Daten werden für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung mitentscheidend sein. In langjähriger Vorarbeit wurde ein „Nationales Hospiz- und Palliativregister“ entwickelt. Datensätze zur Betreuung, die in den Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung in aller Regel ohnehin erhoben werden, können so zentral gesammelt und ausgewertet werden. Diese Daten können als Grundlage - in dem Sinne, welche patientenbezogenen Items benötigt werden, um die Palliativversorgung im jetzigen DRG-System adäquat abbilden zu können - von Kostenkalkulationen, als Maßnahme zur externen Qualitätssicherung durch Vergleichbarkeit der verschiedenen Einrichtungen und Einrichtungsarten untereinander sowie zur Versorgungsforschung genutzt werden.

Zu 5) § 87, SGB V (S. 27)

„(...) Voraussetzung für die Abrechnung dieser besonderen medizinischen Leistungen ist eine spezifische Qualifikation der Ärztin oder des Arztes zur Palliativmedizin...“

Die Entwicklung einer S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ hat 2011 federführend unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften, der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft begonnen, eine erste Version der Leitlinie wurde der AWMF in 2015 vorgelegt. Die Leitlinie enthält wissenschaftsbasierte Empfehlungen zu ausgewählten palliativmedizinischen Symptomen und Versorgungsfragen für Patienten mit einer Krebserkrankung.

Zu 1) § 28, SGB XI (S. 33)

„Jeder Mensch hat das Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Sterbende Menschen benötigen eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die ihrer individuellen Lebenssituation und ihrem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt.“

Die DGP begrüßt insbesondere, dass der einleitende Satz aus Leitsatz 1⁴ der im Jahr 2010 verabschiedeten „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ Eingang in die Gesetzesbegründung gefunden hat. Mit dem Konsens der Charta haben sich über 50 Institutionen dazu bereit erklärt, sich entlang der fünf Leitsätze für die Verbesserung der Situation schwerstkranker und sterbender Menschen und die Einlösung ihrer Rechte einzusetzen. Weit mehr als 13.000 Menschen haben dieses Anliegen bislang mit ihrer Unterschrift unterstützt. Die drei Träger des Prozesses, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. und die Bundesärztekammer, haben dazu beigetragen, dass sich die Charta nun auf dem Weg der Umsetzung in eine Nationale Strategie befindet.

IV. Fazit

Abschließend möchte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) betonen, dass die Vorgaben des Referentenentwurfes durch Maßnahmen gezielter Forschungsförderung sowie Förderung von Forschungsnetzwerken in diesem Bereich zu flankieren sind. Diese Förderung muss versorgungswissenschaftliche, aber auch klinische, ethische und lehrbezogene Projekte sowie Grundlagenforschung umfassen, wie sie in der im Februar 2015 vorgelegten Forschungsagenda zur „Palliativversorgung in Deutschland“ der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften beschrieben wurden. Gezielte Forschungsförderung ist unabdingbar, um auf einer soliden wissenschaftlichen Basis die klinisch-praktischen Möglichkeiten der Palliativversorgung konsequent weiterzuentwickeln.

⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer (Hrsg.): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, S. 6, Berlin: 2010.