

# Hohes Niveau der Hospiz- und Palliativversorgung sichern und in die Fläche tragen

## Referentenentwurf als Meilenstein zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender

EMMI ZEULNER

Emmi Zeulner (CSU) ist Mitglied des Deutschen Bundestags

Die Große Koalition hat sich im Koalitionsvertrag das Ziel gesetzt, die Hospize weiter zu unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin auszubauen. Seit kurzem liegt nun der Referentenentwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes vor, mit dem diese Vorhaben umgesetzt werden. Das Gesetz ist ein wichtiger Meilenstein um eine hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung allen Menschen in Deutschland zugänglich zu machen, doch es gibt weitere Handlungsfelder.

Eine patientengerechte und flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung wird in unserer alternden Gesellschaft immer wichtiger. Sowohl die Politik als auch die Selbstverwaltung haben in den vergangenen Jahren Anstrengungen unternommen, um die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland zu verbessern. Dennoch gibt es weiterhin Defizite auf diesem Gebiet: Im ländlichen Raum ist die Palliativversorgung noch nicht überall angekommen, in Pflegeheimen muss die Hospizkultur noch stärker verankert werden, stationäre und ambulante Hospize müssen noch mehr gestärkt werden und die Anzahl der Palliativstationen ist noch nicht ausreichend. Aus diesem Grund haben CDU/CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag vom Dezember 2013 festgehalten: „Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen“.

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und

Palliativversorgung in Deutschland, lösen wir dieses Versprechen ein. Der Gesetzesentwurf setzt entscheidende Impulse und ist ein Meilenstein zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Als Berichterstatterin für das Thema Hospiz- und Palliativversorgung der AG Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion ist es mir ein besonderes Anliegen, dass die Vorhaben zügig umgesetzt und – wo nötig – weiterentwickelt werden.

### Hospiz- und Palliativversorgung können sowohl stationär als auch ambulant erfolgen.

Mit rund 300 Palliativstationen und 200 stationären Hospizen, d.h. insgesamt etwa 5.000 stationären Betten, ist Deutschland auf einem guten Weg mit Blick auf die stationäre Versorgung, dennoch liegt dies noch deutlich unter dem geschätzten Bedarf von 7.000 bis 8.000 notwendigen Betten für das gesamte

Bundesgebiet. In der Gesamtschau hat sich die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste seit 1996 mehr als verdreifacht: Von 451 auf rund 1.500 im Jahr 2011. Ambulante Hospizdienste, die zum größten Teil durch ehrenamtliche Mitarbeiter getragen werden, bilden eine wesentliche Säule der Hospizarbeit. Durch ihre Arbeit leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag in der Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Bei der ambulanten Palliativversorgung wird zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) unterschieden. Die AAPV beschreibt die grundlegende Behandlung, die jedem Sterbenden im Rahmen der Palliativbehandlung zusteht.

Die SAPV greift bei besonders schweren Diagnosen, das heißt bei einem komplexen Symptomgeschehen und einer besonders aufwändigen Versorgung. Sie ist für ca. 10 Prozent der Patienten einschlägig. Die Ausführung wird von SAPV-Teams übernommen. Diese setzen sich multiprofessionell aus qualifizierten Ärzten (Zusatzbezeichnung „Palliativmediziner“), Pflegekräften mit Palliative Care-Weiterbildung und Koordinationskräften zusammen. Aufgabe der SAPV-Teams ist es, in Zusammenarbeit mit den Hausärzten die häusliche Betreuung schwerkranker Patienten in der letzten Lebensphase mittels einer Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft sicherzustellen, so dass unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Mit dem Gesetzentwurf soll das hohe Niveau, das wir in den verschiedenen Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland haben, gesichert und in die Fläche getragen werden.

Einer der Kernpunkte des Gesetzentwurfes ist, dass gesetzlich Versicherte gegenüber ihrer Versicherung künftig einen Anspruch auf Palliativversorgung haben. Dies ist ein wichtiger Schritt, um für alle Menschen eine entsprechende Versorgung zu gewährleisten.

Die SAPV ist eine große Errungenschaft unseres Gesundheitssystems. Gerade im ländlichen Raum gibt es jedoch noch weiße Flecken in der SAPV. Um diese zu beheben, soll ein gesetzliches Schiedsverfahren eingeführt werden. Dies soll auch in streitigen Vertragsverhandlungen Vereinbarungen erleichtern und im Konfliktfall zeitnahe Lösungen ermöglichen. Zudem soll klargestellt

werden, dass die SAPV auch gemeinsam mit der AAPV in Selektivverträgen geregelt werden kann. Damit können bestehende Verträge der Palliativversorgung weitergeführt werden und Schnittstellenprobleme zwischen AAPV und SAPV überwunden werden.

Ärzte sind eine wichtige Säule der ambulanten Palliativversorgung. Im Medizinstudium ist die Palliativmedizin seit 2009 als Pflichtlehr- und Prüfungsfach verankert. Medizinstudenten müssen nun im zweiten Staatsexamen verbindliche Leistungsnachweise im Fach Palliativmedizin erbringen. Damit wird den hohen Standards der Palliativversorgung Rechnung getragen und die Qualität in diesem Bereich nachhaltig gesichert. Der Gesetzentwurf sieht weitere Schritte vor, um die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Es wird im vertragsärztlichen Bereich eine zusätzliche Leistung geschaffen, mit der die Netzwerkarbeit oder das gemeinsame Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern honoriert werden soll. Voraussetzung ist dabei eine besondere Qualifikation der Ärzte.

Im Bereich der stationären Palliativversorgung wird das System der Fallpauschalen immer wieder kritisiert. Es stellt sich die Frage, wie stark ökonomische Faktoren in die Versorgung Schwerkranker und Sterbender einfließen sollten und ob das Zusatzentgelt tatsächlich ein kostendeckendes Arbeiten der Stationen ermöglicht. Die auf der Grundlage der zwischen dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) getroffene Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen bestehende Wahlmöglichkeit für Palliativstationen oder -einheiten bei der Vergütung wurde bisher für jedes Jahr erneuert, ist jedoch zeitlich befristet. Die Abrechnung von Tagessätzen in palliativmedizinischen Einrichtungen wird damit immer wieder in Frage gestellt. Zwar wurde diese Infragestellung für das Jahr 2014 unterlassen, diese kann jedoch jederzeit erneut aufleben. Die Teilnahme der Palliativstationen am DRG-System ist nur bedingt freiwillig: Die Kassen haben bei den Budgetverhandlungen Möglichkeiten (Druckmittel), die Entscheidung dorthin zu steuern. Der Referentenentwurf des

Hospiz- und Palliativgesetzes soll stationären Palliativeinrichtungen künftig das Recht einräumen, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausindividuelle Entgelte vereinbaren möchten.

Neben den Palliativstationen sind die Hospize mit ihren zahlreichen ehrenamtlichen Helfern ein unersetzlicher Baustein unseres Versorgungssystems.

## **Gesetzlich Versicherte haben künftig gegenüber ihrer Versicherung einen Anspruch auf Palliativversorgung.**

Ihr Engagement kann nicht hoch genug geschätzt werden. Es ist umso bedauerlicher, wenn sowohl von Seiten der stationären Hospize als auch von den ambulanten Hospizdiensten immer wieder von Finanzierungsschwierigkeiten berichtet wird. Dieser Problematik setzt das Hospiz- und Palliativgesetz ein Maßnahmenpaket entgegen.

Bisher ist im Gesetz vorgesehen, dass die Krankenkassen 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten bei stationären Hospizen tragen. Bei Kinderhospizen liegt dieser Anteil bei 95 Prozent. Um das ehrenamtliche Engagement in der Hospizarbeit aufrechtzuerhalten, wird eine Vollfinanzierung nicht angestrebt. Die Hospizarbeit soll in das Gemeinwesen eingebunden werden, kommerzielle Hintergedanken sollen kein Motivator sein.

Jedoch liegen die Realkosten der Hospize oftmals über den zuschussfähigen Kosten, so dass Hospize in vielen Fällen eine Eigenleistung von über 20 Prozent erwirtschaften müssen. Dies bremst bei den Trägern die Motivation zur Eröffnung einer solchen Einrichtung und bringt die bestehenden Hospize in finanzielle Bedrängnis.

Der Gesetzentwurf sieht angesichts dieses Problems nun vor, dass zum einen der Anteil der zuschussfähigen Kosten bei Erwachsenen hospizen auf 95 Prozent angehoben wird. Zum anderen sollen in der Rahmenvereinbarung über die stationäre Hospizversorgung bundesweit geltende Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Kosten festgelegt werden und die Vereinbarung an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen angepasst werden. Regionale

Unterschiede bei der finanziellen Förderung stationärer Hospizarbeit sollen damit aufgehoben werden und Rechtsunsicherheiten über Inhalt und Umfang der zuschussfähigen Kosten beseitigt werden.

Als weitere Maßnahme zur Verbesserung der finanziellen Ausstattung der Hospize soll der kalendertägliche Mindestzuschuss der Krankenkassen von derzeit sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße angehoben werden. Dies entspricht einer Steigerung für das Jahr 2015 von 198 Euro auf 255 Euro. Insbesondere Hospize in ländlichen Regionen berichten von Schwierigkeiten, eine auskömmliche Finanzierung mit den Krankenkassen auszuhandeln. Mit der Anhebung des Mindestzuschusses wird ihre finanzielle Ausgangslage deutlich verbessert und regionale Unterschiede beseitigt.

Die Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der stationären Hospize hebt bereits heute die besondere Stellung von Kinderhospizen hervor. Um den Bedürfnissen und Wünschen von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen und ihren Familien noch besser Rechnung zu tragen, soll eine eigenständige Rahmenvereinbarung für stationäre Kinderhospize geschaffen werden.

Ambulanten Hospizdienste leisten enorm viel: Ihnen kommt zum einen die Aufgabe der palliativ-pflegerischen Beratung, zum anderen die Aufgabe der Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, zu. Des Weiteren sieht die Rahmenvereinbarung über die ambulante Hospizarbeit vor, dass die Dienste Netzwerkarbeit zu leisten haben. Die GKV fördert diese Aufgaben durch einen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Die Höhe des Zuschusses ergibt sich aus dem Verhältnis der Zahl der Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen, wodurch der Fokus auf die Aufgabe der Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung gelegt wird. Die Aufgaben der Beratung und Netzwerkbildung bleiben bei der Ermittlung der Förderung unberücksichtigt und können deswegen auch nur schwer und zu Lasten der Zeitkontingente für die erste Aufgabe erbracht werden. Viele Hospizdienste stoßen – auch vor dem Hintergrund des stetig steigenden Bedarfs – bei der Erfüllung dieser Aufgaben an ihre Grenzen.

Die Bundesregierung hat den Handlungsbedarf an dieser Stelle erkannt: Es soll überprüft werden, ob das in der Rahmenvereinbarung festgelegte Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeitern noch den aktuellen Versorgungsbedürfnissen entspricht.

Wie oben beschrieben, fördern die Krankenkassen die Arbeit der ambulanten Hospizdienste durch einen angemessenen Zuschuss zu den Personalkosten. Antragsberechtigt sind Hospizvereine, die seit einem Jahr bestehen. In der Praxis müssen Hospizvereine durch die geltenden Regelungen immer wieder Finanzierungslücken überwinden. Hier soll zukünftig Abhilfe geschaffen werden: Die Förderung durch die Krankenkassen soll zeitnah ab dem Jahr erfolgen, in dem der ambulante Hospizdienst Sterbebegleitungen leistet. Dies beseitigt ein Hemmnis der Hospizvereine, denn die bisherige Regelung führt immer wieder zum Zögern, das Wagnis des Schrittes in die Hauptamtlichkeit aus Vorsichts- und Kostengründen in Erwägung zu ziehen.

Als weiteres Handlungsfeld greift der Gesetzentwurf die Hospizversorgung in

**Mit all diesen Maßnahmen kann die Versorgung Schwerstkranker entscheidend verbessert werden: Es besteht jedoch weiterer Handlungsbedarf.**

stationären Pflegeeinrichtungen auf. Dies ist dringend nötig, denn jährlich versterben in Deutschland ca. 340.000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen. Die Begleitung von Sterbenden geht über die alltägliche Altenpflege hinaus. Zwar hat die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen die Notwendigkeit einer umfassenden Sterbebegleitung erkannt, die Aufgaben bei der Betreuung Pflegebedürftiger sind jedoch bereits sehr fordernd und lassen eine vollumfängliche pflegerische und psychosoziale Begleitung der Sterbenden nur bedingt zu.

Der Gesetzentwurf sieht aus diesem Grunde folgende Maßnahmen zur Stärkung der Hospizkultur in Pflegeheimen vor: Es soll gesetzlich klargestellt werden, dass pflegerische Maßnahmen zur Sterbebegleitung Teil der stationären und ambulanten Pflege im Sinne des SGB XI sind. Zudem sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen Bewohnern Beratungsangebo-

te machen, um Ängste vor dem Sterben zu mindern und die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zu stärken. Konkret werden finanzielle Anreize dafür gesetzt, dass die Pflegeeinrichtungen ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot vorhalten und dieses in Kooperation mit anderen Versorgern und Leistungserbringern organisieren. Die konkrete Ausgestaltung des Beratungsangebotes bleibt den Pflegeeinrichtungen überlassen, sie können das Angebot entweder selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen organisieren. Da die ambulanten Hospizdienste und Palliativ-Teams über breites Wissen der vorhandenen Versorgungssysteme und über die notwendige Erfahrung zur Beratung von Schwerstkranken und Sterbenden verfügen, halte ich es für richtig, dass der Gesetzentwurf Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet, mit diesen bei der Organisation des Beratungsangebotes zu kooperieren.

Auch im Bereich der ambulanten Pflege sind Verbesserungen geplant. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege weiterentwickeln und das Nähere zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung festlegen. Damit soll das Ziel unterstützt werden, in der Regelversorgung den Hospiz- und Palliativgedanken stärker zu verankern, die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken und die Vernetzung und Kooperation der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer und Fachkräfte zu fördern.

Ich bin überzeugt, dass mit all diesen Maßnahmen die Versorgung Schwerstkranker entscheidend verbessert werden kann. Doch ich sehe auch über den Gesetzentwurf hinaus Handlungsbedarf. Mir ist es ein wichtiges Anliegen, die Angebote weiter auszubauen und dabei die hohe Qualität zu sichern.

Ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung ist das Nationale Hospiz- und Palliativregister. Seit 2011 existiert das Register, Initiator ist die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), es dient der Beschreibung der Qualität der Hospiz- und Palliativversorgung auf Bundesebene und soll die Entwicklung unterstützen. Die Daten sollen auch zur Öffentlichkeitsarbeit und wissenschaftlichen

Aufbereitung als Versorgungsforschung genutzt werden. Bislang beteiligen sich jedoch nur 10 Prozent der Hospiz- und Palliativeinrichtungen (sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) an dem Register. Um die Qualität im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung zu sichern und eine Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Einrichtungen herzustellen, sollte eine Beteiligung an dem Register für alle Einrichtungen verbindlich werden. Dafür sollten entsprechende Anreize geschaffen werden, z.B. von den Leistungsträgern durch entsprechende Klauseln in den Verträgen zu Palliativversorgung.

## Die Forschung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland muss dringend ausgebaut werden.

Bisher verfügen lediglich 15 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland über eine Palliativstation. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat im Dezember 2014 Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland vorgelegt. Eine dieser Maßnahmen ist die Einrichtung eines Strukturfonds in Höhe von einer Milliarde Euro, finanziert von Bund und Ländern gleichermaßen. Es sollte überprüft werden, ob es möglich ist, mit den zur Verfügung stehenden Fördergeldern auch stationäre palliativmedizinische Einrichtungen zu fördern, um eine flächendeckenden Ausbau der stationären Palliativversorgung zu gewährleisten. Konkret soll die Einrichtung bzw. Neuerrichtung von Palliativstationen förderfähig sein.

Auch wenn der Gesetzentwurf bereits gute Ansätze zum Ausbau der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen vorsieht, sollten wir an dieser Stelle nicht stehen bleiben. Ich möchte erreichen, dass für Pflegebedürftige mit allgemeinem palliativem Versorgungsbedarf in einem neuen § 87c SGB XI Vergütungszuschläge geschaffen werden. Mit dem Vergütungszuschlag sollen Pflegekräfte die Möglichkeit erhalten, sich für den Bereich der palliativen Versorgung weiter zu qualifizieren und/oder zusätzliche Arbeitsplätze für Pflegekräfte geschaffen werden. Was ich hingegen nicht anstrebe, sind „Pflegekräfte light“, die nur wenige Stunden pro Woche und ausschließlich

in der palliativen Betreuung Pflegebedürftiger tätig sind.

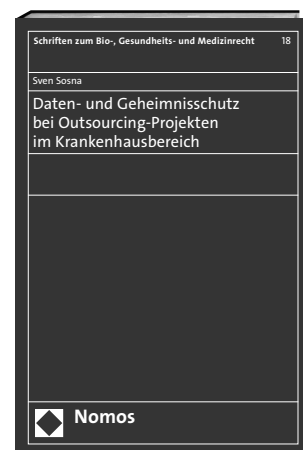
Um auf einer soliden wissenschaftlichen Basis die Möglichkeiten zur Symptomlinderung konsequent weiterzuentwickeln, die Bedürfnisse und Prioritäten der Patienten und ihrer Angehörigen zu überprüfen und mit neuen Erkenntnissen zu einer interprofessionellen Diskussion um ethische, soziale und spirituelle Dilemmata am Lebensende beizutragen, ist Forschung unabdingbar. Die Forschung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland muss dringend ausgebaut werden, wie die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina in ihrer Stellungnahme vom Februar 2015 deutlich machte. Neben dem Ausbau der Versorgungsforschung halte ich auch den Ausbau der Grundlagenforschung für notwendig.

Mit dem Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes plant die Große Koalition die Einrichtung eines Innovationsfonds, mit dem zum einen innovative, sektorenübergreifende Projekte gefördert werden sollen, zum anderen die Versorgungsforschung. Für den Bereich der Versorgungsforschung sollen ab 2016 jährlich 75 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Da es sich bei der Hospiz- und Palliativversorgung um ein gesamtgesellschaftliches Anliegen handelt, halte ich es für obligatorisch, dass bei Ausgestaltung der Förderkriterien durch den Innovationsausschuss beim G-BA der Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ausreichend berücksichtigt wird.

Forschungsstrukturen im Fachgebiet Palliative Care sind in Deutschland bisher nur punktuell vorhanden: Nur an neun von 36 universitätsmedizinischen Einrichtungen existieren dauerhaft etablierte palliativmedizinische Forschungsstrukturen. Der überwiegende Teil der Forschung gestaltet sich als Einzelförderungen, finanziert durch Stiftungen oder andere Geldgeber. Stabile und tragfähige Forschungsstrukturen fehlen. Die fehlenden Forschungsstrukturen haben zur Folge, dass Behandlungsverläufe von Patienten nicht nachgezeichnet werden können. Fragen, wie die, wann Patienten mit spezialisierten Strukturen in Kontakt kommen, wo und wie Patienten sterben, die ihre letzten Lebenstage nicht in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern verbracht haben oder wie man eine Über-

versorgung von Patienten am Lebensende verhindern kann, sind bis dato quasi nicht erforscht. Auch der Umgang mit Leben und Tod in unserer Gesellschaft muss hinterfragt werden. Diesen Missstand gilt es zu beheben. Ich setze mich dafür ein, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein Programm zur Förderung der Hospiz- und Palliativforschung an Hochschulen ausschreibt. Ziel des Programms sollte sowohl die Förderung der Grundlagenforschung als auch der Forschung zu Trauerarbeit bzw. Sterbebegleitung sein.

Ich bin mir sicher, dass wir über alle Parteigrenzen hinweg einen großen Konsens haben, was die Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland angeht. ■



### Daten- und Geheimnisschutz bei Outsourcing-Projekten im Krankenhausbereich

Von Sven Sosna

2015, 341 S., brosch., 89,- €  
ISBN 978-3-8487-1701-9

(Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht, Bd. 18)

[www.nomos-shop.de/23985](http://www.nomos-shop.de/23985)

Die Arbeit erläutert am Beispiel des Krankenhauswesens mit seinem vielfältigen Regelungsspektrum die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Auslagerung Daten verarbeitender Tätigkeiten.



**Nomos**