

Das Hospiz- und Palliativgesetz – Aufgaben und Herausforderungen für die stationäre Altenhilfe

Fachtagung „Palliative Care“ am 25.09.2017

AWO Westliches Westfalen

Hintergrund der Gesetzesentwicklung

- ✓ Breite Diskussion zum assistierten Suizid
- ✓ Eckpunktepapier vom Bundesministerium für Gesundheit im November 2014 zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
- ✓ Erkenntnis: Es gibt Regelungsbedarfe in der Regelversorgung
- ✓ Gesetz ist am 1.1.2016 in Kraft getreten

Zahlen, Daten, bisherige Entwicklung in Deutschland

- ✓ 893 825 verstorbene Menschen im Jahr 2013
- ✓ Sterbeorte: ca. 46,7 % in Krankenhäusern, 25- 30 % der Menschen versterben in Pflegeheimen, 15 bis 20 % zu Hause, 2-3 % in stationären Hospizen; 3 % an anderen Orten (keine offizielle Statistik)
- ✓ In den vergangenen rund 25-30 Jahren ist ein differenziertes Netz an Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit entstanden:
 - ✓ 1.500 ambulante Hospizdienste
 - ✓ 214 stationäre Hospize für Erwachsenen
 - ✓ 14 Kinderhospize
 - ✓ 306 Palliativstationen in Krankenhäusern
 - ✓ über 250 SAPV-Teams
- ✓ Der Schwerpunkt der Entwicklung lag bisher in der **spezialisierten** Versorgung.
- ✓ Aber: Rund 10% aller sterbenden Menschen benötigen eine spezialisierte Versorgungsform!

Zielsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes

- ✓ Auf- und Ausbau der Palliativversorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen
- ✓ Vernetzung von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der hospizlichen Begleitung
- ✓ Verankerung der Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung durch Stärkung der hausärztlichen Versorgung
- ✓ Verankerung der Palliativversorgung als Teil der pflegerischen Regelversorgung durch Änderung der HKP-Richtlinie
- ✓ Flächendeckende Verbreitung der SAPV
- ✓ Verbesserung der finanziellen Förderung der stationären Kinder- und Erwachsenenheime
- ✓ Verbesserung der finanziellen Förderung der ambulanten Hospizdienste
- ✓ Stärkung der Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern
- ✓ Individuelle Versorgungsplanung am Lebensende von Pflegeheimbewohnern
- ✓ Anspruch der Versicherten auf Beratung durch die Krankenkassen

Welche Veränderungen wurden durch das HPG als ein Artikelgesetz zum 1.1.2016 eingeführt ?

- ✓ Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung
- ✓ Maßnahmen in der sozialen Pflegeversicherung
- ✓ Maßnahmen im Krankenhauswesen

Änderungen in der Pflegeversicherung SGB XI

- ✓ **Einfügung in den Leistungskatalog des § 28 Absatz 4 SGB XI:** *„Pflege schließt grundsätzlich die Sterbebegleitung als Leistung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“*
- ✓ Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der Pflegeversicherung.
- ✓ **Aber:** Aufnahme in den Leistungskatalog erfolgt aus Gründen der Klarstellung!
Gesetzesbegründung: Sterbebegleitung nach dem allgemein anerkannten Stand ist eine der Kernaufgaben von Pflegeheimen.
- ✓ Konsequenz der Kostenträger: Personeller Mehrbedarf lässt sich hieraus nicht einfordern.

Änderungen in der Pflegeversicherungen SGB XI

- ✓ **Regelungsauftrag für die Vereinbarungspartner gemäß § 75 Absatz 2 Nr. 1 SGB XI:**
„Die Verträge regeln insbesondere den Inhalt der Pflegeleistung einschließlich der Sterbebegleitung...“
- ✓ **§ 114 SGB XI** enthält ab dem 1.07.2016 neue Informations- und Nachweispflicht einer Einrichtung gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen über die Kooperation mit einem **Hospiz-und Palliativnetzwerk**.
- ✓ **§ 115 Absatz 1b SGB XI:** Darstellung der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetzwerk ist im Rahmen der Informationen über Ergebnisse von Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen sicherzustellen.

Änderungen in der Krankenversicherung SGB V

- ✓ **§ 39 a Absatz 2 SGB V** Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI **sollen** mit ambulanten Hospizdiensten zusammen arbeiten (= Kooperationsvereinbarung abschließen).
- ✓ **§ 1 Absatz 2 der Rahmenvereinbarungen ambulanter Hospizarbeit:**
„Bei der Begleitung in stationären Einrichtungen ist ein zwischen dem AHD und der jeweiligen Einrichtung vernetztes und abgestimmtes Vorgehen sicher zu stellen.“

Stärkung des vertragsärztlichen Bereichs durch § 119 b SGB V (1)

- ✓ § 119 b SGB V regelt die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen.
- ✓ § 119 b SGB V: Pflegeeinrichtungen **sollen** Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern (niedergelassenen Haus- und Fachärzten) schließen.
- ✓ Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung Verträge zu vermitteln = Verpflichtung zur Sicherstellung durch die KV des jeweiligen Bundeslandes!
- ✓ Für die Kooperation mit Vertragsärzten gibt es bereits seit dem **1.1.2014 die Anlage 27** zum Bundesmantelvertrag, deren Abschluss mit dem HPG aber eine Verbindlichkeit für die stationäre Pflege hat und für die Ärzte hat (zuvor „Kann-Vorschrift“)

Stärkung des vertragsärztlichen Bereichs durch § 119 b SGB V (2)

- ✓ Die Anlage 27 gestaltet die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und den Vertragsärzten aus, hierbei geht es um die grundsätzliche Versorgung und Zusammenarbeit. Beispielhaft wird hier festgelegt:
 - ✓ Verbindlichkeit der Fallbesprechung, die Festlegung einer Regelung im Falle einer Krankenhauseinweisung, Erreichbarkeit im Vertretungsfalle, Erreichbarkeit in der sprechstundenfreien Zeit etc.
- ✓ Die Vergütung für die teilnehmenden Ärzte erfolgt seit dem 1.07.2016 über die EBM. Durch das HPG sind weitere EBM-Ziffern für die Kooperation und die interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe eingeführt worden.
- ✓ Anlage 27 zu finden unter http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf

Stärkung des vertragsärztlichen Bereichs nach § 87 Absatz 1b SGB V (1)

- ✓ **Verpflichtung neu in § 87 Absatz 1b SGB V:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum 30. Juni 2016 die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung für die allgemeine ambulante Palliativversorgung.
- ✓ Die KBV und der GKV haben in der Anlage 30 zum 29.11.2016 die Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung beschlossen.

Stärkung des vertragsärztlichen Bereichs nach § 87 Absatz 1b SGB V (2)

- ✓ Voraussetzung des Beitritts für Vertragsärzte zur Anlage 30:
 - ✓ Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre
 - ✓ **Alternativ:** 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung
 - ✓ **Und dazu:** 40-stündige Weiterbildung Palliativmedizin oder alternative Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin oder Schmerztherapie.

Wichtig: Die Ansprüche der Patienten auf die SAPV werden hiervon nicht berührt!

Anlage 30 zu finden unter http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf

§ 132 g SGB V – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (1)

- ✓ In § 132g SGB V wird der Anspruch für gesetzlich Versicherte auf die sog. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase neu eingeführt.
- ✓ Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe **können** den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.
- ✓ Einrichtungen können dieses Angebot selbst oder durch Kooperationspartner vorhalten.

§ 132 g SGB V- Ausgestaltung (2)

- ✓ Dabei sollen im Rahmen einer individuellen Beratung und Fallbesprechung die Bewohnerinnen und Bewohner (auf Wunsch auch die Angehörigen) begleitet werden, eigene Überlegungen bzw. Vorstellungen über medizinische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen zu entwickeln.
- ✓ Insbesondere sollen palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen für die letzte Lebensphase mitgedacht werden = **advance care planning**.
- ✓ Dazu gehören auch Notfallszenarien. In die Fallbesprechung sind unter der „**Organisationshoheit**“ der Pflegeeinrichtung **zwingend** die versorgenden Haus- und Fachärzte und weitere beteiligte Leistungserbringer einzubeziehen.
- ✓ Vergütung der Teilnahme von Haus- und Fachärzte bei den Fallbesprechungen erfolgt über die neuen EBM-Ziffern.

§ 132 g SGB V- Ausgestaltung (3)

- ✓ Die Vorsorgeplanung beinhaltet mehr als eine Patientenverfügung und setzt eine bestimmte Kompetenz aller an der Versorgung Beteiligten voraus. Es handelt sich um einen mehrstufigen Beratungsprozess.
- ✓ Die Beratung kann bei Bedarf mehrfach erfolgen.
- ✓ Das Angebot kann auch in Kooperation und durch Vernetzung mit regionalen Beratungs- und Versorgungsstellen erbracht werden.
- ✓ Die stationären Pflegeeinrichtungen erhalten eine **zusätzliche Vergütung** (Vorhaltekosten und tatsächliche Anzahl durchgeführter Beratungen).
- ✓ Der GKV-Spitzenverband legt in einer Vereinbarung nach § 132g Abs.3 SGB V mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach § 132g Abs. 1 und 2 SGB V fest bis zum **31.12.2016**.

§ 132 g SGB V- Ausgestaltung (4)

- ✓ Zusätzliche Finanzierung durch die Krankenkassen !
- ✓ Einrichtung kann die Beratung durch eigenes Personal erbringen.
- ✓ Die Inanspruchnahme ist freiwillig.

§ 132 g – SGB V Stand der Rahmenvereinbarung

Offene Punkte in der Verhandlung:

- ✓ Qualifikation des Beraters/ der Beraterin
- ✓ Vergütung

Bewertung der Regelungen des Hospiz- und Palliativgesetzes mit Blick auf die stationäre Pflege?

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Sonja Schneider-Koch

Geschäftsführung Elbiakonie gGmbH

Antonistraße 12

201359 Hamburg

Email: sonja.schneider-koch@elbdiakonie.de